

## **Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich**

**Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 5. Januar 2022 in Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020 (aktualisierte Version des Berichts vom 29. Oktober 2021)**

---

### **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Kostenneutralität und finanzielle Auswirkungen auf Kantone und OKP</b> .....	<b>2</b>
2.1	Grundsatz und Datenverfügbarkeit .....	2
2.2	Kostenwirkungen für einzelne Kantone.....	4
2.3	Rolle der individuellen Prämienverbilligung .....	10
<b>3</b>	<b>Einbezug der Pflegeleistungen</b> .....	<b>11</b>
3.1	Übergangsfrist .....	11
3.2	Massgebender Wohnsitz für den Kantonsbeitrag .....	12
<b>4</b>	<b>Steuerungsmöglichkeiten der Kantone</b> .....	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>Tariforganisation</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>Kontrollmöglichkeiten für die Kantone</b> .....	<b>18</b>
6.1	Wohnsitzkontrolle .....	18
6.2	Abwicklung der Zahlungsflüsse.....	20
6.3	Datenzugang der Kantone zur Rechnungskontrolle und für andere Zwecke.....	22
<b>7</b>	<b>Sparpotenzial und Anreize für Leistungserbringer im ambulanten Bereich</b> .....	<b>29</b>
7.1	Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung .....	29
7.2	Tarife im ambulanten Bereich.....	30
	<b>Anhang I: Steuerungsmöglichkeiten Kantone</b> .....	<b>32</b>
	<b>Anhang II: Tabellen zur Berechnung des Finanzierungsteilers</b> .....	<b>34</b>
	Tabellenverzeichnis Anhang II .....	34

## 1 Einleitung

Anlässlich der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 20. Mai 2021 wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, einen ergänzenden Bericht zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 30. November 2020 zu erstellen, in welchem auf ausgewählte offene Fragen in Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung nochmals vertieft eingegangen wird.

Dazu gehören namentlich erstens Klarstellungen zur Kostenneutralität und zu den finanziellen Auswirkungen auf einzelne Kantone aus Sicht der Steuerzahlenden und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (Ziffer 2). Gegenüber der Version vom 29. Oktober wurden die Tabellen 1 und 2 basierend auf den neuen Daten angepasst sowie mit weiteren Auswertungen in den Abbildungen 1 und 2 ergänzt. Zweitens behandelt der Bericht Fragen rund um den Einbezug der Pflegeleistungen (Übergangsfrist, massgebender Wohnsitz, Ziffer 3), drittens Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone bei nichtärztlichen Leistungserbringern und eine Übersicht über die unabhängig von einer einheitlichen Finanzierung bereits bestehenden oder geplanten Steuerungsmöglichkeiten der Kantone im Bereich der OKP (Ziffer 4) und viertens Fragen zu den Tariforganisationen für ambulante Leistungen und Pflegeleistungen (Ziffer 5). Ein fünfter Block von Fragen betrifft Kontrollmöglichkeiten für die Kantone (Ziffer 6), namentlich in den Bereichen Wohnsitzkontrolle und Einbezug in die technische Abwicklung der Zahlungsflüsse sowie Rechnungskontrolle und Zugang zu für Budgetierung und Steuerung notwendigen Daten. Dieser Abschnitt wurde gegenüber dem Zwischenstand vom 29. Oktober 2021 ergänzt. Abschliessend wird nochmals das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung und Anreize für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich besprochen (Ziffer 7). Im gegenüber der Version vom 29. Oktober 2021 neu hinzugefügten Anhang II sind die Berechnungsgrundlagen für den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag sowie für die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kantone enthalten. Ein nach einzelnen Themenblöcken einerseits sowie nach Artikeln andererseits geordneter Erlassentwurf im Hinblick auf die Detailberatung ist in einem separaten Dokument enthalten.

Um den Auftrag der SGK-S bestmöglich zu erfüllen und das vorhandene Fachwissen zu nutzen, wurden die Kantone und weitere Anspruchsgruppen (Versicherer, diverse Verbände im Bereich der Pflegeleistungen) in geeigneter Weise einbezogen. Der Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), den beiden Versichererverbänden Santésuisse und Curafutura sowie den Verbänden Curaviva Schweiz, Senesuisse, Spitex Schweiz, ASPS und SBK wurde am 7. Juni 2021 ein Papier mit Lösungsvorschlägen zur Durchsicht und Kommentierung zugestellt. Auch der Gemeinde- und der Städteverband reichten eine Stellungnahme ein. Vom SBK ist keine Stellungnahme eingegangen. Mit einer Vertretung der GDK fand zudem am 18. Juni 2021 ein mündlicher Austausch statt. Die Antworten und Bemerkungen der angefragten Organisationen flossen anschliessend in den Bericht zuhanden der SGK-S ein.

## **2 Kostenneutralität und finanzielle Auswirkungen auf Kantone und OKP**

### **2.1 Grundsatz und Datenverfügbarkeit**

Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung soll für alle Finanzierungsträger (Versicherer beziehungsweise Prämienzahlende, Kantone beziehungsweise Steuerzahlende und versicherte Personen) kostenneutral erfolgen. Die Vorschläge im Bericht des EDI vom 30. November 2020 tragen diesem Anliegen Rechnung. Der im Bericht des EDI vom 30. November 2020 vorgeschlagene Finanzierungsanteil für die Kantone<sup>1</sup> wurde im Hinblick auf einen basierend auf dem Referenzjahr 2016 für die Gesamtheit aller Kantone und aller Versicherer jeweils kostenneutralen Übergang ermittelt.

Die Vertretung der Kantone argumentierte anlässlich der Anhörungen in der SGK-S vom 14. April 2021, die Daten zum Jahr 2016 im Bericht des EDI vom 30. November 2020 seien veraltet. Insbesondere sei in der Zwischenzeit der Transfer von stationären zu ambulanten Leistungen (mit entsprechender Entlastung der Kantone) weiter fortgeschritten. Das Jahr 2016 wurde gewählt, weil die im Auftrag der GDK erstellte Studie zu den Finanzierungsanteilen im Bereich der Pflegeleistungen sich auf dieses Jahr bezieht. Um die Berechnung des Kostenteilers auf eine breitere und neuere Basis zu stellen, wurden in einer weiteren Studie im Auftrag des BAG die Finanzierungsanteile im Pflegebereich für die Jahre 2016 bis 2019 ermittelt.

Die GDK fordert, dass die Berechnungen für die Festlegung des Finanzierungsteilers auf den neusten verfügbaren Daten basieren und die Effekte der Listen für im Regelfall ausschliesslich ambulant durchzuführende Eingriffe (ambulant vor stationär, «AVOS») ab 2016 abbilden. Je nach Wunsch des Gesetzgebers könnten für die Festlegung des Finanzierungsteilers beispielsweise der Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019 oder nur einer Teilmenge dieser Jahre herangezogen werden. Der Nationalrat stützte sich in der von ihm verabschiedeten Vorlage auf den Durchschnitt der letzten vier verfügbaren Datenjahre.

Die folgende Tabelle zeigt die Werte, welche der Bericht von Infrac (2021) zu den Finanzierungsanteilen von Kantonen und Gemeinden einerseits und OKP andererseits an den Leistungen nach KVG für die einzelnen Jahre ermittelt. Der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden an allen Leistungen nach KVG betrug im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019 zwischen 26,8 Prozent (untere Schätzung) und 27,0 Prozent (obere Schätzung), bezogen auf die Nettoleistungen.

---

<sup>1</sup> 27,7 Prozent bei Orientierung an den Nettoleistungen, 24,9 Prozent bei Orientierung an den Bruttoleistungen

**Tabelle 1: Finanzierung der Leistungen nach KVG**

	Bruttoleistungen [Mio. Fr.]	Kostenbeteiligung [Mio. Fr.]	Nettoleistungen [Mio. Fr.]
2016			
Versicherer (OKP)	31'344 (75,5 - 75,7 %)	4'297	27'047 (72,6 - 72,9 %)
Kantone und Gemeinden	10'077 - 10'195 (24,3 - 24,5 %)		10'077 - 10'195 (27,1 - 27,4 %)
Total	41'421 - 41'539		37'124 - 37'242
2017			
Versicherer (OKP)	32'315 (75,8 - 76,1 %)	4'392	27'924 (73,1 - 73,3 %)
Kantone und Gemeinden	10'169 - 10'295 (23,9 - 24,2 %)		10'169 - 10'295 (26,7 - 26,9 %)
Total	42'484 - 42'611		38'092 - 38'219
2018			
Versicherer (OKP)	32'601 (76,0 - 76,2 %)	4'493	28'109 (73,2 - 73,5 %)
Kantone und Gemeinden	10'155 - 10'297 (23,8 - 24,0 %)		10'155 - 10'297 (26,5 - 26,8 %)
Total	42'756 - 42'899		38'263 - 38'406
2019			
Versicherer (OKP)	34'202 (75,8 - 76,0 %)	4'658	29'544 (73,0 - 73,2 %)
Kantone und Gemeinden	10'820 - 10'949 (24,0 - 24,2 %)		10'820 - 10'949 (26,8 - 27,0 %)
Total	45'023 - 45'151		40'365 - 40'494
Durchschnitt 2016-2019			
Versicherer (OKP)	32,616 (75,8 - 76,0 %)	4'460	28'156 (73,0 - 73,2 %)
Kantone und Gemeinden	10'305 - 10'434 (24,0 - 24,2 %)		10'305 - 10'434 (26,8 - 27,0 %)
Total	42'921 - 43'050		38'461 - 38'590

## 2.2 Kostenwirkungen für einzelne Kantone

Die Kantone finanzieren heute lediglich die stationären Leistungen mit und sind für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen zuständig. Der Anteil der stationären Leistungen und der Pflegeleistungen an den gesamten Kosten der OKP variiert zwischen den Kantonen. Beispielsweise erfolgt die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich unterschiedlich schnell. Diese Verlagerung führt zwar aus einer Gesamtsicht zu tieferen Kosten. Es bestehen zudem Anhaltspunkte, dass sie die Kosten zulasten der Prämienzahlenden nicht erhöht.<sup>2</sup> Die Kosten zulasten der Kantone sinken durch die Verlagerung aber weit stärker als die Kosten zulasten der Prämienzahlenden. Je stärker die an sich wünschenswerte Verlagerung in den ambulanten Bereich bereits fortgeschritten ist, desto stärker konnten die Kantone in der Vergangenheit deshalb ihren Finanzierungsanteil (gemessen an allen Leistungen) reduzieren, weil die Kosten der stattdessen durchgeführten ambulanten Leistungen bis anhin nur den Prämienzahlenden belastet werden. Neben der Verlagerung von stationär zu ambulant ist beispielsweise auch die Ausgestaltung der Spitalplanung und das Angebot an ambulanten Leistungserbringern für die relative Grösse des ambulanten und stationären Bereichs in den einzelnen Kantonen verantwortlich.

Wenn ein schweizweit einheitlicher Mindestfinanzierungsanteil der Kantone festgelegt werden soll und gleichzeitig ein schweizweit kostenneutraler Übergang für Versicherer und Kantone angestrebt werden soll, werden die Finanzhaushalte der einzelnen Kantone und die Prämienzahlenden in diesen Kantonen somit notwendigerweise stärker belastet oder entlastet, je nachdem, ob der heutige Anteil der stationären Leistungen und Pflegeleistungen eher hoch oder eher tief ist. Damit die Mehr- oder Minderbelastung entweder der Kantonshaushalte oder der Prämienzahlenden verkraftbar ist, wurden Übergangsfristen vorgeschlagen, damit der Anstieg des Finanzierungsanteils grundsätzlich für keinen Kanton mehr als ein Prozentpunkt pro Jahr beträgt (siehe Tabelle 35 bis Tabelle 38 im Anhang II).

Die Auswirkungen für die Finanzhaushalte der Kantone (Sicht Steuerzahlende) einerseits und für die Prämienzahlenden andererseits sind jeweils gerade spiegelbildlich. Dort, wo sich die Kantone bis anhin über alle Leistungen hinweg vergleichsweise weniger an der Finanzierung der Gesundheitskosten beteiligt haben (und diesen Anteil mit der Verlagerung in den ambulanten Bereich möglicherweise weiter reduziert haben), wurden die Prämienzahlenden bis anhin stärker belastet, als dies bei einer höheren Beteiligung des Kantons der Fall wäre. Mit der Festlegung eines schweizweiten Finanzierungsanteils für alle Leistungen steigt die Belastung dieser Kantone (Sicht Steuerzahlende), während die Prämienzahlenden im Gegenzug im selben Ausmass entlastet werden.

Dort, wo sich die Kantone bis anhin vergleichsweise stärker beteiligt haben (etwa, weil die Verlagerung von stationär zu ambulant noch nicht weit fortgeschritten ist oder die ambulanten Kosten tief sind), profitierten die Prämienzahlenden bisher von günstigeren Prämien, als bei einem weniger starken finanziellen Engagement des Kantons fällig gewesen wären. Diese Kantone können sich mit einem einheitlichen Mindestfinanzierungsanteil schrittweise entlasten, wenn sie dies möchten. In diesem Fall müssten die Prämienzahlenden einen Prämienanstieg hinnehmen.

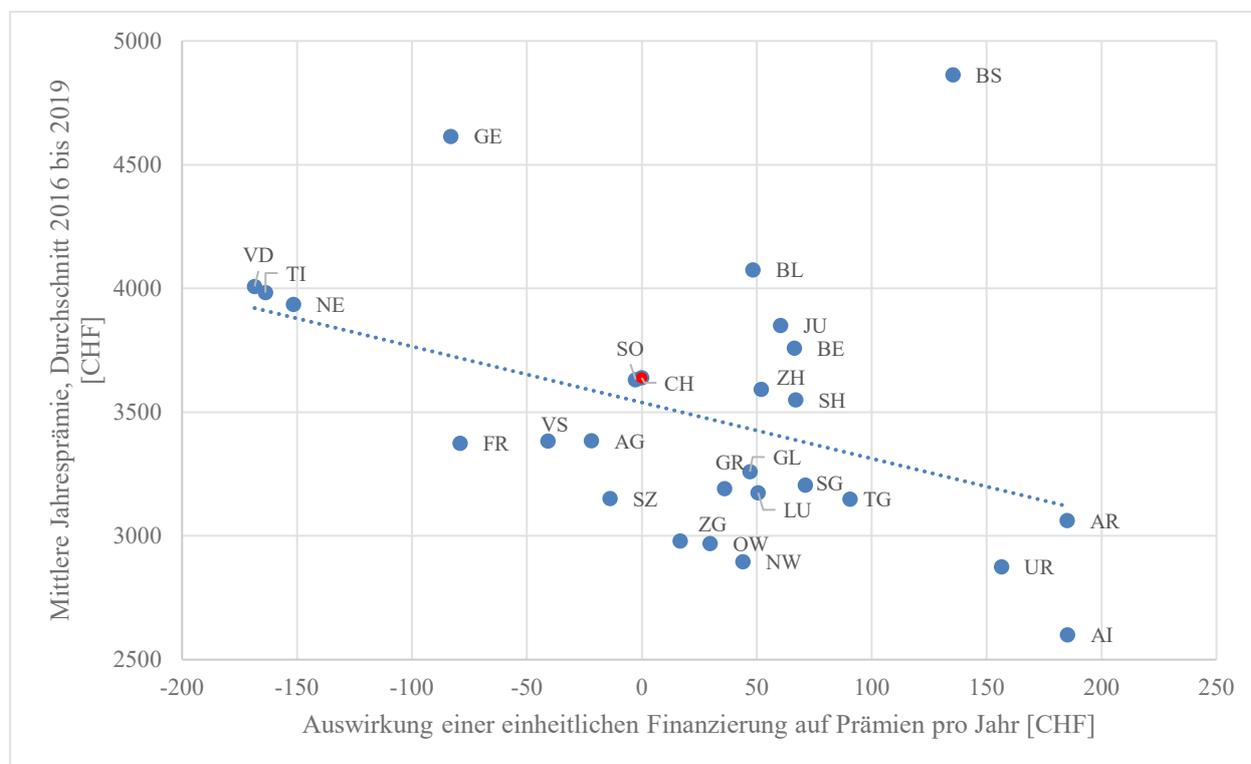
Ein schweizweit einheitlicher Prozentsatz für den Kantonsbeitrag reduziert somit in der Tendenz (mit einigen Ausnahmen) die Unterschiede im Ausmass der Prämienbelastung zwischen den einzelnen Kantonen. Abbildung 1 zeigt folgendes: Dort, wo die Prämien bis anhin hoch waren, sinken

---

<sup>2</sup> Obsan 2020, Ambulant vor stationär, Entwicklung der Kosten. [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch) > Indikatoren > Gesundheitssystem > Stationäre Gesundheitsversorgung

sie tendenziell, dort, wo sie bis anhin tief waren, steigen sie tendenziell, falls diese Kantone sich auf den Mindestfinanzierungsanteil beschränken.

**Abbildung 1: Mittlere Jahresprämien 2016 bis 2019 und Auswirkung einer einheitlichen Finanzierung auf Prämien**



Quellen: Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2016-2019, einheitliche Finanzierung mit Pflegeleistungen, Nettoprinzip (vgl. Tabelle 34 im Anhang II für detaillierte Berechnung), Statistik der OKP (Tabelle 3.01).

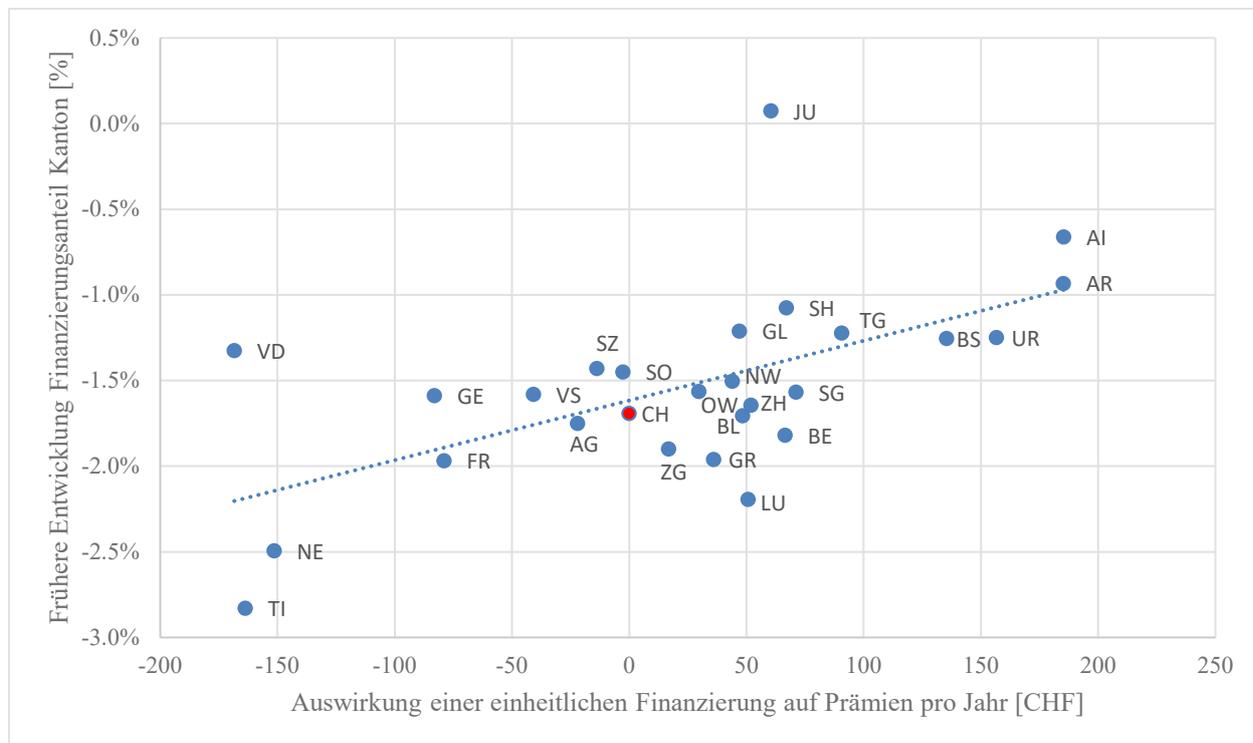
Ein Vergleich des Finanzierungsanteils der Kantone an allen Leistungen ohne Pflegeleistungen<sup>3</sup> in den Jahren 2012 bis 2015 mit demjenigen in den Jahren 2016 bis 2019 in Abbildung 2 zeigt zudem, dass von einer einheitlichen Finanzierung vor allem die Steuerzahlenden in denjenigen Kantonen stärker belastet werden, in welchen der Kanton seinen Finanzierungsanteil besonders stark reduziert hat. In diesen Kantonen sinken mit einer einheitlichen Finanzierung die Prämien. Die Belastung der Kantonsfinanzen steigt also vor allem dort an, wo der Finanzierungsanteil des Kantons in der Vergangenheit besonders stark gesunken ist.

Aus der Gesamtsicht der Steuerzahlenden und Prämienzahlenden wird der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung auch in jedem einzelnen Kanton kostenneutral ausfallen. Eine stärkere finanzielle Belastung des Kantons und damit der Steuerzahlenden führt zu geringeren Kosten der Versicherer und damit auch geringeren Prämien. Diese externen Effekte werden im Rahmen der Prämien genehmigung neben der üblichen Kostenentwicklung separat beurteilt. Da die Prämien eines Versicherers pro Kanton genehmigt werden, kann die Aufsichtsbehörde in der Prüfung den unterschiedlichen kantonalen Effekten Rechnung tragen. Allgemein folgen die Prämien in den

<sup>3</sup> Ein Vergleich der beiden Perioden mit Einbezug der Pflegeleistungen ist nicht möglich, da die Restfinanzierung durch die Kantone erst ab 2016 bekannt ist.

Kantone langfristig der jeweiligen Kostenentwicklung. Das BAG stellt im Rahmen der Prämien-genehmigung sicher, dass die beantragten Prämien die Kosten decken.

**Abbildung 2: Entwicklung Finanzierungsanteil Kanton 2012 bis 2019 und Auswirkung einer einheitlichen Finanzierung auf Prämien**



Quellen: Statistik der OKP (Tabellen 2.26, 7.06), GDK, Infrac (2021), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2012-2019. Einheitliche Finanzierung mit Nettoprinzip. Vgl. Tabelle 34 und Tabelle 39 im Anhang II für detaillierte Berechnung.

Das BAG führt darüber hinaus ein Monitoring der kantonalen Unterschiede durch, dessen Ergebnis jährlich in der Staatsrechnung<sup>4</sup> veröffentlicht wird. Den Anteil der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien an den Gesamtpremien liegt unterhalb der Zielgrösse von einem Prozent. Die Unterschiede zwischen den kantonalen versicherungstechnischen Ergebnissen bewegen sich also auf einem kleinen Niveau. Eine vollständige Eliminierung solcher Unterschiede ist nicht möglich, da die Prämien prospektiv auf Basis von Schätzungen der künftigen Kosten bestimmt werden.

Der Risikoausgleich wird für jeden Kanton separat durchgeführt. Betrachtet man die Jahre 2013 bis 2019, haben sich die Reserven der Krankenversicherer stark erhöht. Der Bundesrat erachtet die Reserven als zu hoch und hat diesbezüglich eine Revision der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV; SR 832.121) verabschiedet.<sup>5</sup> Die Revision der KVAV sieht für den Versicherer eine Vereinfachung der Voraussetzungen für einen freiwilligen Abbau der Reserven vor und kommt bei der Genehmigung der Prämien für 2022 durch das BAG zum Einsatz. Im obengenannten Zeitraum sind die Reserven vor allem aufgrund der positiven Erträge der schweizweiten Kapi-

<sup>4</sup> Staatsrechnung 2020, Band 2A, S. 159. [www.efv.admin.ch](http://www.efv.admin.ch) > Finanzberichte > Staatsrechnung

<sup>5</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-83099.html>

talanlagen der Versicherer erhöht worden. Die kantonal weitgehend gleichmässigen versicherungstechnischen Ergebnisse (Prämien minus Kosten) haben zu einem wesentlich kleineren Teil zur Erhöhung der Reserven geführt. Die dazugehörigen Zahlen können in den Betriebsrechnungen der Versicherer eingesehen werden.<sup>6</sup>

Es ist somit sichergestellt, dass eine finanzielle Mehrbelastung des Kantonshaushalts (Sicht Steuerzahlende) im selben Ausmass zu einer Entlastung der Prämienzahlenden in diesem Kanton führt. Dies im Unterschied zur Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung. Bei dieser Reform wurde vorgesehen, dass die OKP und Kantone bei Behandlung einer versicherten Person mit Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG; SR 221.229.1) in einem Listenspital die Kosten der notwendigen Leistungen übernehmen, wie sie gemäss dem Tarif in der allgemeinen Abteilung des Spitals anfallen. In diesen Fällen führte die finanzielle Beteiligung des Kantons nicht zu einer entsprechenden Entlastung der OKP und der Prämienzahlenden, sondern entlastete die Zusatzversicherer.

Da die Versicherungsverträge nach VVG nicht in derselben Weise reguliert sind wie die OKP, bestand keine Gewähr, dass Entlastungen der Zusatzversicherer auch mit entsprechenden Prämienreduktionen verbunden waren. Bei der OKP handelt es sich hingegen um eine Sozialversicherung, bei der durch die Aufsichtsbehörde geprüft wird, dass die Prämien der Kostenentwicklung folgen. Aus der OKP erzielte Gewinne sind zwingend den Reserven zuzuweisen. Eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone wird deshalb zu einer entsprechenden Minderbelastung der Prämienzahlenden führen, und umgekehrt. Zur Sicherstellung dieses Ziels sind auch keine Ergänzungen im KVG oder im Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG; SR 832.12) notwendig. Die Tabelle 1 im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wird zum besseren Verständnis in den folgenden Tabellen 1 und 2 ergänzt sowie auf Basis der neueren verfügbaren Daten der Jahre 2016 bis 2019 aktualisiert. Tabelle 1 zeigt die jährlichen finanziellen Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung gegenüber dem Status quo (bei ansonsten unveränderten Kosten) nach Abschluss der Übergangsfrist, falls eine einheitliche Finanzierung mit Einbezug der Pflegeleistungen gewählt wird. Tabelle 2 zeigt dasselbe für den Fall, dass sich das Parlament für eine einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen entscheidet. Dynamische Effekte, wie beispielsweise die durch eine einheitliche Finanzierung erwarteten Kosteneinsparungen durch die Förderung der koordinierten Versorgung, sind somit nicht abgebildet.

Ein Vergleich mit den notwendigen Anpassungen in Zusammenhang mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zeigt zudem, dass die Anpassungen damals prozentual und auch absolut, trotz des damals noch deutlich tieferen Kostenniveaus, eher bedeutsamer waren als die Anpassungen, welche im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung zur Diskussion stehen. Den Kantonen standen für diese Anpassungen damals sechs Jahre zur Verfügung.

---

<sup>6</sup> Aktuellste Zahlen: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/betriebsrechnungenundbilanzen.html>, Archiv: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/reporting/archiv.html> (jeweils Register «Alle Versicherer» wählen)

**Tabelle 2: Geschätzte Auswirkungen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung auf die einzelnen Kantone (Variante einheitliche Finanzierung mit Pflege, Nettoprinzip)**

Kanton	Effektiver Finanzierungsanteil Kanton 2016–2019 (Nettoleistungen)	Mehr-/Minderbelastung Kanton pro Jahr [Mio. Fr.]	Mehr-/Minderbelastung Prämienzahlende pro Jahr [Mio. Fr.]	Mehr-/Minderbelastung Prämienzahlende pro versicherte Person und Monat	Gesamteffekt (Kombination Sicht Steuer- und Prämienfinanzierung)
ZH	28.06 %	– 77,6	+ 77,6	+ 4 Fr.	+/- 0
BE	28.30 %	– 68,2	+ 68,2	+ 6 Fr.	+/- 0
LU	28.19 %	– 20,6	+ 20,6	+ 4 Fr.	+/- 0
UR	31.14 %	– 5,7	+ 5,7	+ 13 Fr.	+/- 0
SZ	26.56 %	+ 2,2	– 2,2	– 1 Fr.	+/- 0
OW	27.70 %	– 1,1	+ 1,1	+ 2 Fr.	+/- 0
NW	28.08 %	– 1,9	+ 1,9	+ 4 Fr.	+/- 0
GL	28.07 %	– 1,9	+ 1,9	+ 4 Fr.	+/- 0
ZG	27.37 %	- 2,1	+ 2,1	+ 1 Fr.	+/- 0
FR	25.01 %	+ 24,9	– 24,9	– 7 Fr.	+/- 0
SO	26.86 %	+ 0,7	– 0,7	– 0 Fr.	+/- 0
BS	29.08 %	– 25,4	+ 25,4	+ 11 Fr.	+/- 0
BL	27.84 %	– 13,8	+ 13,8	+ 4 Fr.	+/- 0
SH	28.40 %	– 5,4	+ 5,4	+ 6 Fr.	+/- 0
AR	31.42 %	– 10,3	+ 10,3	+ 15 Fr.	+/- 0
AI	32.39 %	– 3,0	+ 3,0	+ 15 Fr.	+/- 0
SG	28.65 %	– 35,9	+ 35,9	+ 6 Fr.	+/- 0
GR	27.81 %	– 7,3	+ 7,3	+ 3 Fr.	+/- 0
AG	26.39 %	+ 14,8	– 14,8	– 2 Fr.	+/- 0
TG	29.14 %	– 24,8	+ 24,8	+ 8 Fr.	+/- 0
TI	23.66 %	+ 57,4	– 57,4	– 14 Fr.	+/- 0
VD	23.44 %	+ 130,7	– 130,7	– 14 Fr.	+/- 0
VS	25.97 %	+ 14,0	– 14,0	– 3 Fr.	+/- 0
NE	23.84 %	+ 26,9	– 26,9	– 13 Fr.	+/- 0
GE	25.46 %	+ 37,8	– 37,8	– 7 Fr.	+/- 0
JU	28.10 %	– 4,4	+ 4,4	+ 5 Fr.	+/- 0
Schweiz	26.92 %	+/- 0	+/- 0	+/- 0 Fr.	+/- 0

Quellen: Statistik der OKP (Tabellen 2.26, 7.06), Sasis-Datenpool, GDK, Infras (2021), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2016-2019. Vgl. Tabelle 34 im Anhang II für detaillierte Berechnung.

**Tabelle 3: Geschätzte Auswirkungen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung auf die einzelnen Kantone (Variante einheitliche Finanzierung ohne Pflege, Nettoprinzip)**

Kanton	Effektiver Finanzierungsanteil Kanton 2016–2019 (Nettoleistungen)	Mehr-/Minderbelastung Kanton pro Jahr [Mio. Fr.]	Mehr-/Minderbelastung Prämienzahlende pro Jahr [Mio. Fr.]	Mehr-/Minderbelastung Prämienzahlende pro versicherte Person und Monat	Gesamteffekt (Kombination Sicht Steuer- und Prämienfinanzierung)
ZH	23.93 %	+ 31,8	- 31,8	- 2 Fr.	+/- 0
BE	26.02 %	- 65,2	+ 65,2	+ 5 Fr.	+/- 0
LU	24.58 %	- 1,5	+ 1,5	+ 0 Fr.	+/- 0
UR	28.15 %	- 4,2	+ 4,2	+ 10 Fr.	+/- 0
SZ	25.21 %	- 4,1	+ 4,1	+ 2 Fr.	+/- 0
OW	24.34 %	+ 0,1	- 0,1	- 0 Fr.	+/- 0
NW	24.89 %	- 0,6	+ 0,6	+ 1 Fr.	+/- 0
GL	27.04 %	- 3,8	+ 3,8	+ 8 Fr.	+/- 0
ZG	24.30 %	+ 0,7	- 0,7	- 0 Fr.	+/- 0
FR	23.12 %	+ 15,5	- 15,5	- 4 Fr.	+/- 0
SO	25.44 %	- 10,9	+ 10,9	+ 3 Fr.	+/- 0
BS	27.28 %	- 28,8	+ 28,8	+ 13 Fr.	+/- 0
BL	26.32 %	- 25,1	+ 25,1	+ 7 Fr.	+/- 0
SH	26.07 %	- 5,1	+ 5,1	+ 5 Fr.	+/- 0
AR	28.82 %	- 8,6	+ 8,6	+ 13 Fr.	+/- 0
AI	29.48 %	- 2,4	+ 2,4	+ 12 Fr.	+/- 0
SG	27.11 %	- 48,9	+ 48,9	+ 8 Fr.	+/- 0
GR	25.80 %	- 9,5	+ 9,5	+ 4 Fr.	+/- 0
AG	25.11 %	- 16,5	+ 16,5	+ 2 Fr.	+/- 0
TG	27.25 %	- 27,7	+ 27,7	+ 8 Fr.	+/- 0
TI	23.24 %	+ 18,6	- 18,6	- 4 Fr.	+/- 0
VD	21.60 %	+ 93,4	- 93,4	- 10 Fr.	+/- 0
VS	24.28 %	+ 2,4	- 2,4	- 1 Fr.	+/- 0
NE	21.97 %	+ 18,5	- 18,5	- 9 Fr.	+/- 0
GE	20.34 %	+ 91,4	- 91,4	- 17 Fr.	+/- 0
JU	27.39 %	- 9,4	+ 9,4	+ 11 Fr.	+/- 0
Schweiz	24.46 %	+/- 0	+/- 0	+/- 0 Fr.	+/- 0

Quellen: Statistik der OKP (Tabellen 2.26, 7.06), Sasis-Datenpool, GDK, Infras (2021), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2016–2019. Vgl. Tabelle 32 im Anhang II für detaillierte Berechnung.

### 2.3 Rolle der individuellen Prämienverbilligung

Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der Leistungen (stationäre Leistungen und Pflegeleistungen, mit einer einheitlichen Finanzierung auch ambulante Leistungen). Zudem sind sie verpflichtet, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren (Art. 65 KVG). Das KVG lässt den Kantonen viel Spielraum, wie sie die Prämienverbilligung ausgestalten. Dabei beeinflusst die Höhe der von den Prämienzahlenden zu tragenden Kosten die Höhe der von den Kantonen zu leistenden Prämienverbilligung.

Beteiligen sich die Kantone stärker an der Finanzierung der Leistungen, werden die Prämienzahlenden entlastet. Die Minderbelastung der Prämienzahlenden sollte dazu führen, dass die Kantone bei der Prämienverbilligung entlastet werden, wenn die Höhe der Prämienverbilligung durch die Kantone relativ zu den Kosten der OKP konstant bleibt. Eine Erhöhung der Prämien führt unter dieser Annahme also auch zu einer proportionalen Erhöhung der Prämienverbilligung, und umgekehrt. Weil die Auswirkungen der Mitfinanzierung der Leistungen gegenläufig sind zu den Auswirkungen auf die Prämienverbilligung, fällt die Mehr- oder Minderbelastung des Kantonsaushalts voraussichtlich jeweils etwas weniger hoch aus, als in Tabelle 1 und 2 aufgeführt.

Tatsächlich haben die Kantone jedoch einen grossen Spielraum, wie sie die Prämienverbilligung ausgestalten. Die Gesamtbelastung inklusive Prämienverbilligung hängt deshalb von den Entscheidungen der Kantone ab und kann nicht vorausgesagt werden. Eine verstärkte Mitfinanzierung von Leistungen bringt eine Prämienreduktion und damit eine Reduktion der Prämienverbilligung mit sich, und umgekehrt. Die finanziellen Auswirkungen für die einzelnen Kantone werden dadurch etwas abgemildert.

Am 23. Januar 2020 hat die Sozialdemokratische Partei der Schweiz eine Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» eingereicht. Der Bundesrat schlägt vor, sie abzulehnen. Zugleich schlägt er eine Änderung des KVG als indirekter Gegenvorschlag vor. Er hat zu diesem bis am 4. Februar 2021 eine Vernehmlassung durchgeführt. Jeder Kanton soll verpflichtet werden, einen Gesamtbetrag für die Prämienverbilligung zur Verfügung zu stellen. Dieser soll mindestens einem Anteil der Bruttokosten der OKP dieses Kantons entsprechen. Dies ähnlich wie der Bundesbeitrag an die Kantone für die Prämienverbilligung, der 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP entspricht (Art. 66 KVG).

Mit der heutigen Regelung besteht die Möglichkeit, dass die Kantone bei einer Erhöhung der Leistungsfinanzierung die Prämienverbilligung überproportional senken oder bei einer Entlastung von der Leistungsfinanzierung die Prämienverbilligung nicht erhöhen, sondern beispielsweise die Steuern senken. Mit dem Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative würden die Kantone verpflichtet, die Prämienverbilligung so auszugestalten, dass diese gesamthaft mindestens einem bestimmten Anteil der Bruttokosten des Kantons entspricht.

## 3 Einbezug der Pflegeleistungen

### 3.1 Übergangsfrist

Für den Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 16.3352 und 19.3002 und für den Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurden bereits umfangreiche Abklärungen durchgeführt, innert welcher Frist die notwendigen Voraussetzungen für den Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung geschaffen werden können. Unter anderem wurde dazu von Polynomics und der Hochschule Luzern im Auftrag des BAG eine Studie<sup>7</sup> erstellt, für deren Erarbeitung die GDK und die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer im Pflegebereich im Rahmen einer Begleitgruppe einbezogen wurden.

Die Studie von Polynomics und Hochschule Luzern (2020) kommt zum Schluss, dass eine Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung die Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege bedingt. Die Erreichung dieses Ziels ist mit verschiedenen Arbeitsschritten verbunden, welche Polynomics/HSLU (2020) in unmittelbar notwendige und zu einem späteren Zeitpunkt umsetzbare Massnahmen unterteilen. Für die Umsetzung der unmittelbar notwendigen Massnahmen im Bereich Kostentransparenz und Tarifierung müssen laut Polynomics/HSLU (2020) ungefähr 5 Jahre einkalkuliert werden. Der Umsetzungszeitraum für einen Einbezug der Pflegeleistungen hängt auch davon ab, ob die Finanzierungsanteile auf Basis der aktuell verfügbaren Daten oder erst nach Erreichen eines definierten Standards bei der Kostentransparenz bestimmt werden sollen. Ist ersteres der Fall, bleibt es bei den vier bis fünf Jahren, welche zur Schaffung von Transparenz über die Kosten der Pflege benötigt werden.

Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurde gestützt auf die Einschätzungen von Polynomics/HSLU (2020), welche wiederum nach Konsultation der verschiedenen Anspruchsgruppen (insbesondere Finanzierungsträger und Leistungserbringer im Pflegebereich) zustande kamen, eine Übergangsfrist von sieben Jahren nach Annahme des Gesetzes im Parlament oder in der Volksabstimmung vorgeschlagen. Der Finanzierungsanteil der Kantone kann auf Basis der aktuell verfügbaren Daten festgelegt werden. Die Kostenneutralität der Einführung kann anschliessend überprüft werden. Falls notwendig, kann der Finanzierungsanteil auf Basis von verbesserten Daten später leicht angepasst werden. Tarifierung und Kostentransparenz können auch nach einem Einbezug weiter verbessert werden.

Die Einschätzungen zum benötigten Zeitrahmen werden von Polynomics/HSLU (2020) als grobe Schätzwerte bezeichnet. Deshalb wurden, wie von der SGK-S gewünscht, die relevanten Akteure nochmals nach ihrer Einschätzung der notwendigen und angemessenen Übergangsfrist bis zu einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung befragt.

Die Verbände der Erbringer von Pflegeleistungen (Curaviva Schweiz, Senesuisse, Spitex Schweiz, ASPS) bekräftigen, dass sie einen Einbezug der Pflegeleistungen innerhalb von sieben Jahren ab Annahme einer Gesetzesrevision durch das Parlament oder das Volk für machbar halten. Die GDK hält eine Übergangsfrist von sieben Jahren für realistisch. Es stelle sich sogar die Frage, ob die Pflegeleistungen nicht auch schon von Beginn weg einbezogen werden könnten, wenn die Gesetzgebung noch längere Zeit in Anspruch nimmt. Auch der Gemeindeverband und der Städteverband sprechen sich für einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung innert höchstens sieben Jahren aus. Auch zum Zeitpunkt der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sei keine vollständige Kostentransparenz gegeben gewesen.

---

<sup>7</sup> Polynomics/HSLU 2020, Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung, siehe [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Publikationen > Forschungsberichte > Kranken- und Unfallversicherung

Die beiden Versichererverbände äussern sich gegen einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung. Die mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung 2011 gewählte tripartite (OKP, Kantone, Pflegebedürftige) Finanzierung unterscheidet sich von den übrigen Leistungen. Der systemische Mehrwert einer Integration sei nicht ersichtlich und eine Harmonisierung der heutigen kantonalen Regelungen dürfte viele Jahre in Anspruch nehmen, auf eine Übergangsfrist sei zu verzichten (Santésuisse). Über die Integration der Pflegeleistungen könnte erst befunden werden, wenn die notwendigen Grundlagen geschaffen sind, dann könnte auch eine Übergangsfrist festgelegt werden, zum jetzigen Zeitpunkt sei aber darauf zu verzichten (Curafutura).

### **Lösungsmöglichkeit**

Ein Einbezug der Pflegeleistungen ist nach wie vor als sinnvoll anzusehen. Eine Übergangsfrist von sieben Jahren nach Annahme des Gesetzes durch das Parlament oder durch das Volk dürfte dabei angemessen sein. Mit der Integration der Pflegeleistungen wird das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung durch den Wegfall von weiteren Schnittstellen und durch die Förderung der koordinierten Versorgung weiter erhöht. Eine externe, unabhängige Studie kam zum Resultat, dass die dafür notwendigen Grundlagen (Kostentransparenz, Tarifierung) innert rund fünf Jahren geschaffen werden können.

### **3.2 Massgebender Wohnsitz für den Kantonsbeitrag**

Mit der heutigen Finanzierungsregelung fällt die Zuständigkeit für die Mitfinanzierung der stationären Spitalleistungen, welche dem zivilrechtlichen Wohnsitz folgt, und die Restfinanzierung der Pflegeleistungen für eine bestimmte versicherte Person unter Umständen zwei unterschiedlichen Kantonen zu.<sup>8</sup> Für eine einheitliche Finanzierung ist zentral, dass die Wohnsitzdefinition für den Kantonsbeitrag für alle einheitlich finanzierten Leistungen nach KVG einheitlich ist. Eine nicht in einer Hand zusammengeführte Verantwortung (beispielsweise unterschiedlich zwischen Pflegeleistungen und den übrigen Leistungen nach KVG) würde den einzelnen Kantonen Anreize setzen, die Behandlung oder Tarifierung in einer bestimmten Weise zu steuern, verbunden mit entsprechenden Abgrenzungsfragen zwischen Leistungskategorien. Unter anderem diese Problemstellungen sollen mit einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG gerade vermieden werden.

Wünschenswert ist darüber hinaus, dass der Kanton zu einem Kantonsbeitrag an die Leistungen nach KVG für jene Personen verpflichtet ist, bei welchen er auch das dafür benötigte Steuersubstrat erheben kann. Die Zuordnung der Steuerpflicht folgt im Allgemeinen ebenfalls dem zivilrechtlichen Wohnsitz. In gewissen Fällen kann der steuerrechtliche Wohnsitz allerdings vom zivilrechtlichen Wohnsitz abweichen, etwa wenn der faktische Mittelpunkt der Lebensinteressen nicht mit dem zivilrechtlichen Wohnsitz übereinstimmt. Dabei handelt es sich jedoch um Ausnahmefälle.

Für die Zuordnung der Pflicht für die Leistung des Kantonsbeitrags an die Kosten der Leistungen nach KVG steht also der zivilrechtliche Wohnsitz im Vordergrund. Auch die GDK ist der Ansicht,

---

<sup>8</sup> Für die Mitfinanzierung der stationären Leistungen ist immer der Wohnsitzkanton im Sinne des zivilrechtlichen Wohnsitzes zuständig, auf den das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) verweist. Die Zuständigkeit für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen folgt hingegen der Regelung im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30), welche zwar grundsätzlich ebenfalls auf den zivilrechtlichen Wohnsitz abstellt, als Ausnahme aber vorsieht, dass ein Eintritt ins Pflegeheim keine neue Zuständigkeit begründet.

dass der zivilrechtliche Wohnsitz Klarheit schafft, und von den Versichererverbänden wird dies nicht bestritten.

Da für die Steuerpflicht nach dem Bundesgesetz über die Harmonisierung der direkten Steuern der Kantone und Gemeinden (StHG; SR 642.14) bei Umzügen innerhalb der Schweiz der Wohnsitz am Ende der Steuerperiode massgebend ist, wäre es aus Sicht der fiskalischen Äquivalenz denkbar, auch bei der Verantwortung für den Kantonsbeitrag den Stichtag auf das Ende der Periode zu legen. Der Kantonsbeitrag wäre dann für das ganze Jahr von demjenigen Kanton zu leisten, welcher von der betreffenden Person auch für das gesamte Jahr Steuern erheben darf. Die heutige Mitfinanzierung der stationären Leistungen durch die Kantone, die Zuordnung zu einer Prämienregion und auch die Kostenübernahme bei ausserkantonalen stationären Wahlbehandlungen basieren allerdings auf dem aktuellen Wohnsitz.<sup>9</sup> Ein Stichtag am Ende des Jahres wäre daher ungünstig.<sup>10</sup> Es ergäben sich dadurch Unklarheiten und Verzögerungen bei der Feststellung der Zuständigkeit und Widersprüche zu bestehenden Abrechnungsregeln. Aus Sicht der GDK sollte daher der zivilrechtliche Wohnsitz zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (bzw. Spital-/Pflegeheim-eintritt) massgebend sein, damit die kantonale Zuständigkeit zu jedem Zeitpunkt klar ist.

Die Zuordnung zu einer Prämienregion folgt jeweils dem Wohnsitz zu Beginn eines Monats. Bei Umzügen erfolgt ein Wechsel der Prämienregion deshalb erst auf Beginn des nächsten Monats. Wenn diese Regelung für den Kantonsbeitrag übernommen würde, würde eine übereinstimmende Zuordnung zu einem Kanton sowohl für die Prämien wie auch für den Kantonsbeitrag geschaffen. Aus Sicht der beiden Versichererverbände sollte ein Stichtag zu Monatsbeginn explizit im Gesetz festgehalten werden, die GDK wünscht, dass der Stichtag auf Verordnungsebene festgelegt wird.

### **Lösungsmöglichkeit**

Es ist festzulegen, welche Definition von Wohnsitz zu welchem Zeitpunkt für die Verantwortung für den Kantonsbeitrag an die Leistungen nach KVG verwendet werden soll. Aufgrund der Übereinstimmung mit der Steuerpflicht in den meisten Fällen würde es sich anbieten, dafür auf den zivilrechtlichen Wohnsitz zum Zeitpunkt der Behandlung (beziehungsweise Spital- oder Pflegeheim-eintritt) abzustellen. Die Definition des Wohnsitzes bedarf keiner expliziten Formulierung im Gesetz, da sie sich bereits aus dem ATSG in Verbindung mit dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210) ergibt, kann aber in den Erläuterungen zur Klarstellung festgehalten werden. Der genaue Stichtag, beispielsweise jeweils auf Monatsbeginn, kann vom Bundesrat auf Verordnungsebene bestimmt werden.

Mit dieser Lösung wird eine annähernde Kongruenz von Steuerpflicht und Kantonsbeitrag sowie eine Übereinstimmung mit den Regeln für Prämien und ausserkantonale Wahlbehandlungen erreicht. Zusätzliche, neue Abgrenzungsprobleme bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen, wie sie bei einem Stichtag am Jahresende drohten, werden vermieden. Falls eine Kongruenz mit der Zuordnung zu einer Prämienregion angestrebt wird, könnte auch ein Stichtag jeweils am ersten Tag des Monats bestimmt werden. Bei einem Umzug innerhalb der Schweiz wird der Wechsel der Prämienregion erst auf Ende des Umzugsmonats vollzogen. Alternativ könnte der Gesetzgeber dies auch bereits auf Gesetzesebene regeln.

---

<sup>9</sup> Die Zuordnung zu einer neuen Prämienregion erfolgt auf den Abschluss des Monats hin, in welchem der Umzug stattgefunden hat.

<sup>10</sup> Zumindest, wenn für ausserkantonale Wahlbehandlungen nicht grundsätzlich der Tarif des Leistungserbringers übernommen wird und solange die Zuordnung zu einer Prämienregion auf dem aktuellen Wohnsitz basiert.

## 4 Steuerungsmöglichkeiten der Kantone

Die von der SGK-S gewünschte Übersicht der bestehenden und *geplanten* Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone ist in der Tabelle 3 im Anhang enthalten. Zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone (Zulassung Leistungserbringer im nichtärztlichen Bereich) wurden bereits im Bericht des EDI vom 30. November 2020 vorgeschlagen. Die Kantone wünschten zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts keine zusätzlichen Steuerungsmöglichkeiten, brachten aber später eine weiter gefasste Steuerungskompetenz bei den nichtärztlichen Leistungserbringern ins Spiel.

Die GDK begrüsst zwar den Vorschlag im Bericht des EDI vom 30. November 2020 zur Steuerung der Zulassung nichtärztlicher Leistungserbringer, möchte aber die Bedingung des überdurchschnittlichen Kostenwachstums streichen, damit auch Kantone, welche kein grosses Wachstum, dafür aber bereits hohe Kosten haben, steuernd eingreifen können. Die GDK machte auch einen konkreten Regelungsvorschlag, wonach Artikel 55b E-KVG so angepasst werden sollte, dass der Kanton ohne spezifische Bedingung vorsehen kann, dass in einer Kategorie von nichtärztlichen Leistungserbringern kein Leistungserbringer eine Tätigkeit zulasten der OKP neu aufnehmen kann. Begründet wurde dies von der GDK damit, dass auch jene Kantone über eine Möglichkeit zur Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern verfügen sollten, die sich bereits auf einem vergleichsweise hohen Kostenniveau befinden und kein wesentliches Wachstum mehr verzeichnen. Alternativ wäre laut der GDK zu prüfen, wie die unterschiedlichen Ausgangslagen (überdurchschnittliches Kostenwachstum bzw. anhaltend hohes Kostenniveau) als Voraussetzungen für eine fakultative Steuerung der Zulassung in Artikel 55b E-KVG präziser wiedergegeben werden können.

Laut Santésuisse ist die Idee, dass Kantone, welche kein grosses Kostenwachstum, dafür aber bereits hohe Kosten haben, ebenfalls steuernd eingreifen können sollen, grundsätzlich zu unterstützen. Curafutura lehnt die von der GDK vorgeschlagene Anpassung von Artikel 55b E-KVG ab, diese wäre ein schwerer Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit. Die Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern im ärztlich-ambulanten Bereich (Art. 55a KVG) wurde auf Wunsch der Kantone und in Kenntnis der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung beschlossen. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone sollen auf der Basis des beschlossenen Artikel 55a bzw. einem analog formulierten Artikel 55b E-KVG umgesetzt werden. Bereits dies würde eine erhebliche Ausweitung der Steuerungskompetenz der Kantone darstellen.

### Lösungsmöglichkeit

Das Ziel, dass die Kantone im Bereich von nichtärztlichen Leistungserbringern nicht nur bei überdurchschnittlichem Kostenwachstum, sondern auch bei einem überdurchschnittlichen Kostenniveau steuernd eingreifen können, ist zu unterstützen. Eine pauschale, bedingungslose Möglichkeit zur Verweigerung der Zulassung wäre hingegen zu weitgehend. Zu bedenken ist, dass Artikel 55b E-KVG unter dem fünften Abschnitt «Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» des KVG geregelt ist. Eine diesbezügliche Anknüpfung im Gesetzestext in Artikel 55b sollte gewährleistet sein, was jedoch mit der von der GDK vorgeschlagenen neuen Formulierung nicht der Fall ist. Das Ziel kann auch mit einer weniger weitgehenden Ergänzung von Artikel 55b E-KVG erreicht werden.

Art. 55b Kostenentwicklung bei Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m

<sup>1</sup> Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person der Leistungen, die in einer Kategorie der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b-g und m erbracht werden, in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts in der betroffenen Kategorie an oder liegen die jährlichen Kosten je versicherte Person in dieser Kategorie oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts dieser Kategorie, so kann der Kanton vorsehen, dass kein Leistungserbringer dieser Kategorie eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

<sup>2</sup> Die Kantone bezeichnen die betroffenen Kategorien von Leistungserbringern nach Absatz 1.

## 5 Tariforganisation

Die GDK, die FMH, Curaviva Schweiz, Senesuisse, Spitex Schweiz und ASPS (und für den Fall eines späteren Einbezugs der Pflegeleistungen auch Santésuisse und Curafutura) forderten für den Bereich der Pflegeleistungen explizit eine von den ambulanten Leistungen getrennte, eigene Tariforganisation. Der Vorschlag im Bericht des EDI vom 30. November 2020 lässt es den beteiligten Akteuren frei, eine separate oder gemeinsame Tariforganisation vorzusehen. Zur Klarstellung wäre es möglich, explizit eine separate Tariforganisation für Pflegeleistungen vorzusehen. Die GDK forderte zudem, dass die Kantone an dieser Organisation paritätisch zu beteiligen seien.

Die GDK, der Gemeinde- und der Städteverband sowie die Verbände der Leistungserbringer im Pflegebereich (Curaviva Schweiz, Senesuisse, Spitex Schweiz, ASPS) erklären sich mit zwei separaten Tariforganisationen einverstanden. Die GDK fordert weiterhin eine paritätische Vertretung der Kantone.

Santésuisse hält eine eigene Tariforganisation für Pflegeleistungen für überflüssig, da ihr Einbezug abgelehnt wird. Eine paritätische (im Sinne von gleichberechtigte) Einbindung der Kantone in die Tariforganisation würde ihnen im Vergleich zu ihrem Finanzierungsanteil einen überproportionalen Einfluss geben. Sollten die Kantone künftig als Minderheitsfinanzierer dennoch bei der Gestaltung der ambulanten Tarife gesetzlich eingebunden sein, müssten sie laut Santésuisse im Gegenzug auf ihre Genehmigungs- und Festlegungskompetenzen im Tarifbereich verzichten, um Interessenskonflikte zu vermeiden.

Curafutura lehnt die eine Anpassung von Artikel 47a KVG ab. Das Wort «paritätisch» (gleichberechtigt) sei irreführend. Stattdessen solle es den Tarifpartnern und den Kantonen überlassen sein, wie ihre Vertretungen konstituiert werden. Die Kantone seien keine Tarifpartner. Der Einsitz der Kantone in eine Tariforganisation zur Entwicklung der Tarifstruktur, jedoch nicht als Gesuchsteller, sei allerdings vorstellbar.

### Lösungsmöglichkeit

Artikel 47a KVG wäre gegenüber dem Vorschlag im Bericht vom 30. November 2020 zu ergänzen. Mit den Ergänzungen soll explizit eine separate Tariforganisation für den Pflegebereich vorgesehen werden, in der die Kantone ausgewogen vertreten sind. Der Begriff «ausgewogen» wäre nötigenfalls auf Verordnungsstufe zu präzisieren. Analog zur heutigen Regelung bei der Tariforganisation für den stationären Bereich bedeutet die Einsitznahme der Kantone in die Organisation, welche sich mit der Erarbeitung von Tarifstrukturen beschäftigt, allerdings nicht, dass die Kantone zum Tarifpartner würden. Das Gesuch um Genehmigung einer Tarifstruktur würde weiterhin von den Tarifpartnern gestellt, das heisst von den Leistungserbringern und den Versicherern. Dieser Sachverhalt ergibt sich bereits aus dem bestehenden Artikel 46 KVG. Eine explizite Erwähnung im Gesetzestext ist entsprechend nicht notwendig.

Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen und für Pflegeleistungen

<sup>1</sup> Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen je eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen einerseits für ambulante ärztliche Behandlungen sowie andererseits für Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, zuständig ist. Die ~~beteiligten~~ Verbände der Leistungserbringer, der Versicherer sowie die Kantone müssen ausgewogen in den Organen der Organisation, die für die sie betreffende Tarifstruktur verantwortlich sind, vertreten sein.

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann die Pflicht zur Einsetzung einer Organisation auf Verbände ausdehnen, die für Tarifstrukturen für andere ambulante Behandlungen zuständig sind.

<sup>3</sup> Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie die Kantone ein.

<sup>4</sup> Können sich die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer sowie die Kantone nicht auf Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisationen einigen, so legt der Bundesrat diese nach Anhörung der interessierten Organisationen fest.

<sup>5</sup> Die Leistungserbringer sind verpflichtet, ~~der~~ den Organisationen kostenlos die Daten bekannt zu geben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen ~~für ambulante Behandlungen~~ notwendig sind.

<sup>6</sup> Bei einem Verstoss gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 5 kann das EDI auf Antrag der Organisation gegen die betroffenen Leistungserbringer Sanktionen ergreifen. Diese umfassen:

- a. die Verwarnung;
- b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.

<sup>7</sup> Die von ~~der~~ den Organisationen erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.

## 6 Kontrollmöglichkeiten für die Kantone

### 6.1 Wohnsitzkontrolle

Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurde vorgeschlagen, dass die Wohnsitzkontrolle durch die Versicherer erfolgen soll, basierend auf den beiden neuen Möglichkeiten, welche ihnen die Umsetzung der beiden Motionen 18.3765 «Zeitgemässer elektronischer Datenaustausch zwischen Gemeinden und Krankenversicherern» und 18.4209 «Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone. Weniger Bürokratie, weniger Fehler» einerseits und der geplante Adressdienst des Bundesamts für Statistik (BFS) andererseits eröffnet. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass die entsprechenden Überlegungen noch im Gange sind. Diese sind in der Zwischenzeit weiter gediehen.

Der Bundesrat hat den Auftrag, die beiden erwähnten Motionen umzusetzen. Dies wird derzeit erarbeitet. Die Vernehmlassung zur Änderung des KVG betreffend Datenaustausch und Risikoausgleich wurde am 17. November 2021 eröffnet und dauert bis zum 3. März 2022. Die Verabschiedung der Botschaft zuhanden des Parlaments wird entsprechend voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2022 erfolgen. Der elektronische Datenaustausch zwischen den Kantonen und Versicherern soll diesen erlauben, auf effizientere Art namentlich Daten zum Wohnsitz zu übermitteln. Die Kantone werden damit in der Lage sein, ihre eigenen Wohnsitzdaten den Versicherern zu übermitteln. Die Versicherer können damit in diesem Bereich über dieselben Datengrundlagen verfügen wie die Kantone. Der Datenaustausch wird in einer standardisierten Form erfolgen, ähnlich dem Prozess, welcher im Rahmen der individuellen Prämienverbilligung<sup>11</sup> zur Anwendung kommt (Art. 65 Abs. 2 KVG).

Der Adressdienst des BFS soll im Jahr 2024 operativ sein. Am 11. Dezember 2020 hat der Bundesrat die Vernehmlassungsergebnisse zur Kenntnis genommen und das EDI (BFS) beauftragt, einzelne Ergebnisse vertieft zu prüfen und eine Botschaft auszuarbeiten. Die Verabschiedung der Botschaft ist für Anfang 2022 vorgesehen. Es ist noch offen, welche Adressdaten (welcher Wohnsitz, welche Änderungsfrequenz, welche Aktualität) mit diesem Adressdienst verfügbar sein werden. Falls die Adressdaten dieses Dienstes für den Zweck der Wohnsitzkontrolle geeignet sind (tagesaktueller Wohnsitz), wäre dieser Dienst eine ergänzende Möglichkeit zur Wohnsitzkontrolle. Die GDK äussert sich aufgrund der Erfahrungen mit den bereits bestehenden Einwohnerregistern allerdings skeptisch, ob die geforderte Tagesaktualität mit dem zukünftigen Adressdienst des BFS erreicht werden kann. So oder so steht den Kantonen mit der Umsetzung der beiden erwähnten Motionen die Möglichkeit zu, ihre eigenen Wohnsitzdaten den Versicherern zu übermitteln.

Den Versicherern sollten also in absehbarer Zeit die Datengrundlagen zur Verfügung stehen, um versicherte Personen zuverlässig einem Wohnkanton zuordnen zu können. Allerdings bleibt zu klären, welche Möglichkeiten der Kanton hat, sich gegen den Prüfentscheid des Versicherers zu wehren, falls er sich selbst nicht als zuständig erachtet. Es müsste festgelegt werden, wie sichergestellt werden kann, dass der Kanton die Zuordnung eines Versicherers überprüfen kann und was geschieht, wenn Versicherer und Kanton unterschiedliche Auffassungen haben, welchem Kanton eine versicherte Person zuzuordnen ist.

---

<sup>11</sup> Für die Zwecke der Prämienverbilligung können Kantone und Versicherer bereits heute Adressdaten austauschen. Dies betrifft aber nur diejenigen versicherten Personen, welche Anspruch auf Prämienverbilligung haben.

## Lösungsmöglichkeit

Die rechtlichen Grundlagen dafür, dass auch die Versicherer über qualitativ zufriedenstellende Daten zum Wohnsitz der versicherten Personen verfügen, sollten in absehbarer Zeit geschaffen sein. Die Zuordnung der versicherten Personen zu einem Kanton könnte deshalb in einem ersten Schritt grundsätzlich durch die Versicherer erfolgen, basierend auf den Daten, welche die Versicherer neu von den Kantonen erhalten können. Die Versicherer können diese Zuordnung auch für die Bestimmung der korrekten Prämienregion nutzen.

Ergänzend sollte den Kantonen aber die Möglichkeit offenstehen, die Zuordnung der versicherten Personen zu kontrollieren. Dafür müssten die Versicherer den Kantonen mitteilen, für welche Personen sie für die ganze Periode oder für eine Teilperiode einen Kantonsbeitrag einfordern. Sinnvollerweise würde diese Meldung gesammelt über die gemeinsame Einrichtung KVG (GE-KVG, siehe auch Ziffer 6.2) erfolgen. Die Kantone hätten anschliessend die Möglichkeit, prüfen, ob die genannten Personen in der von den Versicherern geltend gemachten (Teil-) Periode auch nach ihrer Auffassung im Kanton wohnhaft waren, und der GE-KVG allfällige Korrekturen zu melden.

Falls die Versicherer mit allfälligen Korrekturen der Kantone nicht einverstanden sind, könnte ein Streitschlichtungsmechanismus greifen, welcher innerhalb des aus Kantonen und Versicherern zusammengesetzten Ausschusses einheitliche Finanzierung (siehe Ziffer 6.2) angesiedelt und von diesem in eigener Kompetenz geschaffen werden könnte. Falls auch danach noch keine Einigkeit besteht, welchem Kanton eine versicherte Person zuzuordnen ist, würde der Kanton mit einer Verfügung die Übernahme des Kantonsbeitrags für bestimmte versicherte Personen verweigern. Dagegen stünde dem Versicherer der Rechtsweg offen. Nach dem kantonalen Verwaltungsgericht stünde ein Weiterzug ans Bundesgericht offen. Da sich der massgebende Wohnsitz einer versicherten Person spätestens mit einem Schlichtungsmechanismus in den meisten Fällen ermitteln lassen sollte, ist nicht von einer grösseren Anzahl solcher Streitigkeiten auszugehen.

Der in absehbarer Zeit mögliche regelmässige elektronische Datenaustausch legt die Grundlage dafür, dass auch die Versicherer über aktuelle Wohnsitzdaten der Kantone verfügen und dass möglichst wenige anschliessende Korrekturen durch die Kantone notwendig sind. Mit der vorgeschlagenen Lösung behalten die Kantone die volle Kontrolle darüber, für welche Personen und für welche Periode von ihnen ein Kantonsbeitrag eingefordert wird. Sogar falls wider Erwarten innert nützlicher Frist kein verbesserter Datenaustausch zwischen Kantonen und Versicherern zustande käme, könnten als Ersatzlösung die Versicherer mit den bei ihnen bereits jetzt vorhandenen, qualitativ schlechteren Wohnsitzdaten eine erste Zuordnung der versicherten Personen zu einem Kanton vornehmen. Danach könnten die Kantone mit ihren qualitativ besseren Wohnsitzdaten die notwendigen Korrekturen vornehmen. Auf Gesetzesebene könnte dies mit einer Ergänzung von Artikel 60 Absatz 6 KVG geregelt werden.

### Art. 60 Berechnung

<sup>6</sup> Sie [die Versicherer] teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantonsbeitrag einfordern. Bestreitet ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2<sup>ter</sup> gilt und er somit für deren Leistungen einen Kantonsbeitrag entrichten soll, erlässt er eine Verfügung.

## **Einschätzung der Kantone und Versicherer**

Aus Sicht der Kantone ist die vorgeschlagene Lösung grundsätzlich gangbar und ein Streitschlichtungsmechanismus innerhalb des gemeinsamen autonomen Ausschusses Einheitliche Finanzierung der GE-KVG zielführend. Voraussetzung ist, dass die angekündigte KVG-Änderung zum elektronischen Datenaustausch (in Erfüllung der Motionen 18.3765 und 18.4209) sowie das geplante Adressdienstgesetz von den betroffenen Stakeholdern befürwortet und vom Parlament verabschiedet werden. Bevor sich die SGK-SR für eine Wohnsitzkontrolle durch die Versicherer ausspricht und dies im KVG-Entwurf zu einer einheitlichen Finanzierung festschreibt, wäre laut der GDK zumindest der Ergebnisbericht aus der Vernehmlassung zur KVG-Revision elektronischer Datenaustausch abzuwarten, welche noch bis zum 3. März 2022 dauert. Die Frage des Stichtags für den massgebenden Wohnsitz für den Kantonsbeitrag wäre auf Verordnungsebene zu regeln.

Ein Widerspruchsrecht der Kantone zur Frage des Wohnsitzes ist laut Santésuisse und Curafutura grundsätzlich möglich. Die Wohnsitzkontrolle soll mittels der nationalen Adressdatenbank (NAD) oder durch einen automatisierten Adressdatenabgleich zwischen Versicherern und Kantonen erfolgen. Allerdings müssen laut Santésuisse die Resultate der momentan laufenden Vernehmlassung abgewartet werden. Da Kantone und Versicherer über dieselbe Datenbasis verfügen, erübrigen sich laut Curafutura zusätzliche Kontrollen. Die Wohnsitzdaten sollen laut Santésuisse und Curafutura jährlich nach Monat abgegrenzt (analog Prämien: Wohnsitz am 1. Tag des Monats relevant) von der GE-KVG an die Kantone geliefert werden, nicht monatlich nach Start der Behandlung (taggenau). Laut Santésuisse ist eine Regelung in Artikel 60 Absatz 6 KVG allerdings unnötig, da Artikel 6a KVG bereits vorsehe, dass die Versicherer dem Kanton die für die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht notwendigen Daten bekanntgeben.

## **6.2 Abwicklung der Zahlungsflüsse**

Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurde vorgeschlagen, dass die technische Abwicklung der Zahlungsflüsse und die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung von der GE-KVG übernommen werden soll, bei gleichzeitigem Einbezug der Kantone in die GE-KVG. Der Vorteil besteht darin, dass diese bereits existiert und sie über Strukturen verfügt, die für eine Verwaltung der Geldflüsse zwischen Versicherern geeignet sind. Die Rechnungskontrolle und die Prüfung der Korrektheit der Angaben der einzelnen Versicherer zum Wohnsitz der versicherten Personen (siehe Ziffer 6.1) und zu den ihnen entstandenen Kosten, für welche sie Beiträge einfordern (siehe Ziffer 0), wäre hingegen nicht Aufgabe der GE-KVG.

Die Kantone fordern aus Governance- und Transparenzgründen einen Einbezug in die Gremien, welche die Konsolidierung der Angaben der einzelnen Versicherer, die Berechnung des Kantonsbeitrags sowie seine Einforderung und Aufteilung auf die einzelnen Versicherer durchführen. Die Versicherer wiederum lehnen einen generellen Einbezug der Kantone in die GE-KVG ab, unter anderem weil die GE-KVG auch mit anderen Aufgaben betraut ist, welche nur die Versicherer betreffen.

## Lösungsmöglichkeit

Die Kantone bevorzugen aus Effizienzgründen eine Abwicklung der Zahlungsflüsse nicht mit den einzelnen Versicherern, sondern gesammelt über die GE-KVG. Der Einbezug der Kantone in die GE-KVG muss hingegen nicht notwendigerweise über einen Einsitz der Kantone in den Stiftungsrat erfolgen. Ein Einbezug der Kantone kann auch über die Bildung eines separaten, von den übrigen Gremien der GE-KVG autonomen Ausschusses zur Abwicklung der sich aus der einheitlichen Finanzierung ergebenden Aufgaben innerhalb der GE-KVG erreicht werden. Ein solcher Ausschuss würde die Abwicklung dieser Aufgaben überwachen und könnte von den übrigen Gremien der GE-KVG nicht übersteuert werden. Er könnte auch in eigener Kompetenz ein Schlichtungsverfahren vorsehen, welches bei Uneinigkeiten zwischen einem Kanton und einem Versicherer bezüglich des zu leistenden Kantonsbeitrags in einem ersten Schritt vermitteln würde. Ein Beispiel dafür wäre, wenn der Wohnsitz einer versicherten Person umstritten ist (siehe Ziffer 6.1). An diesem Ausschuss wären die Kantone angemessen zu beteiligen. Im Gesetz könnte neben der Verpflichtung, die Zahlungsflüsse über die GE-KVG abzuwickeln, zur Klarstellung vorgesehen werden, dass die Kantone in den zur Durchführung und Überwachung dieses Prozesses zu bildenden Ausschuss angemessen einzubeziehen sind. Auf Gesetzesesebene könnte dies mit einer Ergänzung von Artikel 18 Absatz 2<sup>sexies</sup> KVG geregelt werden.

### Art. 18

<sup>2sexies</sup> Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an welchem die Kantone angemessen zu beteiligen sind.

## Einschätzung der Kantone und Versicherer

Die Kantone bezeichnen die Bildung eines autonomen Ausschusses Einheitliche Finanzierung innerhalb der GE-KVG mit angemessener Beteiligung der Kantone und der Versicherer als valable Option. Unter «autonom» ist zu verstehen, dass der Ausschuss nicht dem Stiftungsrat der GE-KVG unterstellt ist, sondern von den Kantonen und Versicherern eingesetzt und verwaltet wird. Zusammensetzung und Aufgaben des gemeinsamen Ausschusses sind soweit wie möglich im Bericht der SGK-SR zuhanden des Parlaments zu präzisieren. Der Ausschuss muss so ausgestaltet werden, dass die daran beteiligten Partner die Zahlungsflüsse mit der gleichen Wirksamkeit überprüfen und steuern können.

Santésuisse und Curafutura unterstützen die vorgeschlagene Lösung im Sinne eines Kompromisses. Die möglichen Aufgaben, Kompetenzen und Rechte des vorgeschlagenen Ausschusses sollten aber klar definiert werden und sich auf die Berechnung und Zuweisung der Kantonsbeiträge beschränken. Laut Santésuisse könnte die Rechnungsstellung an die Kantone alternativ auch direkt durch die Versicherer erfolgen statt über die GE-KVG, was beim Datenaustausch zur Prämienverbilligung oder zur Leistungssistierung heute einwandfrei funktioniert.

### 6.3 Datenzugang der Kantone zur Rechnungskontrolle und für andere Zwecke

Mit der heutigen Finanzierungsregelung erfolgt im spitalstationären Bereich eine doppelte Rechnungsstellung. Die Kantone erhalten für ihren Finanzierungsanteil von 55 Prozent vom Leistungserbringer eine separate Rechnung, welche dieselben Informationen enthält wie die Rechnungen, welche an die Versicherer für die sie betreffenden 45 Prozent des Rechnungsbetrags gehen.

Die in diesen Rechnungen enthaltenen Informationen erlauben es den Kantonen, die Zulässigkeit der Rechnung und die Korrektheit des Rechnungsbetrags zu überprüfen und die Rechnung bei Bedarf an den Leistungserbringer zurückzuweisen. Darüber hinaus vermitteln die Rechnungen den Kantonen weitere Informationen, welche ihnen etwa für Budgetierungs- und Steuerungszwecke nützlich sein können. Ein Beispiel dafür ist die Prüfung, ob die erteilten Leistungsaufträge im stationären Bereich von den Leistungserbringern eingehalten werden. Insbesondere Leistungsaufträge, welche eine quantitative Begrenzung der durchzuführenden Leistungen umfassen (z. B. Anzahl Operationen), können von den einzelnen Versicherern heute nicht überprüft werden, da ihnen der Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen fehlt.

Für die Pflegeleistungen nach KVG entrichten die Versicherer mit der heutigen Finanzierungsregelung einen nach Pflegebedarf abgestuften Beitrag. Im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung können die Kantone auch die Rechnungsstellung für den Bereich der Restfinanzierung regeln. Dies umfasst auch allfällige Datenbedürfnisse der Kantone.

Mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG würden sich die Kantone neu auch an ambulanten Leistungen beteiligen. Die Rechnungen sämtlicher Leistungserbringer in allen Sektoren (ambulant, stationär, Pflege) würden bei einer einheitlichen Finanzierung aber nur an die Versicherer gelangen, zumindest wenn eine monistische einheitliche Finanzierung vorgesehen würde und nicht eine einheitliche Finanzierung mit dualer Rechnungsstellung). Die Kantone hätten damit keinen direkten Zugang mehr zu den Daten, welche sie heute über die Rechnungen für stationäre Leistungen erhalten.

Die Kantone fordern, dass sie auch bei einer monistisch ausgestalteten einheitlichen Finanzierung weiterhin Zugang zu möglichst allen Rechnungsdaten erhalten. Dies würde es ihnen einerseits ermöglichen, die Einhaltung ihrer Auflagen, etwa mengenmässig beschränkte Leistungsaufträge, direkt und verzögerungsfrei zu überwachen, ohne von anderen Datenlieferanten oder möglicherweise unzuverlässigen Statistiken abhängig zu sein. Zudem wären die Kantone frei, die Daten für weitere Zwecke zu nutzen, etwa Budgetierung, Steuerung und Versorgungsplanung. Die Kantone möchten sich bei der Nutzung der Rechnungsdaten auch nicht im Voraus auf bestimmte Zwecke einschränken lassen, da sie der Ansicht sind, als Mitfinanzierer auch ein Miteigentum an den durch die Kostenübernahme generierten Daten zu haben.

Andererseits möchten die Kantone, wenn es ihnen angezeigt erscheint, die Rechnungen ebenfalls prüfen und mitbeurteilen können, ob die Kostenübernahme gerechtfertigt ist, insbesondere bei Rechnungen in grösserem finanziellem Umfang. Damit sie gegebenenfalls die Übernahme des Kantonsbeitrags für diese Rechnungen verweigern können, fordern die Kantone auch ein Widerspruchsrecht gegenüber den Versicherern im Einzelfall. Dieses müsse ergänzt werden durch einen Streitschlichtungsmechanismus und einen anschliessenden Rechtsweg.

Die Versicherer stellen sich gegen einen Zugang der Kantone zu Rechnungsdaten. Die Prüfung der Rechnungen und der Entscheid über die Kostenübernahme sind nach Ansicht der Versicherer eine ihrer Kernaufgaben. Eine weitere Rechnungsprüfung durch die Kantone verursacht laut den Versicherern zusätzliche administrative Kosten ohne Zusatznutzen und entspricht nicht dem Ziel, durch eine einheitliche Finanzierung die Effizienz des Gesamtsystems zu stärken. Die Bedürfnisse der Kantone, etwa zur Überprüfung quantitativ beschränkter Leistungsaufträge, liessen sich auch

mit aggregierten Daten erfüllen. Eine beschleunigte oder automatisierte Bereitstellung von aggregierten Daten könnte geprüft werden. Ein Datenzugang für die Kantone zu besonders schützenswerten Individualdaten, worum es sich bei medizinischen Rechnungen handelt, ohne abschliessend definierten Zweck und ohne zwingende Notwendigkeit widerspricht laut den Versicherern zudem dem Grundsatz der Datensparsamkeit. Die Versicherer hätten zur Sicherstellung des Datenschutzes eigens Datenannahmestellen aufgebaut. Die Aufsicht durch das BAG stelle bereits sicher, dass die Versicherer in ihrer Tätigkeit, also auch bei der Rechnungsprüfung, die gesetzlichen Anforderungen einhalten. Sollte sich ein konkreter Bedarf zeigen, wäre auch eine Verstärkung der Aufsicht denkbar.

Es stellt sich die Frage, welche Vorkehrungen notwendig sind, dass die Kantone Zugang erhalten zu denjenigen Daten, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach KVG benötigen, und wie den Kantonen Gewähr geboten werden kann, dass der von ihnen geforderte Kantonsbeitrag an die Kosten der Leistungen nach KVG nur diejenigen Kosten und diejenigen Leistungen umfasst, welche die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen. Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 und auch im ergänzenden Bericht des BAG vom 29. Oktober 2021 wurde darauf hingewiesen, dass die Lösungsfindung in diesem Bereich noch im Gange ist.

### **Lösungsmöglichkeit**

Es ist verständlich, dass die Kantone eine gewisse Sicherheit wünschen, dass die von ihnen eingeforderten Kantonsbeiträge nur für Leistungen verwendet werden, welche die gesetzlichen Anforderungen erfüllen. Zudem zeigen die Kantone auf, dass gewisse Kontrollaufgaben im stationären Bereich von den einzelnen Versicherern momentan gar nicht durchgeführt werden können, da ihnen die Informationen dafür fehlen. Dafür ist ein Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen notwendig. Ebenso ist es notwendig, dass die Kantone weiterhin innert nützlicher Frist und kostenlos über die Daten verfügen, welche erforderlich sind, dass sie die ihnen vom Gesetz übertragenen Aufgaben wahrnehmen können.

Gleichzeitig trifft es zu, dass die Optimierung der Prozesse beim Entscheid über die Kostenübernahme bei einer Rechnung neben der Gestaltung von innovativen Versicherungsmodellen eine der beiden zentralen Möglichkeiten für Versicherer ist, sich im regulierten Wettbewerb voneinander zu unterscheiden. Zu schützenswerten Individualdaten sollte zudem nur dann ein Zugang bestehen, wenn der damit verfolgte Zweck definiert ist und sich dieser nicht auch anderweitig erfüllen lässt. Der Zugang zu Individualdaten erfordert zudem die Beachtung der Anforderungen des Datenschutzes.

Eine Stossrichtung für eine Lösung könnte sein, dass erstens, wie im Bericht des EDI vom 30. November 2020 skizziert, die Aufsicht des BAG über die Rechnungskontrolle gezielt gestärkt werden könnte, falls konkrete Lücken identifiziert werden. Der Bundesrat kann, wie er dies im Rahmen seiner Aufsicht über die Versicherer bereits heute tut, Minimalanforderungen an den Prozess der Rechnungskontrolle definieren. Diese Anforderungen könnten, falls notwendig, unter Einbezug der Kantone und Versicherer weiter geschärft werden. Dabei wäre auch darauf zu achten, dass Innovation und Wettbewerb nicht behindert werden. Dafür sind keine Ergänzungen gegenüber dem bestehenden Recht erforderlich.

Zweitens sind die Kantone unabhängig von der Rechnungskontrolle für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben auf einen raschen und kostenlosen Zugang zu Kosten- und Leistungsdaten in hoher Qualität angewiesen. Grundsätzlich ist es bereits mit den heutigen Rechtsgrundlagen denkbar, dass die Kantone Zugang erhalten zu für sie beim Vollzug des KVG wichtigen Daten, seien es solche der Leistungserbringer oder der Versicherer. Zu klären und optimieren bliebe die Schnelligkeit und Kadenz der Datenlieferung sowie die Sicherstellung des Datenschutzes. Für viele Zwecke

dürften aggregierte Daten ausreichen. Wo sich Individualdaten für bestimmte, definierte Zwecke als notwendig erweisen, kann auch der Zugang zu solchen in Betracht kommen.

Die Leistungserbringer sind bereits heute verpflichtet, den zuständigen Bundesbehörden kostenlos die Daten bekannt zu geben, die benötigt werden, um die Anwendung der Bestimmungen des KVG über die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen zu überwachen (Art. 59a KVG). Es sind namentlich Angaben zur Art der ausgeübten Tätigkeit, Einrichtung und Ausstattung sowie Rechtsform des Leistungserbringers zu machen, zur Anzahl und Struktur der Beschäftigten, der Ausbildungsplätze, der Patientinnen und Patienten in anonymisierter Form, zu Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen, zu Aufwand, Ertrag und finanziellem Betriebsergebnis sowie zu medizinischen Qualitätsindikatoren.

Die Angaben werden vom BFS erhoben, dieses stellt sie dem BAG und unter anderem auch den Kantonen zur Verfügung (Art. 59a Abs. 3 KVG). Daten zu Art, Umfang und Kosten der erbrachten Leistungen müssen bereits heute von den Leistungserbringern geliefert werden. Diese Informationen kommen denjenigen nahe, welche aus der Summe der einzelnen Rechnungen ersichtlich sind. Allerdings handelt es sich dabei nicht um die Rechnungsdaten, sondern um die Daten, die über die gesamte Tätigkeit erhoben werden.

Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Erhebung, Bearbeitung, Weitergabe und Veröffentlichung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips (Art. 59a Abs. 4 KVG). In Artikel 30b Absatz 1 Buchstabe b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) wird die Datenweitergabe an die Kantone näher geregelt. Die Bestimmung in Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe d KVG ist zudem offen formuliert. Dies ermöglicht es, dass der Bundesrat auf die Bedürfnisse der Kantone bezüglich solcher Daten für ihre Aufgaben im Rahmen des KVG eingehen und den Umfang der zu liefernden Daten falls notwendig auch anpassen kann. Wichtige Daten für Budgetierung und Steuerung werden von dieser Definition vermutlich also durchaus erfasst und könnten den Kantonen zur Verfügung gestellt werden. Allerdings spielt auch die zeitliche Komponente eine Rolle. Die Kantone benötigen für ihre Zwecke eine möglichst rasche Datenlieferung.

Die Versicherer werden mit Artikel 21 nKVG<sup>12</sup> ebenfalls verpflichtet, dem BAG regelmässig die Daten weiterzugeben, welche für die Erfüllung seiner im KVG definierten Aufgaben erforderlich sind. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Der Bundesrat kann für bestimmte Zwecke vorsehen, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung bestimmter Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind. Die im Gesetz vorgesehenen Zwecke für Individualdaten sind einerseits die Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie die Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung und andererseits die Analyse der Wirkung des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Gesetzes- und Gesetzesvollzugsänderungen und schliesslich die Evaluation des Risikoausgleichs. Das BAG stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Damit auch die Kantone unabhängig von der Frage der Rechnungskontrolle über die für die Erfüllung ihrer eigenen Aufgaben nach dem KVG erforderlichen spezifischen aggregierten Daten der Versicherer verfügen, könnte Artikel 21 Absatz 1 nKVG so ergänzt werden, dass die Versicherer

---

<sup>12</sup> Bundesgesetz vom 19. März 2021 über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BBl 2021 664. Die Referendumsfrist für dieses Gesetz ist am 8. Juli 2021 unbenutzt verstrichen. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

verpflichtet sind, dem BAG nicht nur die für die Erfüllung der Aufgaben des BAG notwendigen Daten weiterzugeben, sondern auch diejenigen, welche für die Erfüllung der Aufgaben der Kantone (wie beispielsweise Zulassung der Leistungserbringer, Planung, etc.) notwendig sind.

In der Botschaft des Bundesrates vom 10. November 2021<sup>13</sup> zur Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und dem indirekten Gegenvorschlag dazu wurde bereits vorgeschlagen, in Artikel 21 Absatz 4 E-KVG explizit zu erwähnen, dass das BAG die von den Versicherern erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Wenn definiert ist, welche von den Versicherern erhobenen Daten die Kantone benötigen, ist ein verzögerungsfreier Zugang der Kantone zu den Daten denkbar, sobald auch das BAG Zugang dazu erhält. Der Bund seinerseits hat bereits mit Artikel 21 nKVG die Möglichkeit, gegenüber den Versicherern Anforderungen an die Geschwindigkeit der Datenlieferung an das BAG zu formulieren.

Drittens könnte für die Frage der Rechnungskontrolle ein Widerspruchsrecht der Kantone bei gewissen Einzelrechnungen geschaffen werden, etwa in für sie besonders wichtigen Teilbereichen (z. B. stationäre Behandlung) oder für Rechnungen mit sehr hohem Rechnungsbetrag. Ein solches Widerspruchsrecht wäre für eine effiziente Abwicklung innerhalb einer kurzen Frist wahrzunehmen.

Damit ein solches Widerspruchsrecht gegen Einzelrechnungen überhaupt wahrgenommen werden kann, benötigen die Kantone eine Einsichtsmöglichkeit in einen definierten Teil der Rechnungen. Mit der im Rahmen des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kostendämpfung vorgeschlagenen ausschliesslich elektronischen Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer und mit Hilfe von Plattformen für den Datenaustausch, die ausgewählten Akteuren Zugang zu den für sie zugelassenen Daten ermöglichen, sollte dies ohne übermässige Kosten zu erreichen sein.

Die Rechnungsprüfung für einen Grossteil der Rechnungen würde so ausschliesslich durch die Versicherer erfolgen, die Kantone hätten aber die Möglichkeit, in für sie auch finanziell besonders bedeutenden Fällen das Vorliegen der Voraussetzungen für die Kostenübernahme zu prüfen und gegebenenfalls die Ausrichtung des Kantonsbeitrags abzulehnen. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Leistungserbringer über keinen Leistungsauftrag für die abgerechnete Leistung verfügt, wenn ein quantitativ beschränkter Leistungsauftrag bereits ausgeschöpft ist, wenn eine Leistung im Regelfall ambulant statt stationär zu erbringen ist oder wenn der Leistungserbringer den falschen Tarif (Standortkanton vs. Referenztarif) abrechnet.

Der von einem Einsichtsrecht erfasste Teil der Rechnungen kann aufgrund des erforderlichen Detaillierungsgrads kaum abschliessend auf Gesetzesstufe abgegrenzt werden, sondern sollte vom Bundesrat auf Verordnungsebene präzisiert werden. Entscheidend wäre, im Gesetz festzuhalten, welche Absicht der Gesetzgeber bezüglich des Umfangs des von einem Einsichts- und Widerspruchsrecht erfassten Kreises von Rechnungsdaten verfolgt. Es könnte beispielsweise vorgesehen werden, dass sich der Zugang für die Kantone auf Rechnungen oberhalb eines bestimmten Betrags oder auf Rechnungen in einem bestimmten Leistungsbereich beschränkt. Der Betrag und die Leistungsbereiche wären vom Bundesrat festzulegen.

Falls der Versicherer mit dem Widerspruch des Kantons nicht einverstanden ist, müsste ein Streitlösungsmechanismus greifen. Es würde sich anbieten, dass Kantone und Versicherer im Rahmen des autonomen Ausschusses einheitliche Finanzierung innerhalb der GE-KVG (siehe Ziffer 6.2) ein Schlichtungsverfahren zur Klärung von Streitigkeiten vereinbaren. Dies können die beteiligten Akteure in eigener Kompetenz regeln. Kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, könnte

---

<sup>13</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Änderung: Vorgabe von Kostenzielen, Reiter «Dokumente». Publikation im Bundesblatt pendent.

im Gesetz vorgesehen werden, dass der Versicherer dem Kanton jeweils mitteilt, wenn er die Rechnungen, in welche der Kanton Einsicht hatte, zu übernehmen gedenkt. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen. Diese Verfügung könnte durch den Kanton anschliessend auf dem normalen Rechtsweg angefochten werden. Das in erster Instanz zuständige Gericht kann sich je nach Kanton unterscheiden, danach wäre in jedem Fall ein Weiterzug ans Bundesgericht möglich. Im Unterschied zu Streitigkeiten zum Wohnsitz einer versicherten Person (siehe Ziffer 6.1) sollte nicht der Kanton, sondern der Versicherer eine Verfügung zur Kostenübernahme für eine Leistung erlassen, welche vom Kanton danach angefochten werden kann. Der Entscheid zur Kostenübernahme für eine Leistung betrifft neben dem Kanton auch die versicherte Person direkt. Wenn der Versicherer und nicht der Kanton die Verfügung erlässt, wird vermieden, dass sowohl der Kanton wie auch die versicherte Person denselben Rechtsgegenstand in zwei verschiedenen Verfahren mit möglicherweise widersprechenden Resultaten gerichtlich überprüfen lassen.

Es bliebe zu klären, wie bei einer Datenlieferung auch an die Kantone der Schutz der Daten sichergestellt werden könnte. Gegenüber dem heutigen Zustand würde sich noch verschärfen die Frage stellen, wie sichergestellt wird, dass der Umgang der Kantone mit diesen Daten den Anforderungen des Datenschutzes genügt. Für die Versicherer hat der Bundesrat gestützt auf seine Kompetenz nach Artikel 42 Absatz 3<sup>bis</sup> KVG mit Artikel 59a Absatz 6 KVV für den stationären Bereich Vorschriften erlassen. So müssen die Versicherer für den Empfang von Rechnungsdaten vom Typus DRG eine Datenannahmestelle führen.

Für die Kantone fehlen bis anhin spezifische Vorschriften. Solche wären zu prüfen. Mit einer einheitlichen Finanzierung sind die Kantone nicht mehr direkt in den Prozess der Rechnungsstellung eingebunden. Deswegen bietet Artikel 42 Absatz 3<sup>bis</sup> KVG keine ausreichende Grundlage dafür, dass der Bundesrat auch für die Kantone Vorschriften zum Umgang mit Rechnungsdaten erlassen kann. Es würde sich deshalb anbieten, angelehnt an die Bestimmung in Artikel 59a Absatz 4 KVG in Artikel 60 Absatz 7 festzuhalten, dass der Bundesrat unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips Vorschriften zum Umgang mit denjenigen Daten erlässt, die für die Überprüfung des Kantonsbeitrags von besonderer Bedeutung sind und zu welchen die Versicherer den Kantonen den Zugang ermöglichen.

Auf Gesetzesebene könnte die vorgeschlagene Stossrichtung mit einer Ergänzung von Artikel 21 Absätze 1 und 4 sowie Artikel 60 Absatz 7 KVG geregelt werden.

#### Art. 21 Daten der Versicherer

<sup>1</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, dem Bundesamt regelmässig die für die Erfüllung der Aufgaben des Bundesamtes sowie der Kantone nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.

<sup>4</sup> Es stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, den Kantonen, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

#### Art. 60 Berechnung

<sup>7</sup> Der Versicherer ermöglicht dem Kanton Zugang zu Daten von Rechnungen, welche oberhalb eines vom Bundesrat festgesetzten Betrags liegen oder welche eine vom Bundesrat bezeichnete Leistung betreffen. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in diesen Rechnungen abgerechneten Leistungen, teilt er es auch dem Kanton mit. Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, kann der Kanton den Erlass einer Verfügung verlangen. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung und Weitergabe der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

## **Einschätzung der Kantone und Versicherer**

Aus Sicht der Kantone ist der Lösungsvorschlag problematisch und völlig ungenügend. Es wäre befremdend, wenn der im Bereich der sozialen Krankenversicherung ohnehin eingeschränkte Wettbewerb unter Versicherern höher bewertet würde als die verfassungsmässige Versorgungsverantwortung der Kantone. Es ist laut den Kantonen unzulässig, mit der Begründung des Wettbewerbs unter Versicherern das Instrumentarium der Kantone zur Wahrnehmung einer ihnen per Verfassung zukommenden Aufgabe mit dem Spezialgesetz KVG einzuschränken.

Als Mitfinanzierer sämtlicher ambulanten und stationären Leistungen einschliesslich der Pflege und gemäss ihrer Verantwortung für die Verwendung von Steuergeldern machen die Kantone einen Anspruch wie die Versicherer geltend, sämtliche Einzelrechnungen in Echtzeit einzusehen, zu prüfen und zu beanstanden. Mit einer differenzierten Regelung des Datenzugriffs, welche je nach Verwendungszweck unterschiedliche Datensammlungen, Aggregationsniveaus, Lieferfristen und -kanäle vorsieht, lässt sich der Anspruch der Kantone auf eine vollständige Datentransparenz nicht erfüllen. Dieser Anspruch erstreckt sich laut den Kantonen auch auf Rückzahlungen der Leistungserbringer an die Versicherer, die nicht direkt bei der Rechnung anknüpfen, sondern aufgrund von nachgelagerten Prozessen abgewickelt werden.

Das Argument der Versicherer, eine weitere Rechnungsprüfung durch die Kantone verursache zusätzliche administrative Kosten ohne Zusatznutzen, ist laut den Kantonen insbesondere bei einer elektronischen Lösung nicht nachvollziehbar. Das echte Potenzial einer einheitlichen Finanzierung liegt laut den Kantonen nicht in der Umsetzung des Monismus, sondern in der Anwendung eines einheitlichen Finanzierungsschlüssels über alle Versorgungsbereiche hinweg, sowie in den Möglichkeiten, neue Versorgungsmodelle zu entwickeln und zu stärken, die sich über die Versorgungsstrukturen hinweg an Patientenpfaden orientieren.

Bei der vorgeschlagenen Datenübermittlung über Umwege geht laut den Kantonen zu viel Zeit für die Datennutzung verloren. Zweckgebundene, aggregierte oder anonymisierte Daten könnten den Bedürfnissen von allen 26 Kantonen nie vollkommen gerecht werden. Die einfachste Lösung wäre aus Sicht der Kantone eine Datenplattform, welche die Daten sämtlicher Einzelrechnungen im gesamten Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung umfasst, und bei der sowohl die Versicherer als auch die Kantone auf die sie betreffenden Daten in Echtzeit zugreifen dürfen. Alle Alternativen sind laut den Kantonen kompliziert, nicht bedarfsgerecht und teurer, und sie schöpfen das gewollte Potenzial einer einheitlichen Finanzierung nicht aus.

Die GDK besteht auf voller Datentransparenz, auf einen zeitnahen und kostenlosen Zugriff der Kantone auf die detaillierten Rechnungsdaten betreffend alle Leistungen, deren Kosten sie mitzutragen haben. Zudem fordert die GDK für die Kantone eine Möglichkeit für ergänzende Rechnungskontrollen sowie Widerspruchsrecht gegenüber Versicherern bzw. Leistungserbringern bei sämtlichen Rechnungen unabhängig von Betrag und Versorgungsbereich. Auch die Daten und Informationen, die aus nachgelagerten Kontrollen resultieren und zu Zahlungsrückflüssen führen (bspw. gemäss Art. 56 KVG), sind vollständig und transparent den Kantonen weiterzugeben.

Santésuisse und Curafutura lehnen die vorgeschlagenen Ergänzungen von Artikel 21 nKVG sowie Artikel 60 Absatz 7 KVG ab.

Laut den beiden Versichererverbänden ist der Wechsel auf ein System mit einheitlicher Leistungsfinanzierung nur dann sinnvoll, wenn die Rechnungskontrolle vollumfänglich von den Versicherern wahrgenommen wird. Eine Beteiligung der Kantone an der Rechnungsprüfung würde faktisch zu einer Ausweitung der heutigen dual-fixen Finanzierung auf den ambulanten Bereich führen. Damit würden die administrativen Aufwände multipliziert und die möglichen Effizienzgewinne von Beginn weg ausgehöhlt. Ein solches Finanzierungsregime würde der Grundidee der einheitlichen Finanzierung diametral zuwiderlaufen. Bei einer monistischen einheitlichen Finanzierung

sind die Kantone laut Curafutura Beitragszahler an die OKP-Kosten, aber nicht mehr Rechnungsempfänger, die Rechnungsprüfung durch die Kantone fällt weg. Deshalb benötigen die Kantone kein Widerspruchsrecht und keine Einsicht in Einzelrechnungen, auch mit Blick auf den Datenschutz.

Die Neuordnung der Finanzierung darf laut Curafutura nicht mit einer Ausdehnung der Fehler des heutigen Systems verbunden sein. Die berechtigten Anliegen der Kantone sollen vielmehr mit sach- und zeitgemässen Massnahmen sichergestellt werden. Das Leistungscontrolling der Kantone soll nicht via Einzelrechnungen erfolgen, sondern über Verträge mit Leistungserbringern, direktes Reporting der Leistungserbringer an die Kantone und statistische Daten, welche die Kantone beim BFS (Leistungserbringerdaten gem. Art. 59a KVG) anfordern können.

Laut Santésuisse müssen die Datenbedürfnisse der Kantone im Detail dargelegt werden, danach können sie konkret angegangen werden. Für die Überprüfung der Leistungsaufträge können die Kantone laut Santésuisse als Leistungsauftrags-Geber die zur Prüfung der Aufträge notwendigen Daten direkt bei den Leistungserbringern einfordern. Je nach Leistungsauftrag ist zudem die zur Prüfung nötige Information auf der Rechnung nicht ersichtlich. Die Einhaltung von quantitativ begrenzten Leistungsaufträgen kann vertraglich festgelegt und im Nachhinein überprüft werden. Ob die Richtlinien für im Regelfall ambulant zu erbringende Leistungen eingehalten werden oder ob eine stationäre Behandlung im Einzelfall gerechtfertigt ist, geht in den seltensten Fällen aus einer Rechnung hervor, sondern ist Gegenstand einer separaten Kostengutsprache oder muss nachgelagert überprüft werden.

## **7 Sparpotenzial und Anreize für Leistungserbringer im ambulanten Bereich**

### **7.1 Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung**

Das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung war bereits Thema des Berichts des EDI vom 30. November 2020. Dieser Bericht kam zum Schluss, dass eine genaue Quantifizierung der jährlich zu erzielenden Einsparungen schwierig ist, dass aber mit bedeutenden, jährlich wiederkehrenden Einsparungen gerechnet werden kann. Eine Grössenordnung von mehreren hundert Millionen Franken sei nicht unplausibel. Es gilt unverändert, dass seriöse Schätzungen für die genaue Bandbreite der zu erwartenden Einsparungen schwierig sind. Das EDI hat denn auch darauf verzichtet, eine solche Bandbreite explizit zu benennen, und die Unsicherheiten transparent benannt.

Auch wenn eine exakte Quantifizierung schwierig ist und deshalb auch mit dem vorliegenden Bericht des BAG nicht vorgenommen werden kann, ist das jährlich wiederkehrende Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung aus Sicht des BAG absolut substantiell. Eine einheitliche Finanzierung ist keine reine Umleitung von Finanzflüssen, sondern sie beseitigt einen offensichtlichen Fehlanreiz, welcher heute dazu führt, dass die Finanzierungsträger Anreize haben, die Tarife so zu gestalten, dass die Behandlungsentscheide der Leistungserbringer in die eine oder andere Richtung verzerrt werden. Diesen Fehlanreizen kann mit der Genehmigung der Tarife durch die Aufsichtsbehörden nur unzureichend entgegengewirkt werden. Auch der Erlass von Listen mit einzelnen Leistungen, welche im Regelfall ambulant zu erbringen sind, muss sich notwendigerweise auf Einzelfälle beschränken, ist vergleichsweise schwerfällig und kein Ersatz für eine umfassende Verbesserung der Anreize auf breiter Front.

Die heutige Finanzierungsregelung führt zudem dazu, dass die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen, so unvollständig sie leider auch ist, doch einhergeht mit einer laufenden Verlagerung von Steuerfinanzierung zu Prämienfinanzierung. Dies führt zu Prämiensteigerungen, welche im Vergleich zur Gesamtkostenentwicklung überproportional sind.

Die koordinierte Versorgung profitiert massiv von einer einheitlichen Finanzierung. Mit der heutigen Finanzierungsregelung ist die Koordination über die Sektoren mit unterschiedlicher Finanzierung aus Sicht der Prämienzahlenden und damit der Versicherer oft nicht lohnend. Eine verbesserte, koordinierte, aber auch kostenintensivere ambulante Betreuung kann Spitalaufenthalte verhindern. Spitalaufenthalte sind heute aus Sicht der Prämienzahlenden aber vergleichsweise günstig. Investitionen in die Koordination der ambulanten Leistungen zahlen sich deshalb in vielen Fällen nicht aus, sondern würden zu höheren Prämien führen. Entsprechende Versicherungsmodelle wären heute für die Versicherten unattraktiv und werden von den Versicherern deswegen auch nicht in dem Mass entwickelt und angeboten, wie es mit einer einheitlichen Finanzierung der Fall wäre. Eine ähnlich unbefriedigende Situation besteht an der Schnittstelle von Pflegeleistungen zu anderen Leistungen nach KVG. Mit verbesserter ambulanter Betreuung können Eintritte ins Pflegeheim verhindert oder verzögert werden. Da die OKP einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen im Pflegeheim leistet, während die ambulanten Leistungen voll zulasten der OKP gehen, sind solche Bemühungen aus Sicht der Prämienzahlenden nicht attraktiv und werden deshalb vernachlässigt.

Entscheidend ist aus Sicht des BAG, dass eine solche Reform die Effizienz des Gesamtsystems der OKP stärkt, die koordinierte Versorgung fördert und auch die steuer- und prämienfinanzierten Anteile des Gesundheitswesens stabilisiert.

Um das Sparpotenzial dennoch quantitativ näher einzugrenzen, lässt das BAG derzeit eine Studie durchführen, welche das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung zu ermitteln versuchen soll. Damit sollen die kurzfristigen Verschiebungen zwischen Steuer- und Prämienzahlenden in

einzelnen Kantonen, welche trotz der insgesamt kostenneutralen Konzeption der Reform (für die Summe der Prämien- und Steuerzahlenden in jedem einzelnen Kanton sowie für die Gesamtheit der Prämienzahlenden aller Kantone einerseits und die Kantonsfinanzen aller Kantone andererseits) zu erwarten sind, auch in ein Verhältnis gesetzt werden können zum mittel- und längerfristigen Sparpotenzial der einheitlichen Finanzierung, welches allen Finanzierungsträgern gleichermaßen zugutekommt. Resultate sind im Frühjahr 2022 zu erwarten.

## 7.2 Tarife im ambulanten Bereich

Die Verwaltung wurde am 20. Mai 2021 beauftragt, Vorschläge zu präsentieren, wie die Umlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich auch für die Leistungserbringer durch kostendeckende Entschädigungen in beiden Bereichen die richtigen Anreize setzt und eine Unterfinanzierung der Spitäler verhindert.

Laut Begründung des Auftrags würden mit der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung auf der Seite der Leistungserbringer heute bestehende falsche Anreize nicht behoben. Während die Spitäler im stationären Bereich mit der Tarifstruktur SwissDRG basierend auf realen Durchschnittskosten und dank differenzierten Tarifen nahezu kostendeckende Entschädigungen erhielten, seien die Tarife im ambulanten Bereich für die Spitäler von der Kostendeckung weit entfernt. Im Rahmen der Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung im ambulanten und stationären Bereich seien deshalb kostendeckende Entschädigungen der Spitäler im ambulanten Bereich einzuführen. Damit werde auch auf Seiten der Leistungserbringer der heute bestehende falsche ökonomische Anreiz, Behandlungen stationär statt ambulant durchzuführen, eliminiert. Ein Übergang zu kostendeckenden ambulanten Entschädigungen könne nicht dem in Artikel 59c KVV verankerten Prinzip der Kostenneutralität bei Änderungen des Tarifmodells folgen.

Das KVG definiert die Anforderungen an die Tarife, die Aushandlung eines Tarifs ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner. Das KVG enthält keine Anforderung, dass ein Tarif kostendeckend sein muss. Vielmehr sollen Tarife sachgerecht strukturiert und betriebswirtschaftlich bemessen sein (Art. 43 Abs. 4 KVG). Eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung soll zu möglichst günstigen Kosten erreicht werden (Art. 43 Abs. 6 KVG). Ein Wechsel des Tarifmodells darf für sich alleine keine Mehrkosten verursachen (Art. 59c Abs. 1 Bst. c KVV).<sup>14</sup> Die Genehmigungsbehörde (je nach Tarifvertrag der Kanton oder der Bundesrat) prüft,

---

<sup>14</sup> Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV fordert, dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf. Das Gebot der Kostenneutralität ergibt sich dabei direkt aus dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit, wonach eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherzustellen ist. Ein Wechsel des Tarifmodells darf nicht zu Mehrkosten führen, wenn Qualität und Menge der erbrachten Leistungen im Vergleich zum alten Modell mehr oder weniger gleichbleiben (siehe auch Kommentar zu den Änderungen der KVV für den 1. August 2007 und den 1. Januar 2008 zu Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV). Dies gilt sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Das bedeutet, dass eine neue Tarifstruktur, die in etwa das gleiche Leistungsangebot umfasst wie früher, grundsätzlich zu keinen Kostensteigerungen führen darf. Auch ausgewiesene Kostensenkungen (z. B. aufgrund der Reduktion von Operationszeiten) müssen ins Tarifmodell einfließen.

Sind für die OKP insgesamt belegbare Kostensteigerungen (sei es beispielsweise durch höhere Qualität der Behandlung oder veränderte Kosten) unausweichlich, so müssen diese nach dem Gebot der Billigkeit aus der Perspektive des Gesamtsystems der sozialen Krankenversicherung wirtschaftlich tragbar sein und sich somit in einem sehr engen Rahmen bewegen. Der Bundesrat hat diesbezüglich jeweils, beispielsweise in seiner Stellungnahme zur Interpellation 15.3182 Weibel «Tarmed. Revision der Tarifstruktur» zum Ausdruck gebracht, dass die wirtschaftliche Tragbarkeit für das Gesamtsystem gegenüber der betriebswirtschaftlichen Rechtfertigung des Tarifes grundsätzlich zu priorisieren ist. Nur ein für das Gesamtsystem tragbarer Tarif kann als «billig» gelten.

ob der Tarif dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit genügt, und genehmigt den Tarifvertrag, wenn dies der Fall ist. Die Tarifpartner haben in der konkreten Ausgestaltung des von ihnen vereinbarten Tarifs jedoch einen beträchtlichen Handlungsspielraum.

Eine einheitliche Finanzierung wird die Anreize der Finanzierungsträger in Tarifverhandlungen verändern. Sie haben keine Anreize mehr, die Tarifgestaltungen oder -genehmigungen so zu gestalten, dass die Leistungserbringer Anreize haben, Leistungen zwischen unterschiedlich tarifierten Sektoren zu verschieben. Damit entfaltet eine einheitliche Finanzierung ohne spezifische Regelungen für den Tarifbereich eine positive Wirkung auf die Anreize der Leistungserbringer. Unter anderem deswegen ist eine einheitliche Finanzierung nicht eine reine Umlenkung von Finanzflüssen zwischen den Finanzierungsträgern, sondern sie verändert auch das Verhalten der Leistungserbringer, weil diese weniger durch verzerrte Tarife in ihren Behandlungsentscheidungen beeinflusst werden. Allerdings kann eine einheitliche Finanzierung natürlich nicht sämtliche Fehlanreize beseitigen. Ungünstige Wechselwirkungen mit dem Zusatzversicherungsbereich bleiben bestehen.

Mit der Einsetzung einer Tariforganisation, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen im stationären Bereich zuständig ist (Art. 49 Abs. 2 KVG), haben die Tarifpartner die Grundlage gelegt dafür, die Tarife im stationären Bereich regelmässig zu überprüfen und anzupassen, wenn der Tarif die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt, wie dies von Artikel 59c Absatz 2 KVV gefordert wird. Im ambulanten ärztlichen Bereich wurde die Einführung einer analogen Tariforganisation im Rahmen des ersten Pakets zur Kostendämpfung vom Parlament verabschiedet. Eine solche Tariforganisation soll sicherstellen, dass auch im ambulanten ärztlichen Bereich sachgerechte und regelmässig angepasste Tarifstrukturen bestehen.

Zusammengefasst fördert eine einheitliche Finanzierung durch die wegfallenden Fehlanreize der Finanzierungsträger die Vereinbarung und Genehmigung von sachgerechten Tarifen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Zusammen mit der vom Bundesrat vorgeschlagenen Einsetzung einer Tariforganisation auch für den ambulanten ärztlichen Bereich schafft dies die Grundlage für eine sachgerechte und dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügende Vergütung der Leistungen, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden.

---

Entscheidend ist somit die sachgerechte Struktur der Tarife, ihre betriebswirtschaftliche Bemessung und der Grundsatz, dass ein Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung und gleichzeitig höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken darf (Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV). Die Genehmigungsbehörden prüfen, ob ein Tarif insgesamt diese Anforderungen erfüllt. Die Tarifpartner wie auch die Genehmigungsbehörden haben dabei einen gewissen Spielraum.

## Anhang I: Steuerungsmöglichkeiten Kantone

**Tabelle 4: Steuerungsmöglichkeiten der Kantone**

Bereich/Thema	Bisherige oder geplante Kompetenz Kantone	Gesetzliche Grundlage
Versicherungspflicht	Kantone sorgen für Einhaltung der Versicherungspflicht, informieren darüber und weisen Nichtversicherte einem Versicherer zu	Art. 6 – 6a KVG
Förderung der Gesundheit	Kantone betreiben mit Versicherern Institution für Massnahmen zur Förderung der Gesundheit	Art. 19 KVG
Zulassung Leistungserbringer	<p><b>Hauptsächlich Kompetenz Kantone:</b></p> <p>- <b>Zulassung der ambulanten Leistungserbringer</b></p> <p>- <b>Zulassung der stationären Leistungserbringer</b></p> <p>Möglichkeit, Selbstdispensation von Arzneimitteln durch Ärzte und Ärztinnen zu regeln</p> <p>Teilweise vom Bundesrat geregelt (Zulassungsvoraussetzungen, Kriterien Planung der Spitäler, Pflegeheime und Geburtshäuser)</p>	<p>Zulassung ambulante Leistungserbringer: Art. 36 ff. KVG<sup>15</sup></p> <p><b>Spital-, Pflegeheim- und Geburtshausplanung: Art. 39 KVG</b></p> <p>Selbstdispensation: Art. 40 Abs. 2 KVV</p>
Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme	<p>Bewilligung für Behandlung aus medizinischen Gründen (ausser Notfall) in einem Spital, das nicht auf der Liste des Wohnsitzkantons aufgeführt ist</p> <p>Indirekt durch Festlegung Referenztarif für Behandlung in einem von der versicherten Person gewählten Spital, das nicht auf der Liste der Wohnsitzkantons aufgeführt ist</p>	<p>Art. 41 – 41a KVG</p> <p>Bewilligung für Spitalbehandlung aus medizinischen Gründen ausserhalb Liste Wohnsitzkanton: Art. 41 Abs. 3 KVG</p> <p>Vorgaben für die Festlegung der Referenztarife im Kostendämpfungspaket 2 geplant</p>
Tarife und Preise	<p><b>Kompetenz Kantone: Tarifgenehmigung oder Tariffestsetzung</b> durch Kantone bei Tarifen, welche nur im eigenen Kanton gelten (Taxpunktwerte, Basispreise, Pauschalen, kantonale Tarifverträge)</p> <p><i>Prüfung, ob Steuerungsmassnahmen Tarifpartner zur Kostendämpfung in kantonalen Verträgen umgesetzt</i></p> <p><b>Erarbeitung nationale Tarifstrukturen stationär durch Organisation</b> zusammen mit Tarifpartnern (<i>vorgeschlagen auch ambulant und Pflege</i>)</p>	<p>Art. 43 – 53 KVG</p> <p>Tarifgenehmigung Kantone: Art. 46 Abs. 4 KVG</p> <p>Tariffestsetzung Kantone: Art. 47 KVG</p> <p><i>Prüfung Steuerungsmassnahmen Tarifpartner: Art. 47c Abs. 6 E-KVG<sup>16</sup></i></p> <p>Mitbeteiligung Tariforganisation stationär: Art. 49 Abs. 2 KVG</p> <p><i>Mitbeteiligung Tariforganisation ambulant/Pflege: Art. 47a E-KVG (Vorschlag Bericht EDI)</i></p>

<sup>15</sup> Vorlage 18.047, in Kraft ab 1. Januar 2022

<sup>16</sup> Botschaft zum Kostendämpfungs-Paket 1

Bereich/Thema	Bisherige oder geplante Kompetenz Kantone	Gesetzliche Grundlage
	<p><b>Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime</b></p> <p>Zusammenarbeit mit Bund bei Betriebsvergleichen</p> <p>Kantone als Tarifvertragspartei für Präventionsmassnahmen</p>	<p>Globalbudget Spitäler und Pflegeheime: Art. 51 KVG</p> <p>Zusammenarbeit Betriebsvergleiche: Art. 49 Abs. 8 KVG</p> <p>Kantone als Partei Tarifvertrag: Art. 46 Abs. 1<sup>bis</sup> KVG</p>
Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung	Einfrieren Tarife und Preise durch zuständige Genehmigungsbehörde, <b>Beschränkung Anzahl Ärztinnen und Ärzte</b>	<p>Art. 54 – 55a KVG</p> <p>Einfrieren Tarife und Preise: Art. 55 KVG</p> <p>Beschränkung Anzahl Ärztinnen und Ärzte: Art. 55a KVG<sup>17</sup></p>
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität	Kantone sind in Qualitätskommission vertreten	<p>Art. 56 – 59a KVG</p> <p>Vertretung Kantone in Qualitätskommission: Art. 58b KVG<sup>18</sup></p>
Kostenbeteiligung	Kantone können Ausnahmen vom Verbot der Übernahme der Kostenbeteiligung mit öffentlich-rechtlichen Vorschriften bestimmen	<p>Art. 64 KVG</p> <p>Ausnahmen vom Verbot der Übernahme der Kostenbeteiligung: Art. 64 Abs. 8 KVG</p>
Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen	Abwicklung der Fälle in Zusammenarbeit von Kantonen und Versicherern	Art. 64a KVG
Prämienverbilligung	Kantone verbilligen Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen	Art. 65 – 66a KVG
Bestimmungen zum Verfahren und zur Rechtspflege	Die Kantone bezeichnen ein Schiedsgericht für Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Versicherern und regeln das Verfahren	Art. 89 KVG

<sup>17</sup> Vorlage 18.047, in Kraft ab 1. Juli 2021

<sup>18</sup> Vorlage 15.083, in Kraft ab 1. April 2021

## Anhang II: Tabellen zur Berechnung des Finanzierungsteilers

### Tabellenverzeichnis Anhang II

Tabelle 5: OKP-Ausgaben für KVG-Leistungen Spital stationär .....	36
Tabelle 6: OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG .....	37
Tabelle 7: OKP-Ausgaben für ambulante Leistungen nach KVG .....	38
Tabelle 8: OKP-Ausgaben für alle KVG-Leistungen .....	39
Tabelle 9: Finanzierungsanteile der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär .....	40
Tabelle 10: Ausgaben der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär.....	41
Tabelle 11: Hypothetische Ausgaben der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär .....	42
Tabelle 12: Hypothetische Ausgaben der OKP für KVG-Leistungen Spital stationär .....	43
Tabelle 13: Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär..	44
Tabelle 14: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen (Statistik OKP) .....	45
Tabelle 15: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen (Sasis- Datenpool) .....	46
Tabelle 16: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen ohne Pflege (Sasis-Datenpool) .....	47
Tabelle 17: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege, Bruttoprinzip).....	48
Tabelle 18: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Nettoprinzip) .....	49
Tabelle 19: Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG durch OKP, Pflegebedürftige und Kantone (inkl. Gemeinden) .....	50
Tabelle 20: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip, untere Schätzung Pflege).....	51
Tabelle 21: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip, obere Schätzung Pflege).....	52
Tabelle 22: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoprinzip, untere Schätzung Pflege).....	53
Tabelle 23: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoprinzip, obere Schätzung Pflege).....	54
Tabelle 24: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Alters- und Pflegeheime) .....	55

Tabelle 25: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Pflege zu Hause) .....	56
Tabelle 26: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Total Pflegeleistungen) .....	57
Tabelle 27: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG ohne Pflegeleistungen (Bruttoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019.....	58
Tabelle 28: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen (Bruttoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019 .....	59
Tabelle 29: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG (Bruttoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019 .....	60
Tabelle 30: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Bruttoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019 .....	61
Tabelle 31: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG ohne Pflegeleistungen (Nettoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019.....	62
Tabelle 32: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen (Nettoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019 .....	63
Tabelle 33: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG (Nettoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019 .....	64
Tabelle 34: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Nettoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019 .....	65
Tabelle 35: In den Übergangsbestimmungen des Gesetzes zu definierender Mindestfinanzierungsanteil Kanton (Bruttoprinzip).....	66
Tabelle 36: In den Übergangsbestimmungen des Gesetzes zu definierender Mindestfinanzierungsanteil Kanton (Nettoprinzip).....	67
Tabelle 37: Finanzierungsanteil Kanton bezogen auf alle Leistungen nach KVG in Übergangsphase (Bruttoprinzip).....	68
Tabelle 38: Finanzierungsanteil Kanton bezogen auf alle Leistungen nach KVG in Übergangsphase (Nettoprinzip).....	69
Tabelle 39: Hypothetischer Finanzierungsanteil Kantone an Leistungen nach KVG (Nettoleistungen, ohne Pflegeleistungen).....	70
Tabelle 40: Hypothetischer Finanzierungsanteil Kantone an Leistungen nach KVG (Nettoleistungen, mit Pflegeleistungen) .....	71
Tabelle 41: Mehr-/Minderbelastung der Kantone pro Jahr gegenüber dem Vorjahr (Nettoprinzip) .....	72
Tabelle 42: Mehr-/Minderbelastung der Kantone pro Jahr gegenüber dem Status quo (Nettoprinzip) .....	73

**Tabelle 5: OKP-Ausgaben für KVG-Leistungen Spital stationär**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	969'020'234	1'217'306'349	1'198'589'480	1'246'955'386	1'220'213'916	1'157'136'646	1'103'666'984	1'200'164'724	1'170'295'568
BE	840'734'018	865'889'407	818'007'724	865'795'758	874'396'506	876'257'973	909'501'235	919'631'223	894'946'734
LU	266'894'087	299'405'163	299'621'684	301'309'198	284'029'564	277'775'766	268'465'961	284'745'448	278'754'184
UR	24'360'814	28'255'086	27'736'676	28'213'864	28'048'326	25'642'153	26'847'877	26'673'826	26'803'045
SZ	103'374'970	114'985'732	112'876'407	114'301'167	116'718'498	111'849'770	112'619'676	118'602'723	114'947'667
OW	22'770'194	28'267'276	25'271'240	27'286'302	26'529'036	24'681'037	23'849'190	25'263'774	25'080'759
NW	28'110'442	32'845'952	29'959'699	28'916'272	29'332'052	28'426'212	28'706'584	28'964'469	28'857'329
GL	29'057'502	32'663'660	31'248'241	33'476'698	31'788'075	31'566'383	35'231'653	32'823'278	32'852'347
ZG	77'335'525	86'352'281	83'129'176	83'716'779	83'969'341	79'345'327	81'878'397	84'176'727	82'342'448
FR	183'073'290	250'453'375	232'235'557	219'830'950	221'104'925	204'021'880	223'010'105	234'849'435	220'746'586
SO	198'122'920	231'805'988	233'011'314	249'512'862	247'806'968	226'999'368	227'204'843	238'324'136	235'083'829
BS	191'168'410	218'132'166	221'657'552	232'301'413	226'533'310	221'003'372	220'647'038	227'642'252	223'956'493
BL	236'535'095	271'827'890	267'504'684	304'556'604	291'624'172	288'152'188	279'314'169	305'975'703	291'266'558
SH	54'789'967	63'861'015	66'793'813	67'917'976	69'251'697	68'530'362	68'881'617	68'785'323	68'862'250
AR	41'199'704	47'029'045	47'756'447	47'856'164	49'225'216	46'445'584	46'046'826	46'897'238	47'153'716
AI	10'295'522	11'569'454	11'796'325	12'199'333	12'077'772	10'773'817	11'404'739	11'873'768	11'532'524
SG	368'584'531	414'443'336	410'751'185	402'496'156	409'708'171	412'689'471	392'550'696	429'410'055	411'089'598
GR	132'461'157	145'149'623	146'191'420	149'406'854	147'012'921	151'122'626	147'360'752	153'770'248	149'816'637
AG	492'614'018	552'680'354	552'186'164	560'258'335	548'608'007	514'951'335	497'600'814	544'919'043	526'519'800
TG	184'087'268	222'330'929	226'212'115	225'814'156	222'820'203	215'979'950	221'688'280	234'971'580	223'865'003
TI	262'445'775	282'081'250	290'041'396	291'946'659	284'123'485	288'534'023	278'587'413	304'334'858	288'894'944
VD	436'871'300	564'855'444	544'974'691	558'282'056	575'347'133	559'838'426	562'389'905	610'278'721	576'963'546
VS	229'299'502	241'232'723	232'243'643	267'193'539	258'470'472	257'576'801	259'814'162	277'772'097	263'408'383
NE	108'632'686	130'509'291	136'542'125	134'761'874	134'277'405	124'790'965	140'082'233	135'506'036	133'664'160
GE	340'565'909	341'896'231	350'787'290	357'269'181	358'673'860	382'562'094	352'547'158	383'060'325	369'210'859
JU	50'725'899	60'946'113	62'669'102	66'617'247	67'269'898	69'715'744	79'472'632	71'148'997	71'901'818
<b>CH</b>	<b>5'883'130'738</b>	<b>6'756'775'133</b>	<b>6'659'795'149</b>	<b>6'878'192'782</b>	<b>6'818'960'926</b>	<b>6'656'369'274</b>	<b>6'599'370'938</b>	<b>7'000'566'005</b>	<b>6'768'816'786</b>
Ausland	2'459	1'008'445	1'197'404	1'395'888	1'420'439	1'398'186	1'452'824	1'713'272	1'496'180
Total	5'883'133'197	6'757'783'578	6'660'992'553	6'879'588'670	6'820'381'365	6'657'767'460	6'600'823'763	7'002'279'277	6'770'312'966

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2019). Ausgaben im Jahr 2018: aufgrund Nachmeldung eines Versicherers korrigiert, Abweichung gegenüber veröffentlichten Daten der OKP-Statistik möglich.

**Tabelle 6: OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	393'685'899	389'593'935	371'241'268	371'898'988	392'092'739	405'682'858	414'534'124	424'248'528	409'139'562
BE	387'969'412	386'335'180	417'852'938	422'168'292	435'220'901	431'263'613	447'123'269	454'890'175	442'124'490
LU	111'072'067	113'547'554	118'132'190	120'902'388	131'107'803	129'735'998	131'360'426	133'630'572	131'458'700
UR	10'954'567	10'910'830	11'451'187	10'968'202	11'286'897	11'017'371	10'868'977	10'887'865	11'015'278
SZ	31'948'053	35'352'482	35'302'878	34'642'540	36'455'715	37'054'804	38'837'246	39'664'027	38'002'948
OW	9'170'076	9'599'437	9'428'110	9'128'337	9'698'511	9'664'797	9'773'653	10'032'795	9'792'439
NW	9'475'565	9'887'833	9'974'562	10'265'310	11'115'806	11'678'558	12'153'763	13'082'497	12'007'656
GL	12'197'035	11'920'704	12'193'493	12'173'566	12'097'288	12'165'237	11'938'673	12'501'337	12'175'634
ZG	27'950'402	28'089'065	26'747'767	26'751'801	26'269'290	26'479'924	27'897'225	28'215'820	27'215'565
FR	85'215'976	88'312'440	82'532'791	84'908'783	90'411'151	96'607'396	99'269'510	96'980'358	95'817'104
SO	66'789'201	68'945'935	72'882'659	74'095'684	78'171'821	80'007'559	83'071'609	85'248'951	81'624'985
BS	79'149'140	77'539'156	80'319'520	82'057'852	84'703'492	91'145'815	89'012'315	91'483'256	89'086'220
BL	78'128'235	80'762'498	74'472'804	74'082'542	76'634'094	79'305'096	84'709'787	89'600'815	82'562'448
SH	24'677'364	25'361'046	25'334'477	24'911'567	26'955'809	26'625'093	27'388'337	27'774'177	27'185'854
AR	18'217'925	17'639'721	17'071'420	16'485'051	17'305'972	17'126'661	17'203'821	17'653'451	17'322'476
AI	3'996'393	3'951'541	4'112'549	4'228'817	4'404'537	4'128'893	4'219'741	4'152'369	4'226'385
SG	115'021'861	119'507'887	124'087'677	125'725'915	134'353'380	130'515'246	132'839'178	134'493'393	133'050'299
GR	53'474'770	54'821'742	56'411'572	56'953'104	57'477'719	59'458'683	61'476'149	61'000'170	59'853'180
AG	139'953'309	141'858'865	140'224'007	143'869'362	155'988'486	155'589'104	165'068'160	176'613'672	163'314'856
TG	61'869'668	63'494'315	62'905'280	65'131'502	64'873'223	69'207'686	72'909'299	73'709'304	70'174'878
TI	149'777'595	147'403'580	152'469'739	159'575'146	169'720'902	181'991'506	187'167'042	203'729'033	185'652'121
VD	252'811'331	266'561'441	269'283'994	286'739'040	310'670'463	323'903'232	332'170'029	344'231'072	327'743'699
VS	84'041'996	85'407'937	89'315'611	90'067'432	98'476'312	104'052'492	111'897'166	117'633'836	108'014'952
NE	75'563'045	79'858'013	80'275'229	80'834'871	84'034'181	87'287'589	93'423'501	92'110'602	89'213'968
GE	158'792'807	161'872'405	168'983'145	172'147'806	168'587'772	173'977'284	173'122'093	185'477'202	175'291'088
JU	28'615'151	29'950'690	30'395'933	32'181'233	34'395'037	35'167'292	36'887'190	39'640'544	36'522'516
CH	<b>2'470'518'842</b>	<b>2'508'486'231</b>	<b>2'543'402'799</b>	<b>2'592'895'130</b>	<b>2'722'509'298</b>	<b>2'790'839'786</b>	<b>2'876'322'283</b>	<b>2'968'685'822</b>	<b>2'839'589'297</b>
Ausland	-	316'707	347'411	316'061	297'361	413'812	60'327	23'787	198'822
Total	2'470'518'842	2'508'802'938	2'543'750'210	2'593'211'192	2'722'806'659	2'791'253'598	2'876'382'610	2'968'709'609	2'839'788'119

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2019). Ausgaben im Jahr 2018: aufgrund Nachmeldung eines Versicherers korrigiert, Abweichung gegenüber veröffentlichten Daten der OKP-Statistik möglich.

**Tabelle 7: OKP-Ausgaben für ambulante Leistungen nach KVG**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016 <sup>1</sup>	2017 <sup>1</sup>	2018 <sup>1</sup>	2019 <sup>1</sup>	Mittelwert 2016-2019 <sup>1</sup>
ZH	3'137'701'556	3'345'319'423	3'476'086'795	3'677'062'019	3'918'143'819	4'071'548'455	4'193'587'088	4'338'515'519	4'130'448'720
BE	2'147'329'516	2'259'026'804	2'313'289'874	2'509'149'713	2'646'088'158	2'725'885'618	2'728'483'490	2'856'458'659	2'739'228'981
LU	719'605'271	769'243'948	795'385'164	834'532'257	902'899'074	947'694'733	892'985'856	1'049'036'197	948'153'965
UR	60'032'936	61'377'146	64'152'458	64'878'828	68'860'406	70'549'915	71'550'132	79'312'618	72'568'268
SZ	293'000'085	308'229'194	318'342'960	343'398'694	360'998'403	377'582'716	382'617'539	401'545'792	380'686'112
OW	66'227'656	71'513'347	73'115'852	77'218'700	83'458'930	86'436'264	85'112'846	92'791'502	86'949'885
NW	73'384'313	78'956'110	81'821'052	86'419'045	91'225'845	96'578'848	95'007'933	105'308'999	97'030'406
GL	75'160'107	77'267'266	82'678'119	87'820'077	91'147'065	94'940'790	94'286'612	98'804'041	94'794'627
ZG	210'949'532	226'941'626	240'144'263	259'444'924	274'936'201	287'682'794	287'445'226	311'168'003	290'308'056
FR	581'656'666	634'161'201	667'887'411	722'229'657	769'208'171	813'795'884	840'792'062	876'157'258	824'988'344
SO	560'312'713	594'252'397	622'926'691	657'589'908	711'160'438	737'828'247	741'989'411	772'652'330	740'907'607
BS	517'185'621	536'498'680	549'517'214	574'841'589	607'038'648	622'718'248	627'912'990	645'371'475	625'760'340
BL	667'153'409	711'651'134	740'053'997	793'579'364	839'509'762	862'005'212	868'931'523	914'888'515	871'333'753
SH	163'609'837	171'555'431	177'457'596	185'309'219	198'073'905	210'092'212	204'088'566	223'626'774	208'970'364
AR	90'158'414	95'083'336	100'891'638	107'396'306	115'258'461	118'715'682	120'742'418	126'145'495	120'215'514
AI	23'456'434	23'740'360	25'343'962	27'173'860	28'442'480	28'713'962	29'283'776	29'652'796	29'023'253
SG	910'752'738	968'937'256	1'029'502'183	1'081'655'839	1'125'093'055	1'173'974'864	1'196'008'589	1'240'256'559	1'183'833'267
GR	366'978'694	393'760'814	410'321'726	421'382'444	452'384'604	465'749'037	478'781'435	493'199'777	472'528'713
AG	1'279'610'601	1'371'925'879	1'423'051'383	1'524'921'684	1'600'254'067	1'697'533'761	1'738'466'209	1'814'946'355	1'712'800'098
TG	456'652'503	494'069'848	521'342'041	554'691'397	599'506'621	619'074'605	635'120'777	677'745'529	632'861'883
TI	790'835'982	840'106'396	898'829'324	959'793'800	1'017'525'512	1'060'888'236	1'095'373'804	1'141'645'000	1'078'858'138
VD	1'846'306'377	1'956'553'662	2'045'516'028	2'146'750'894	2'293'122'870	2'408'847'823	2'404'081'786	2'502'289'227	2'402'085'427
VS	671'479'132	708'509'390	750'491'768	783'754'804	848'609'072	890'204'096	915'283'693	960'846'324	903'735'796
NE	392'342'617	421'343'026	441'187'154	466'118'986	507'801'974	529'778'412	538'722'545	550'921'696	531'806'157
GE	1'290'424'071	1'373'286'120	1'405'426'282	1'512'440'247	1'591'724'281	1'664'397'199	1'663'807'636	1'717'840'062	1'659'442'295
JU	153'746'566	162'531'195	174'335'476	182'309'420	193'575'654	199'770'241	190'099'370	206'728'502	197'543'442
<b>CH</b>	<b>17'546'053'347</b>	<b>18'655'840'990</b>	<b>19'429'098'409</b>	<b>20'641'863'674</b>	<b>21'936'047'476</b>	<b>22'862'987'856</b>	<b>23'120'563'311</b>	<b>24'227'855'004</b>	<b>23'036'863'412</b>
Ausland	1'522'906	4'062'403	5'142'009	7'704'160	7'998'807	9'160'821	11'262'750	13'004'279	10'356'664
Total	17'547'576'253	18'659'903'393	19'434'240'417	20'649'567'834	21'944'046'283	22'872'148'677	23'131'826'061	24'240'859'283	23'047'220'076

Jährliche OKP-Ausgaben in Franken (Bruttoleistungen). 1 inkl. MiGeL. Berechnung BAG auf Basis OKP-Statistik des BAG, T2.26, T7.14 (2016-2019); MiGeL-Beiträge der Kantone und Gemeinden (Infras 2021, Tabellen 11-12) 2016-2019 wurden hier als OKP-Ausgaben behandelt und hinzugezählt. Ausgaben im Jahr 2018: aufgrund Nachmeldung eines Versicherers korrigiert, Abweichung gegenüber veröffentlichten Daten der OKP-Statistik möglich.

**Tabelle 8: OKP-Ausgaben für alle KVG-Leistungen**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	4'500'407'689	4'952'219'707	5'045'917'542	5'295'916'393	5'530'450'474	5'634'367'959	5'711'788'196	5'962'928'771	5'709'883'850
BE	3'376'032'946	3'511'251'391	3'549'150'536	3'797'113'762	3'955'705'566	4'033'407'205	4'085'107'994	4'230'980'056	4'076'300'205
LU	1'097'571'425	1'182'196'665	1'213'139'038	1'256'743'844	1'318'036'440	1'355'206'497	1'292'812'242	1'467'412'217	1'358'366'849
UR	95'348'317	100'543'061	103'340'322	104'060'894	108'195'629	107'209'440	109'266'986	116'874'309	110'386'591
SZ	428'323'109	458'567'408	466'522'245	492'342'402	514'172'615	526'487'290	534'074'460	559'812'542	533'636'727
OW	98'167'926	109'380'060	107'815'202	113'633'339	119'686'478	120'782'098	118'735'688	128'088'070	121'823'083
NW	110'970'320	121'689'896	121'755'314	125'600'626	131'673'703	136'683'618	135'868'280	147'355'965	137'895'391
GL	116'414'645	121'851'630	126'119'853	133'470'341	135'032'428	138'672'411	141'456'938	144'128'655	139'822'608
ZG	316'235'460	341'382'971	350'021'205	369'913'504	385'174'831	393'508'045	397'220'848	423'560'551	399'866'069
FR	849'945'933	972'927'016	982'655'759	1'026'969'390	1'080'724'247	1'114'425'160	1'163'071'677	1'207'987'051	1'141'552'034
SO	825'224'834	895'004'321	928'820'665	981'198'454	1'037'139'226	1'044'835'174	1'052'265'863	1'096'225'417	1'057'616'420
BS	787'503'171	832'170'002	851'494'285	889'200'854	918'275'449	934'867'435	937'572'343	964'496'984	938'803'053
BL	981'816'738	1'064'241'522	1'082'031'484	1'172'218'509	1'207'768'027	1'229'462'496	1'232'955'478	1'310'465'033	1'245'162'759
SH	243'077'167	260'777'492	269'585'886	278'138'762	294'281'411	305'247'667	300'358'520	320'186'274	305'018'468
AR	149'576'043	159'752'103	165'719'504	171'737'520	181'789'649	182'287'927	183'993'065	190'696'184	184'691'706
AI	37'748'349	39'261'355	41'252'836	43'602'009	44'924'789	43'616'672	44'908'256	45'678'933	44'782'163
SG	1'394'359'129	1'502'888'479	1'564'341'045	1'609'877'910	1'669'154'606	1'717'179'581	1'721'398'463	1'804'160'007	1'727'973'164
GR	552'914'620	593'732'179	612'924'718	627'742'402	656'875'244	676'330'345	687'618'336	707'970'195	682'198'530
AG	1'912'177'928	2'066'465'098	2'115'461'554	2'229'049'382	2'304'850'560	2'368'074'200	2'401'135'183	2'536'479'071	2'402'634'754
TG	702'609'439	779'895'091	810'459'436	845'637'055	887'200'047	904'262'241	929'718'356	986'426'412	926'901'764
TI	1'203'059'352	1'269'591'226	1'341'340'459	1'411'315'605	1'471'369'899	1'531'413'764	1'561'128'259	1'649'708'891	1'553'405'203
VD	2'535'989'009	2'787'970'547	2'859'774'713	2'991'771'990	3'179'140'466	3'292'589'481	3'298'641'721	3'456'799'020	3'306'792'672
VS	984'820'630	1'035'150'050	1'072'051'021	1'141'015'775	1'205'555'855	1'251'833'389	1'286'995'021	1'356'252'257	1'275'159'130
NE	576'538'348	631'710'330	658'004'508	681'715'730	726'113'559	741'856'966	772'228'279	778'538'333	754'684'284
GE	1'789'782'787	1'877'054'757	1'925'196'717	2'041'857'234	2'118'985'912	2'220'936'577	2'189'476'887	2'286'377'589	2'203'944'241
JU	233'087'615	253'427'997	267'400'511	281'107'900	295'240'588	304'653'277	306'459'192	317'518'042	305'967'775
<b>CH</b>	<b>25'899'702'927</b>	<b>27'921'102'354</b>	<b>28'632'296'357</b>	<b>30'112'951'586</b>	<b>31'477'517'701</b>	<b>32'310'196'916</b>	<b>32'596'256'532</b>	<b>34'197'106'831</b>	<b>32'645'269'495</b>
Ausland	1'525'365	5'387'555	6'686'823	9'416'109	9'716'607	10'972'819	12'775'902	14'741'338	12'051'666
<b>Total</b>	<b>25'901'228'292</b>	<b>27'926'489'909</b>	<b>28'638'983'180</b>	<b>30'122'367'695</b>	<b>31'487'234'307</b>	<b>32'321'169'735</b>	<b>32'609'032'435</b>	<b>34'211'848'168</b>	<b>32'657'321'161</b>

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2019); MiGeL-Beiträge der Kantone und Gemeinden (Infras 2021, Tabellen 11-12) 2016-2019 wurden hier als OKP-Ausgaben behandelt und hinzugezählt; Summe der Tabellen 5 bis 7.

**Tabelle 9: Finanzierungsanteile der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ZH	51.0%	51.0%	51.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
BE	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
LU	50.0%	50.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
UR	52.0%	50.0%	50.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
SZ	50.0%	51.0%	52.0%	53.0%	54.0%	55.0%	55.0%	55.0%
OW	47.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
NW	45.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
GL	52.0%	52.0%	53.0%	53.0%	54.0%	55.0%	55.0%	55.0%
ZG	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
FR	47.0%	49.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
SO	50.0%	51.0%	51.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
BS	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	56.0%	56.0%	56.0%	56.0%
BL	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
SH	53.0%	53.0%	53.0%	53.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
AR	47.0%	47.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
AI	49.0%	49.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
SG	50.0%	52.0%	54.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
GR	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
AG	47.0%	48.6%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
TG	48.0%	48.0%	49.0%	51.0%	53.0%	55.0%	55.0%	55.0%
TI	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
VD	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
VS	52.5%	53.0%	53.5%	54.0%	54.0%	55.0%	55.0%	55.0%
NE	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
GE	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%
JU	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%	55.0%

Darstellung BAG, in Anlehnung an GDK (2018): Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012 (18.7.2018), <https://www.gdk-cds.ch> > Dokumente

**Tabelle 10: Ausgaben der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	1'008'572'081	1'266'992'322	1'247'511'499	1'297'851'524	1'375'985'906	1'414'278'123	1'348'926'314	1'466'867'997	1'401'514'585
BE	1'027'563'800	1'058'309'275	999'787'218	1'058'194'815	1'068'706'841	1'070'981'967	1'111'612'620	1'123'993'717	1'093'823'786
LU	266'894'087	299'405'163	287'871'814	313'607'533	320'288'657	339'503'714	328'125'063	348'022'214	333'984'912
UR	26'390'881	28'255'086	27'736'676	29'365'450	31'628'964	31'340'410	32'814'072	32'601'342	32'096'197
SZ	103'374'970	119'679'027	122'282'774	128'892'806	137'017'367	136'705'275	137'646'270	144'958'883	139'081'949
OW	20'192'436	25'067'207	24'280'211	28'400'028	29'915'722	30'165'712	29'149'009	30'877'945	30'027'097
NW	22'999'453	29'127'543	28'784'809	30'096'528	33'076'570	34'743'148	35'085'825	35'401'017	34'576'640
GL	31'478'961	35'385'632	35'237'378	37'750'319	37'316'436	38'581'135	43'060'910	40'117'340	39'768'955
ZG	68'580'560	82'965'917	86'522'203	94'404'027	94'688'831	96'977'622	100'073'597	102'882'667	98'655'679
FR	162'348'012	240'631'674	223'128'280	228'803'642	249'331'085	249'360'076	272'567'906	287'038'198	264'574'316
SO	198'122'920	241'267'457	242'521'980	259'697'061	279'441'900	277'443'672	277'694'808	291'285'055	281'466'359
BS	233'650'278	266'605'981	270'914'786	283'923'949	288'315'121	281'277'018	280'823'503	289'726'503	285'035'536
BL	289'098'449	332'234'088	326'950'169	372'235'849	356'429'543	352'186'007	341'383'984	373'970'304	355'992'460
SH	61'784'430	72'013'485	75'320'683	76'588'356	78'092'339	83'759'332	84'188'643	84'070'950	82'527'816
AR	36'535'586	41'705'002	45'883'645	49'809'477	55'509'286	56'766'825	56'279'454	57'318'847	56'468'603
AI	9'891'776	11'115'750	11'333'724	12'697'264	13'619'615	13'167'999	13'939'125	14'512'384	13'809'781
SG	368'584'531	448'980'280	482'186'174	491'939'746	500'754'431	504'398'242	479'784'184	524'834'512	502'442'842
GR	161'896'969	177'405'094	178'678'402	182'608'377	179'682'459	184'705'432	180'107'586	187'941'414	183'109'223
AG	436'846'393	522'573'253	530'531'804	583'126'023	618'643'072	629'384'965	608'178'773	666'012'164	630'554'743
TG	169'926'709	205'228'550	217'341'052	235'031'060	251'265'336	263'975'494	270'952'342	287'187'486	268'345'165
TI	320'767'058	344'765'972	354'495'040	356'823'694	347'262'037	352'652'695	340'495'726	371'964'826	353'093'821
VD	533'953'811	690'378'876	666'080'178	682'344'735	703'202'051	684'246'965	687'365'440	745'896'214	705'177'667
VS	253'436'292	272'028'390	267'205'052	313'661'981	303'421'858	314'816'090	317'550'642	339'499'229	318'821'955
NE	132'773'283	159'511'356	166'884'820	164'708'957	164'116'828	152'522'290	171'211'618	165'618'489	163'367'306
GE	416'247'222	417'873'171	428'740'021	436'662'332	438'379'162	467'575'892	430'890'971	468'184'842	451'257'717
JU	61'998'321	74'489'693	76'595'569	81'421'080	82'218'764	85'208'131	97'133'217	86'959'885	87'879'999
CH	<b>6'423'909'270</b>	<b>7'463'995'245</b>	<b>7'424'805'961</b>	<b>7'830'646'613</b>	<b>8'038'310'179</b>	<b>8'146'724'232</b>	<b>8'077'041'603</b>	<b>8'567'744'423</b>	<b>8'207'455'109</b>

Jährliche Ausgaben der Kantone für spitalstationäre Leistungen nach KVG in Franken. Berechnung kantonale Ausgaben auf Basis der OKP-Ausgaben (Tabelle 5) und kantonaler Finanzierungsanteile (Tabelle 9).

**Tabelle 11: Hypothetische Ausgaben der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019	Mittelwert 2012-2015
ZH	1'087'675'773	1'366'364'269	1'345'355'538	1'399'643'800	1'427'909'902	1'414'278'123	1'348'926'314	1'466'867'997	1'414'495'584	1'299'759'845
BE	1'027'563'800	1'058'309'275	999'787'218	1'058'194'815	1'068'706'841	1'070'981'967	1'111'612'620	1'123'993'717	1'093'823'786	1'035'963'777
LU	293'583'496	329'345'680	323'121'424	338'204'202	332'375'021	339'503'714	328'125'063	348'022'214	337'006'503	321'063'700
UR	27'913'432	31'080'595	30'510'344	31'668'623	32'822'510	31'340'410	32'814'072	32'601'342	32'394'583	30'293'248
SZ	113'712'467	129'065'617	129'337'550	133'756'685	139'554'726	136'705'275	137'646'270	144'958'883	139'716'289	126'468'080
OW	23'629'447	29'333'966	27'253'298	30'627'481	31'044'617	30'165'712	29'149'009	30'877'945	30'309'321	27'711'048
NW	28'110'442	34'085'422	32'309'480	32'457'040	34'324'742	34'743'148	35'085'825	35'401'017	34'888'683	31'740'596
GL	33'295'054	37'427'111	36'567'090	39'174'859	38'007'481	38'581'135	43'060'910	40'117'340	39'941'716	36'616'029
ZG	80'253'847	93'125'009	93'308'258	97'966'444	98'261'995	96'977'622	100'073'597	102'882'667	99'548'970	91'163'389
FR	189'981'717	270'096'777	250'450'111	246'749'026	258'739'805	249'360'076	272'567'906	287'038'198	266'926'496	239'319'407
SO	217'935'212	260'190'395	261'543'312	280'065'458	289'986'877	277'443'672	277'694'808	291'285'055	284'102'603	254'933'594
BS	233'650'278	266'605'981	270'914'786	283'923'949	283'166'637	276'254'215	275'808'798	284'552'815	279'945'616	263'773'749
BL	289'098'449	332'234'088	326'950'169	372'235'849	356'429'543	352'186'007	341'383'984	373'970'304	355'992'460	330'129'639
SH	64'115'918	74'730'975	78'162'973	79'478'483	81'039'219	83'759'332	84'188'643	84'070'950	83'264'536	74'122'087
AR	42'754'409	48'803'726	51'502'050	53'716'102	57'603'976	56'766'825	56'279'454	57'318'847	56'992'275	49'194'072
AI	11'103'014	12'476'862	12'721'527	13'693'128	14'133'563	13'167'999	13'939'125	14'512'384	13'938'268	12'498'633
SG	405'442'984	474'882'989	491'115'548	491'939'746	500'754'431	504'398'242	479'784'184	524'834'512	502'442'842	465'845'317
GR	161'896'969	177'405'094	178'678'402	182'608'377	179'682'459	184'705'432	180'107'586	187'941'414	183'109'223	175'147'211
AG	511'203'226	591'389'484	595'494'883	628'861'397	641'988'093	629'384'965	608'178'773	666'012'164	636'390'999	581'737'247
TG	194'707'687	235'157'713	243'954'242	253'464'869	260'747'047	263'975'494	270'952'342	287'187'486	270'715'592	231'821'128
TI	320'767'058	344'765'972	354'495'040	356'823'694	347'262'037	352'652'695	340'495'726	371'964'826	353'093'821	344'212'941
VD	533'953'811	690'378'876	666'080'178	682'344'735	703'202'051	684'246'965	687'365'440	745'896'214	705'177'667	643'189'400
VS	265'504'687	282'293'612	274'696'782	319'470'536	309'040'782	314'816'090	317'550'642	339'499'229	320'226'686	285'491'404
NE	132'773'283	159'511'356	166'884'820	164'708'957	164'116'828	152'522'290	171'211'618	165'618'489	163'367'306	155'969'604
GE	416'247'222	417'873'171	428'740'021	436'662'332	438'379'162	467'575'892	430'890'971	468'184'842	451'257'717	424'880'686
JU	61'998'321	74'489'693	76'595'569	81'421'080	82'218'764	85'208'131	97'133'217	86'959'885	87'879'999	73'626'166
CH	<b>6'768'872'004</b>	<b>7'821'423'708</b>	<b>7'746'530'611</b>	<b>8'089'861'667</b>	<b>8'171'499'108</b>	<b>8'141'701'428</b>	<b>8'072'026'898</b>	<b>8'562'570'735</b>	<b>8'236'949'542</b>	<b>7'606'671'997</b>

Jährliche hypothetische Ausgaben der Kantone für spitalstationäre Leistungen nach KVG bei Finanzierungsanteil der Kantone von 55 Prozent in Franken. Berechnung kantonale Ausgaben auf Basis der OKP-Ausgaben (Tabelle 5) und kantonaler Finanzierungsanteile (Tabelle 9).

**Tabelle 12: Hypothetische Ausgaben der OKP für KVG-Leistungen Spital stationär**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019	Mittelwert 2012-2015
ZH	889'916'542	1'117'934'402	1'100'745'440	1'145'163'109	1'168'289'920	1'157'136'646	1'103'666'984	1'200'164'724	1'157'314'569	1'063'439'873
BE	840'734'018	865'889'407	818'007'724	865'795'758	874'396'506	876'257'973	909'501'235	919'631'223	894'946'734	847'606'727
LU	240'204'679	269'464'647	264'372'074	276'712'529	271'943'199	277'775'766	268'465'961	284'745'448	275'732'593	262'688'482
UR	22'838'263	25'429'577	24'963'009	25'910'691	26'854'781	25'642'153	26'847'877	26'673'826	26'504'659	24'785'385
SZ	93'037'473	105'599'142	105'821'632	109'437'288	114'181'139	111'849'770	112'619'676	118'602'723	114'313'327	103'473'884
OW	19'333'184	24'000'518	22'298'153	25'058'848	25'400'141	24'681'037	23'849'190	25'263'774	24'798'535	22'672'676
NW	22'999'453	27'888'073	26'435'029	26'555'760	28'083'880	28'426'212	28'706'584	28'964'469	28'545'286	25'969'579
GL	27'241'408	30'622'181	29'918'528	32'052'158	31'097'030	31'566'383	35'231'653	32'823'278	32'679'586	29'958'569
ZG	65'662'239	76'193'189	76'343'120	80'154'363	80'396'177	79'345'327	81'878'397	84'176'727	81'449'157	74'588'228
FR	155'439'586	220'988'272	204'913'727	201'885'566	211'696'204	204'021'880	223'010'105	234'849'435	218'394'406	195'806'788
SO	178'310'628	212'883'050	213'989'982	229'144'466	237'261'990	226'999'368	227'204'843	238'324'136	232'447'584	208'582'032
BS	191'168'410	218'132'166	221'657'552	232'301'413	231'681'794	226'026'176	225'661'743	232'815'940	229'046'413	215'814'885
BL	236'535'095	271'827'890	267'504'684	304'556'604	291'624'172	288'152'188	279'314'169	305'975'703	291'266'558	270'106'068
SH	52'458'479	61'143'525	63'951'523	65'027'850	66'304'816	68'530'362	68'881'617	68'785'323	68'125'530	60'645'344
AR	34'980'880	39'930'321	42'138'041	43'949'538	47'130'526	46'445'584	46'046'826	46'897'238	46'630'043	40'249'695
AI	9'084'284	10'208'342	10'408'522	11'203'469	11'563'824	10'773'817	11'404'739	11'873'768	11'404'037	10'226'154
SG	331'726'078	388'540'627	401'821'812	402'496'156	409'708'171	412'689'471	392'550'696	429'410'055	411'089'598	381'146'168
GR	132'461'157	145'149'623	146'191'420	149'406'854	147'012'921	151'122'626	147'360'752	153'770'248	149'816'637	143'302'263
AG	418'257'185	483'864'123	487'223'086	514'522'961	525'262'985	514'951'335	497'600'814	544'919'043	520'683'544	475'966'839
TG	159'306'289	192'401'765	199'598'925	207'380'347	213'338'493	215'979'950	221'688'280	234'971'580	221'494'575	189'671'832
TI	262'445'775	282'081'250	290'041'396	291'946'659	284'123'485	288'534'023	278'587'413	304'334'858	288'894'944	281'628'770
VD	436'871'300	564'855'444	544'974'691	558'282'056	575'347'133	559'838'426	562'389'905	610'278'721	576'963'546	526'245'873
VS	217'231'107	230'967'501	224'751'913	261'384'984	252'851'549	257'576'801	259'814'162	277'772'097	262'003'652	233'583'876
NE	108'632'686	130'509'291	136'542'125	134'761'874	134'277'405	124'790'965	140'082'233	135'506'036	133'664'160	127'611'494
GE	340'565'909	341'896'231	350'787'290	357'269'181	358'673'860	382'562'094	352'547'158	383'060'325	369'210'859	347'629'653
JU	50'725'899	60'946'113	62'669'102	66'617'247	67'269'898	69'715'744	79'472'632	71'148'997	71'901'818	60'239'590
CH	<b>5'538'168'004</b>	<b>6'399'346'670</b>	<b>6'338'070'500</b>	<b>6'618'977'727</b>	<b>6'685'771'998</b>	<b>6'661'392'078</b>	<b>6'604'385'644</b>	<b>7'005'739'692</b>	<b>6'739'322'353</b>	<b>6'223'640'725</b>

Jährliche hypothetische Ausgaben der OKP für spitalstationäre Leistungen nach KVG bei Finanzierungsanteil der Kantone von 55 Prozent in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung kantonale Ausgaben auf Basis der OKP-Ausgaben (Tabelle 5) und kantonaler Finanzierungsanteile (Tabelle 9).

**Tabelle 13: Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
Ausgaben Kantone und OKP für KVG-Leistungen Spital stationär effektiv									
Kantone (Tabelle 10)	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603	8'567'744'423	8'207'455'109
OKP (Tabelle 5)	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938	7'000'566'005	6'768'816'786
Total	12'307'040'008	14'220'770'378	14'084'601'110	14'708'839'394	14'857'271'106	14'803'093'506	14'676'412'542	15'568'310'428	14'976'271'895
Finanzierungsanteile effektiv									
Kantone	52.20%	52.49%	52.72%	53.24%	54.10%	55.03%	55.03%	55.03%	54.80%
OKP	47.80%	47.51%	47.28%	46.76%	45.90%	44.97%	44.97%	44.97%	45.20%
Hypothetische Ausgaben der Kantone bei Finanzierungsanteil 55%									
Mindestfinanzierungsanteil nach Ende Übergangsfrist KVG-Revision Spitalfinanzierung						55.00%	55.00%	55.00%	55%
Multiplikationsfaktor (Hochrechnung auf 55%)	1.0537	1.0479	1.0433	1.0331	1.0166	0.9994	0.9994	0.9994	1.0036
Hypothetische Ausgaben Kantone <sup>1</sup> (Tabelle 11)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Abzüglich effektive Ausgaben Kantone (Tabelle 10)	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603	8'567'744'423	8'207'455'109
Differenz (zusätzliche Ausgaben Kantone bei Finanzierungsanteil 55%)	344'962'734	357'428'463	321'724'650	259'215'054	133'188'929	-5'022'804	-5'014'705	-5'173'688	29'494'433
Hypothetische Ausgaben der OKP bei Finanzierungsanteil 45% (T2.26)									
Effektive Ausgaben OKP (Tabelle 5)	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938	7'000'566'005	6'768'816'786
Differenz <sup>2</sup>	-344'962'734	-357'428'463	-321'724'650	-259'215'054	-133'188'929	5'022'804	5'014'705	5'173'688	-29'494'433
Hypothetische Ausgaben OKP bei Finanzierungsanteil 45% (Tabelle 12)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644	7'005'739'692	6'739'322'353

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Anmerkungen: <sup>1</sup> Finanzierungsanteil 55% (effektive Ausgaben Kantone \* Multiplikationsfaktor); <sup>2</sup> zusätzlich zu subtrahierender Betrag bei Hochrechnung auf 45%: ([Differenz Kantone]<sup>-1</sup>).

**Tabelle 14: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen (Statistik OKP)**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	660'453'945	701'987'115	719'171'153	743'408'506	777'109'931	792'400'185	815'692'587	847'818'340	808'255'261
BE	464'937'112	485'362'495	489'666'083	511'456'361	526'582'378	534'370'835	545'566'782	560'838'010	541'839'501
LU	159'204'518	168'530'676	171'759'968	178'034'545	188'856'786	192'499'102	191'159'041	209'377'063	195'472'998
UR	14'539'002	15'152'992	15'526'272	15'694'723	16'379'595	16'457'457	17'070'080	17'892'457	16'949'897
SZ	68'052'273	71'652'041	73'501'263	76'887'629	79'357'349	80'608'097	83'083'283	85'693'553	82'185'570
OW	14'869'773	15'846'125	16'118'855	16'739'971	17'280'123	17'831'220	18'197'451	18'830'133	18'034'732
NW	16'948'611	18'019'245	18'269'235	19'149'811	19'928'266	20'318'945	21'001'857	22'244'164	20'873'308
GL	17'425'613	18'150'625	18'608'116	19'377'633	19'868'720	20'270'482	20'536'438	20'841'077	20'379'179
ZG	49'457'116	52'392'196	54'330'134	57'478'895	59'821'146	61'608'945	63'612'790	66'656'083	62'924'741
FR	126'518'378	136'217'399	138'710'977	144'645'297	151'153'597	156'846'005	163'804'167	167'916'444	159'930'053
SO	120'425'750	126'573'198	129'422'844	135'019'034	139'846'993	141'894'364	145'031'468	150'218'858	144'247'921
BS	98'316'666	101'917'042	104'087'399	106'073'670	109'529'331	110'101'516	111'667'279	114'405'658	111'425'946
BL	145'910'539	152'899'315	154'470'077	161'946'210	165'115'219	167'272'961	169'324'224	176'372'028	169'521'108
SH	35'408'842	37'130'393	38'222'856	38'935'644	40'960'408	42'059'166	42'021'850	44'292'881	42'333'576
AR	22'084'202	23'192'851	24'136'782	24'535'715	25'990'618	26'475'228	27'313'789	28'398'289	27'044'481
AI	6'101'241	6'207'974	6'531'406	6'760'960	7'064'438	7'161'179	7'380'095	7'613'651	7'304'841
SG	212'617'749	224'073'365	231'501'257	236'313'932	242'194'380	246'431'218	251'732'143	260'005'922	250'090'916
GR	82'986'172	88'126'442	89'927'584	92'497'598	95'530'041	97'003'378	99'384'700	102'391'090	98'577'302
AG	279'843'689	295'705'846	302'665'876	315'968'459	327'166'259	336'736'138	346'658'527	361'061'631	342'905'639
TG	108'128'705	116'517'089	119'967'424	125'097'498	130'413'122	132'635'302	135'552'232	142'691'067	135'322'930
TI	173'379'416	181'836'879	187'560'388	193'351'537	199'102'727	204'971'285	211'039'716	217'077'050	208'047'694
VD	350'521'535	366'646'833	380'983'694	395'719'111	415'653'204	427'021'709	434'751'160	447'186'398	431'153'118
VS	140'583'505	144'989'413	149'490'372	155'303'283	162'267'482	168'960'161	173'833'933	181'113'136	171'543'678
NE	74'986'187	78'797'087	81'149'528	82'796'621	86'820'474	87'894'078	89'481'857	90'905'893	88'775'575
GE	229'104'999	233'290'658	237'870'349	246'780'031	256'546'423	264'328'297	269'750'688	276'785'213	266'852'655
JU	31'622'165	33'065'790	34'699'315	35'209'337	36'321'035	37'366'331	38'082'579	39'231'194	37'750'285
CH	<b>3'704'427'702</b>	<b>3'894'281'084</b>	<b>3'988'349'209</b>	<b>4'135'182'013</b>	<b>4'296'860'043</b>	<b>4'391'523'583</b>	<b>4'492'730'714</b>	<b>4'657'857'283</b>	<b>4'459'742'906</b>
Ausland	809'502	786'588	874'616	1'241'405	1'537'934	1'897'100	2'140'600	2'507'608	2'020'811
Total	3'705'237'204	3'895'067'672	3'989'223'824	4'136'423'418	4'298'397'977	4'393'420'682	4'494'871'314	4'660'364'891	4'461'763'716

Jährliche Kostenbeteiligung der versicherten Personen in der OKP für alle Leistungen nach KVG in Franken. Quelle: Statistik OKP, T2.10.

**Tabelle 15: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen (Sasis-Datenpool)**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019 (Datenpool)	Mittelwert 2016-2019 (OKP-Statistik) <sup>1</sup>	Kantonsspezifischer Korrekturfaktor
ZH	661'944'446	703'575'210	732'601'623	759'144'747	779'245'872	795'076'311	817'701'491	849'612'453	810'409'032	808'255'261	0.9973
BE	465'457'665	487'040'864	496'791'796	522'591'581	529'316'033	536'557'480	547'342'652	562'530'864	543'936'757	541'839'501	0.9961
LU	158'585'175	167'371'190	173'501'504	180'576'364	189'810'577	193'162'246	191'803'156	209'959'422	196'183'850	195'472'998	0.9964
UR	14'215'842	14'593'564	15'067'958	15'933'361	16'493'595	16'548'671	17'140'923	17'955'171	17'034'590	16'949'897	0.9950
SZ	67'789'575	71'412'184	74'237'848	77'902'412	79'545'654	80'880'095	83'285'644	85'974'330	82'421'431	82'185'570	0.9971
OW	14'719'299	15'709'502	16'249'946	16'910'525	17'361'171	17'871'285	18'242'688	18'872'846	18'086'998	18'034'732	0.9971
NW	16'885'364	17'948'255	18'492'338	19'409'354	20'019'145	20'407'234	21'111'793	22'317'821	20'963'998	20'873'308	0.9957
GL	17'005'688	17'490'415	18'119'602	19'721'042	19'990'582	20'345'406	20'620'137	20'901'229	20'464'339	20'379'179	0.9958
ZG	49'207'705	52'075'979	54'945'258	58'376'097	60'034'144	61'780'745	63'726'341	66'801'438	63'085'667	62'924'741	0.9974
FR	126'229'226	136'295'359	140'222'323	147'960'004	151'386'403	156'868'686	163'779'517	167'884'585	159'979'798	159'930'053	0.9997
SO	119'265'933	126'576'814	131'772'456	138'066'549	140'317'624	142'211'090	145'171'703	150'309'792	144'502'552	144'247'921	0.9982
BS	99'076'253	103'031'099	104'823'915	108'903'747	111'412'920	112'297'307	112'549'045	115'252'698	112'877'992	111'425'946	0.9871
BL	145'892'694	153'345'035	156'363'920	164'932'213	166'267'037	168'385'388	169'847'010	177'001'245	170'375'170	169'521'108	0.9950
SH	35'360'079	37'020'090	38'645'176	39'757'238	41'363'256	42'421'160	42'173'772	44'428'221	42'596'602	42'333'576	0.9938
AR	21'822'176	22'927'319	23'991'769	25'019'064	26'069'816	26'585'414	27'332'251	28'554'556	27'135'509	27'044'481	0.9966
AI	5'986'548	6'047'678	6'388'171	6'722'878	7'071'959	7'183'001	7'379'466	7'639'220	7'318'411	7'304'841	0.9981
SG	209'745'570	222'816'492	234'003'052	239'302'545	242'767'264	246'845'263	252'019'220	260'262'384	250'473'533	250'090'916	0.9985
GR	81'304'335	87'031'553	90'118'749	93'139'356	96'000'092	97'377'799	99'748'061	102'769'591	98'973'886	98'577'302	0.9960
AG	278'851'415	295'162'154	308'370'769	322'940'214	328'919'561	338'002'056	347'593'678	362'051'969	344'141'816	342'905'639	0.9964
TG	107'850'789	116'862'059	121'617'569	126'872'997	131'104'072	133'194'946	135'923'059	142'972'534	135'798'653	135'322'930	0.9965
TI	171'942'910	181'501'089	191'962'680	198'972'318	199'848'766	205'180'379	211'224'106	217'165'451	208'354'675	208'047'694	0.9985
VD	347'871'909	365'925'523	386'180'854	408'515'658	416'540'890	427'649'049	435'214'101	447'744'963	431'787'251	431'153'118	0.9985
VS	135'595'742	140'710'631	147'985'777	156'747'762	159'616'216	166'110'365	173'807'128	181'049'674	170'145'846	171'543'678	1.0082
NE	73'976'627	77'928'456	81'831'328	84'545'229	86'869'648	87'866'356	89'509'121	90'940'774	88'796'475	88'775'575	0.9998
GE	228'535'468	234'286'505	243'620'835	257'486'762	260'300'523	268'424'880	270'011'158	277'047'452	268'946'003	266'852'655	0.9922
JU	31'198'414	32'603'253	34'964'664	35'884'973	36'344'074	37'386'875	38'094'601	39'228'588	37'763'535	37'750'285	0.9996
CH	<b>3'686'316'845</b>	<b>3'887'288'271</b>	<b>4'042'871'882</b>	<b>4'226'334'990</b>	<b>4'314'016'892</b>	<b>4'406'619'485</b>	<b>4'502'351'823</b>	<b>4'667'229'271</b>	<b>4'472'554'368</b>	<b>4'459'742'906</b>	0.9971
Korrekturfaktor	1.0049	1.0018	0.9865	0.9784	0.9960	0.9966	0.9979	0.9980	0.9971		

Jährliche Kostenbeteiligung der versicherten Personen in der OKP für alle Leistungen nach KVG in Franken. Quellen: <sup>1</sup> OKP-Statistik (vgl. Tabelle 14), Sasis-Datenpool (2012-2015: Langzeit, 2016-2019: Jahresdaten, Datenstand 4.11.2021).

**Tabelle 16: Kostenbeteiligung der OKP-Versicherten für alle KVG-Leistungen ohne Pflege (Sasis-Datenpool)**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019 (Datenpool)	Korrekturfaktor <sup>1</sup>	Mittelwert 2016-2019 (korrigiert)
ZH	644'904'418	687'109'521	715'272'020	741'515'546	761'922'123	777'951'865	799'202'210	831'431'458	792'626'914	0.9973	790'520'401
BE	446'416'196	468'471'689	477'175'890	503'129'760	510'238'608	518'186'277	528'935'479	544'477'557	525'459'480	0.9961	523'433'467
LU	153'434'812	162'198'475	168'101'197	175'069'209	184'217'005	187'618'364	185'536'059	203'780'152	190'287'895	0.9964	189'598'406
UR	13'674'937	14'039'394	14'494'215	15'376'320	15'933'922	16'027'806	16'591'145	17'411'236	16'491'027	0.9950	16'409'037
SZ	66'133'417	69'765'930	72'493'729	76'201'580	77'844'341	79'200'669	81'408'465	84'057'905	80'627'845	0.9971	80'397'117
OW	14'284'927	15'261'013	15'778'537	16'461'419	16'897'047	17'405'577	17'751'762	18'373'005	17'606'848	0.9971	17'555'969
NW	16'422'552	17'468'620	17'981'332	18'863'481	19'472'927	19'841'137	20'532'345	21'705'873	20'388'071	0.9957	20'299'872
GL	16'347'573	16'858'837	17'439'599	19'047'207	19'320'210	19'696'705	19'967'043	20'248'366	19'808'081	0.9958	19'725'652
ZG	47'976'415	50'820'527	53'678'555	57'043'353	58'763'205	60'556'381	62'398'823	65'492'929	61'802'835	0.9974	61'645'181
FR	122'711'822	132'731'101	136'416'771	143'975'660	147'436'994	152'932'563	159'535'373	164'167'277	156'018'052	0.9997	155'969'539
SO	115'711'435	122'972'532	128'018'057	134'195'406	136'695'089	138'670'260	141'531'746	146'665'658	140'890'688	0.9982	140'642'421
BS	95'933'220	99'967'295	101'833'725	105'690'726	108'365'319	109'252'665	109'459'703	112'118'487	109'799'043	0.9871	108'386'604
BL	142'593'279	150'028'322	153'044'130	161'421'385	162'953'125	165'131'526	166'409'892	173'378'396	166'968'235	0.9950	166'131'251
SH	34'191'430	35'757'745	37'324'651	38'445'721	39'976'013	41'108'723	40'739'982	42'997'025	41'205'436	0.9938	40'951'000
AR	20'807'060	21'948'310	23'022'199	24'051'076	25'131'166	25'639'583	26'413'021	27'605'482	26'197'313	0.9966	26'109'432
AI	5'784'337	5'840'277	6'187'160	6'507'179	6'842'120	6'980'303	7'173'688	7'418'634	7'103'686	0.9981	7'090'514
SG	203'842'722	216'743'787	227'727'594	233'045'322	236'439'398	240'556'450	245'500'532	253'705'058	244'050'359	0.9985	243'677'554
GR	78'789'164	84'399'993	87'380'567	90'378'005	93'244'616	94'702'270	96'941'731	99'971'194	96'214'953	0.9960	95'829'424
AG	272'558'351	288'886'764	301'682'682	316'166'640	322'014'411	331'243'016	340'415'869	354'739'811	337'103'277	0.9964	335'892'382
TG	104'557'412	113'551'658	118'225'648	123'432'830	127'586'793	129'737'989	132'261'862	139'309'579	132'224'056	0.9965	131'760'856
TI	166'031'850	175'150'186	185'519'199	192'366'178	193'216'573	198'500'983	204'633'338	210'682'076	201'758'243	0.9985	201'460'981
VD	338'192'017	355'824'907	375'305'332	397'158'890	405'640'775	416'864'544	423'862'727	436'207'323	420'643'842	0.9985	420'026'074
VS	132'213'996	137'073'193	144'031'384	152'706'724	155'625'710	162'101'440	169'244'070	176'474'263	165'861'371	1.0082	167'224'004
NE	71'241'182	74'951'332	78'479'382	80'995'679	83'574'598	84'427'729	85'834'097	87'243'311	85'269'934	0.9998	85'249'865
GE	223'081'587	228'136'000	237'129'810	250'661'537	255'147'959	263'411'433	264'954'533	271'917'607	263'857'883	0.9922	261'804'138
JU	30'274'296	31'634'973	33'761'282	34'609'232	35'093'777	36'181'903	36'791'681	37'892'720	36'490'021	0.9996	36'477'217
CH	3'578'110'407	3'777'592'382	3'927'504'646	4'108'516'065	4'199'593'824	4'293'928'159	4'384'027'178	4'549'472'383	4'356'755'386	0.9971	4'344'275'626
Korrekturfaktor	1.0049	1.0018	0.9865	0.9784	0.9960	0.9966	0.9979	0.9980	0.9971		
<b>CH korrigiert</b>	<b>3'595'689'647</b>	<b>3'784'387'864</b>	<b>3'874'537'830</b>	<b>4'019'904'190</b>	<b>4'182'892'035</b>	<b>4'279'218'306</b>	<b>4'374'658'918</b>	<b>4'540'336'856</b>	<b>4'344'275'626</b>		

Jährliche Kostenbeteiligung der versicherten Personen in der OKP für alle Leistungen nach KVG ohne Pflegeleistungen in Franken. Quelle: Sasis-Datenpool (2012-2015: Langzeit, 2016-2019: Jahresdaten, Datenstand 4.11.2021). Anmerkungen: <sup>1</sup> Korrekturfaktor gemäss Tabelle 15.

**Tabelle 17: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege, Bruttoprinzip)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben OKP und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Bruttoleistungen)</b>									
Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Tabelle 7)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'936'047'476	22'862'987'856	23'120'563'311	24'227'855'004	23'036'863'412
Hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644	7'005'739'692	6'739'322'353
Hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	23'084'221'351	25'055'187'660	25'767'168'908	27'260'841'401	28'621'819'474	29'524'379'934	29'724'948'955	31'233'594'696	29'776'185'765
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Total Ausgaben Versicherer und Kantone für KVG-Leistungen ambulant und stationär (ohne Pflege)	29'853'093'355	32'876'611'368	33'513'699'519	35'350'703'068	36'793'318'582	37'666'081'362	37'796'975'853	39'796'165'432	38'013'135'307
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	22.7%	23.8%	23.1%	22.9%	22.2%	21.6%	21.4%	21.5%	21.7%
Finanzierungsanteil OKP	77.3%	76.2%	76.9%	77.1%	77.8%	78.4%	78.6%	78.5%	78.3%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken.

**Tabelle 18: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Nettoprinzip)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben OKP und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Nettoleistungen)</b>									
Hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Tabelle 17)	23'084'221'351	25'055'187'660	25'767'168'908	27'260'841'401	28'621'819'474	29'524'379'934	29'724'948'955	31'233'594'696	29'776'185'765
Kostenbeteiligung für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Tabelle 16) <sup>1</sup>	3'595'689'647	3'784'387'864	3'874'537'830	4'019'904'190	4'182'892'035	4'279'218'306	4'374'658'918	4'540'336'856	4'344'275'626
Hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	19'488'531'704	21'270'799'796	21'892'631'078	23'240'937'211	24'438'927'439	25'245'161'628	25'350'290'037	26'693'257'840	25'431'910'139
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Total Ausgaben Versicherer und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Nettoleistungen)	26'257'403'708	29'092'223'504	29'639'161'689	31'330'798'878	32'610'426'547	33'386'863'056	33'422'316'935	35'255'828'575	33'668'859'682
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	25.8%	26.9%	26.1%	25.8%	25.1%	24.4%	24.2%	24.3%	24.5%
Finanzierungsanteil OKP	74.2%	73.1%	73.9%	74.2%	74.9%	75.6%	75.8%	75.7%	75.5%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Anmerkungen: <sup>1</sup> Annahme: Differenz aus Hochrechnung auf 45% (hypothetischer Finanzierungsanteil OKP) geht vollumfänglich zugunsten Nettoleistungen (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt in jedem Fall ausgeschöpft). Als Sensitivitätsanalyse wurden zwei alternative Annahmen geprüft (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen in allen Leistungsarten oder proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen spitalstationär laut Datenpool Sasis), diese wirken sich erst auf der dritten Nachkommastelle auf den Finanzierungsteiler aus.

**Tabelle 19: Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG durch OKP, Pflegebedürftige und Kantone (inkl. Gemeinden)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben OKP und Pflegebedürftige für Pflegeleistungen nach KVG</b>									
Ausgaben OKP für Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 6)	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'876'322'283	2'968'685'822	2'839'589'297
Patientenbeteiligung Pflege <sup>1</sup>	-	-	-	-	895'052'079	914'714'340	938'405'674	949'666'640	924'459'683
<b>Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG</b>									
Restfinanzierung Kantone (und Gemeinden) (untere Schätzung) <sup>1</sup>	-	-	-	-	1'905'312'037	2'027'012'490	2'082'508'300	2'257'814'473	2'068'161'825
Restfinanzierung Kantone (und Gemeinden) (obere Schätzung) <sup>1</sup>	-	-	-	-	2'023'409'446	2'153'741'243	2'225'455'204	2'386'509'068	2'197'278'740
Total Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG (untere Schätzung)	-	-	-	-	5'522'873'414	5'732'566'616	5'897'236'257	6'176'166'935	5'832'210'806
Total Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG (obere Schätzung)	-	-	-	-	5'640'970'823	5'859'295'369	6'040'183'161	6'304'861'530	5'961'327'721
<b>Finanzierungsanteile (untere Schätzung)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	34.5%	35.4%	35.3%	36.6%	35.4%
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	49.3%	48.7%	48.8%	48.1%	48.7%
Finanzierungsanteil Pflegebedürftige	-	-	-	-	16.2%	16.0%	15.9%	15.4%	15.9%
<b>Finanzierungsanteile (obere Schätzung)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	35.9%	36.8%	36.8%	37.9%	36.8%
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	48.3%	47.6%	47.6%	47.1%	47.6%
Finanzierungsanteil Pflegebedürftige	-	-	-	-	15.9%	15.6%	15.5%	15.1%	15.5%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Anmerkungen: <sup>1</sup> Schätzung Infrass (2021, Tabellen 6, 14, 15)

**Tabelle 20: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip, untere Schätzung Pflege)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben der OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoleistungen)</b>									
Ausgaben OKP ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Tabelle 7)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'936'047'476	22'862'987'856	23'120'563'311	24'227'855'004	23'036'863'412
Hypothetische Ausgaben OKP KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644	7'005'739'692	6'739'322'353
Ausgaben OKP Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 6)	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'876'322'283	2'968'685'822	2'839'589'297
Total Hypothetische Ausgaben OKP ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'344'328'772	32'315'219'720	32'601'271'238	34'202'280'518	32'615'775'062
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (untere Schätzung Pflege)</b>									
Hypothetische Ausgaben Kantone KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 19)	-	-	-	-	1'905'312'037	2'027'012'490	2'082'508'300	2'257'814'473	2'068'161'825
Total hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, untere Schätzung Pflege)	-	-	-	-	10'076'811'145	10'168'713'919	10'154'535'198	10'820'385'209	10'305'111'368
Total hypothetische Ausgaben Versicherer und Kantone ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, untere Schätzung Pflege), ohne Patientenbeteiligung	-	-	-	-	41'421'139'917	42'483'933'639	42'755'806'435	45'022'665'727	42'920'886'430
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip, untere Schätzung Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	24.3%	23.9%	23.8%	24.0%	24.0%
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	75.7%	76.1%	76.2%	76.0%	76.0%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken.

**Tabelle 21: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip, obere Schätzung Pflege)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben der OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoleistungen)</b>									
Ausgaben OKP ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Tabelle 7)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'936'047'476	22'862'987'856	23'120'563'311	24'227'855'004	23'036'863'412
Hypothetische Ausgaben OKP KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644	7'005'739'692	6'739'322'353
Ausgaben OKP Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 6)	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'876'322'283	2'968'685'822	2'839'589'297
Total Hypothetische Ausgaben OKP ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'344'328'772	32'315'219'720	32'601'271'238	34'202'280'518	32'615'775'062
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (obere Schätzung Pflege)</b>									
Hypothetische Ausgaben Kantone KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (obere Schätzung) (Tabelle 19)	-	-	-	-	2'023'409'446	2'153'741'243	2'225'455'204	2'386'509'068	2'197'278'740
Total Hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, obere Schätzung Pflege)	-	-	-	-	10'194'908'555	10'295'442'671	10'297'482'102	10'949'079'803	10'434'228'283
Total Ausgaben Versicherer und Kantone ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, obere Schätzung Pflege), ohne Patientenbeteiligung	-	-	-	-	41'539'237'326	42'610'662'391	42'898'753'339	45'151'360'322	43'050'003'345
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip, obere Schätzung Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	24.5%	24.2%	24.0%	24.2%	24.2%
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	75.5%	75.8%	76.0%	75.8%	75.8%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken.

**Tabelle 22: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoprinzip, untere Schätzung Pflege)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben der OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoleistungen)</b>									
Total hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Tabelle 20)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'344'328'772	32'315'219'720	32'601'271'238	34'202'280'518	32'615'775'062
Kostenbeteiligung Versicherte (Tabelle 14)	3'704'427'702	3'894'281'084	3'988'349'209	4'135'182'013	4'296'860'043	4'391'523'583	4'492'730'714	4'657'857'283	4'459'742'906
Total hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege) <sup>1</sup>	21'850'312'490	23'669'392'807	24'322'222'499	25'718'554'518	27'047'468'729	27'923'696'137	28'108'540'523	29'544'423'235	28'156'032'156
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (untere Schätzung Pflege)</b>									
Hypothetische Ausgaben Kantone KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (untere Schätzung, Tabelle 19)	-	-	-	-	1'905'312'037	2'027'012'490	2'082'508'300	2'257'814'473	2'068'161'825
Total Ausgaben Kantone (und Gemeinden) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, untere Schätzung Pflege)	-	-	-	-	10'076'811'145	10'168'713'919	10'154'535'198	10'820'385'209	10'305'111'368
Total Ausgaben Versicherer und Kantone ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, untere Schätzung Pflege) <sup>1</sup>					37'124'279'875	38'092'410'056	38'263'075'721	40'364'808'444	38'461'143'524
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip, untere Schätzung Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone <sup>1</sup>					27.1%	26.7%	26.5%	26.8%	26.8%
Finanzierungsanteil OKP <sup>1</sup>					72.9%	73.3%	73.5%	73.2%	73.2%

Jährliche Ausgaben von OKP (Nettoleistungen) und Kantonen in Franken. Anmerkungen: <sup>1</sup> Annahme, dass Differenz aus Hochrechnung auf 45 Prozent vollumfänglich zugunsten Nettoleistungen geht (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt in jedem Fall ausgeschöpft). Als Sensitivitätsanalyse wurden zwei alternative Annahmen geprüft (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen in allen Leistungsarten oder proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen spitalstationär laut Datenpool Sasis), diese wirken sich erst auf der dritten Nachkommastelle auf den Finanzierungsteiler aus.

**Tabelle 23: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoprinzip, obere Schätzung Pflege)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
<b>Ausgaben der OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoleistungen)</b>									
Total hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege und MiGeL, Tabelle 20)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'344'328'772	32'315'219'720	32'601'271'238	34'202'280'518	32'615'775'062
Kostenbeteiligung Versicherte (Tabelle 14)	3'704'427'702	3'894'281'084	3'988'349'209	4'135'182'013	4'296'860'043	4'391'523'583	4'492'730'714	4'657'857'283	4'459'742'906
Total hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege) <sup>1</sup>	21'850'312'490	23'669'392'807	24'322'222'499	25'718'554'518	27'047'468'729	27'923'696'137	28'108'540'523	29'544'423'235	28'156'032'156
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (obere Schätzung Pflege)</b>									
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898	8'562'570'735	8'236'949'542
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (obere Schätzung, Tabelle 19)	-	-	-	-	2'023'409'446	2'153'741'243	2'225'455'204	2'386'509'068	2'197'278'740
Total hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, obere Schätzung Pflege)	-	-	-	-	10'194'908'555	10'295'442'671	10'297'482'102	10'949'079'803	10'434'228'283
Total Ausgaben Versicherer und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, obere Schätzung Pflege) <sup>1</sup>					37'242'377'284	38'219'138'809	38'406'022'625	40'493'503'039	38'590'260'439
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip, obere Schätzung Pflege)</b>									
Finanzierungsanteil Kantone <sup>1</sup>					27.4%	26.9%	26.8%	27.0%	27.0%
Finanzierungsanteil OKP <sup>1</sup>					72.6%	73.1%	73.2%	73.0%	73.0%

Jährliche Ausgaben von OKP (Nettoleistungen) und Kantonen in Franken. Anmerkungen: <sup>1</sup> Annahme, dass Differenz aus Hochrechnung auf 45 Prozent vollumfänglich zugunsten Nettoleistungen geht (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt in jedem Fall ausgeschöpft). Als Sensitivitätsanalyse wurden zwei alternative Annahmen geprüft (Kostenbeteiligung Versicherte bei spitalstationärem Aufenthalt proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen in allen Leistungsarten oder proportional zu Anteil Kostenbeteiligung an Bruttoleistungen spitalstationär laut Datenpool Sasis), diese wirken sich erst auf der dritten Nachkommastelle auf den Finanzierungsteiler aus.

**Tabelle 24: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Alters- und Pflegeheime)**

Kanton	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	338'451'322	366'248'822	369'276'731	390'534'335	366'127'802
BE	200'200'000	207'400'000	216'800'000	230'400'000	213'700'000
LU	92'624'820	96'937'678	92'927'567	95'479'773	94'492'460
UR	8'289'000	8'143'000	8'233'000	8'437'000	8'275'500
SZ	17'674'358	19'927'284	21'079'238	23'443'728	20'531'152
OW	8'143'100	8'358'400	8'313'550	8'620'693	8'358'936
NW	7'255'578	8'242'333	8'392'562	9'489'609	8'345'021
GL	5'949'633	6'599'966	5'286'925	5'043'571	5'720'024
ZG	20'911'100	19'271'100	22'150'912	21'194'619	20'881'933
FR	34'191'673	44'651'373	44'091'512	47'944'460	42'719'754
SO	38'552'500	40'978'900	43'531'250	38'420'500	40'370'788
BS	41'400'000	41'900'000	42'960'000	46'230'000	43'122'500
BL	40'361'821	42'503'888	45'607'576	61'257'605	47'432'722
SH	14'202'500	14'647'500	17'135'000	17'844'000	15'957'250
AR	12'253'595	12'121'385	11'923'119	12'523'401	12'205'375
AI	3'374'909	2'884'761	2'926'304	3'275'209	3'115'296
SG	70'890'589	73'706'070	76'454'248	89'324'876	77'593'946
GR	32'445'000	35'442'000	35'831'000	35'394'000	34'778'000
AG	68'581'000	75'252'000	80'782'000	88'154'000	78'192'250
TG	36'220'257	39'559'773	41'062'680	45'192'002	40'508'678
TI	39'701'422	41'865'010	45'413'730	50'002'826	44'245'747
VD	74'060'339	73'152'761	66'285'634	80'989'976	73'622'177
VS	44'086'800	46'159'500	47'151'200	47'803'200	46'300'175
NE	40'042'000	41'086'403	42'024'042	44'229'748	41'845'548
GE	102'801'341	110'026'861	113'627'886	131'272'186	114'432'069
JU	9'037'199	9'529'479	10'370'275	10'925'988	9'965'735
<b>CH</b>	<b>1'401'701'855</b>	<b>1'486'596'247</b>	<b>1'519'637'941</b>	<b>1'643'427'306</b>	<b>1'512'840'837</b>

Quelle: Infrac (2021), Tabelle 14. Punktschätzungen wurden von Infrac übernommen, ansonsten Mittelwert aus von Infrac angegebener unterer und oberer Bandbreite.

**Tabelle 25: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Pflege zu Hause)**

Kanton	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	111'229'089	123'623'195	125'811'729	143'258'794	125'980'702
BE	83'217'524	89'726'679	90'500'227	86'633'782	87'519'553
LU	21'100'212	22'011'675	24'072'152	28'284'169	23'867'052
UR	1'461'667	1'420'000	1'426'000	1'460'000	1'441'917
SZ	2'398'020	2'275'992	3'246'333	3'276'159	2'799'126
OW	847'205	1'011'895	1'015'626	1'067'723	985'612
NW	1'838'424	2'169'836	2'516'576	2'768'672	2'323'377
GL	734'679	738'775	934'747	1'115'784	880'996
ZG	5'388'419	5'514'986	6'732'785	7'192'754	6'207'236
FR	15'231'021	16'111'997	17'967'619	18'527'482	16'959'530
SO	10'006'992	10'225'572	10'678'401	8'881'537	9'948'125
BS	17'700'000	18'200'000	17'800'000	19'412'814	18'278'204
BL	12'255'795	11'526'707	11'098'554	11'707'963	11'647'255
SH	4'360'000	4'650'000	4'961'005	4'758'207	4'682'303
AR	2'564'372	2'735'356	2'913'062	2'904'994	2'779'446
AI	770'531	732'338	944'057	903'944	837'718
SG	12'403'885	12'958'757	13'538'214	14'782'851	13'420'926
GR	6'906'000	6'806'000	6'974'000	7'221'000	6'976'750
AG	19'098'869	20'605'546	21'263'835	25'466'266	21'608'629
TG	12'587'721	12'809'568	13'416'334	14'767'534	13'395'289
TI	20'068'349	19'087'494	19'582'858	19'543'114	19'570'454
VD	90'247'494	99'138'755	105'456'451	110'731'465	101'393'541
VS	14'319'091	19'005'808	21'508'776	25'931'526	20'191'300
NE	2'172'618	3'591'303	3'640'434	3'311'439	3'178'949
GE	86'918'700	89'534'804	99'726'455	107'856'906	96'009'216
JU	6'832'212	7'567'584	6'617'584	6'967'584	6'996'241
<b>CH</b>	<b>562'658'887</b>	<b>603'780'620</b>	<b>634'343'811</b>	<b>678'734'465</b>	<b>619'879'446</b>

Quelle: Infrac (2021), Tabelle 15. Punktschätzungen wurden von Infrac übernommen, ansonsten Mittelwert aus von Infrac angegebener unterer und oberer Bandbreite.

**Tabelle 26: Restfinanzierung der Kantone für Pflegeleistungen 2016-2019 nach Kanton (Total Pflegeleistungen)**

Kanton	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019
ZH	449'680'411	489'872'017	495'088'459	533'793'129	492'108'504
BE	283'417'524	297'126'679	307'300'227	317'033'782	301'219'553
LU	113'725'032	118'949'353	116'999'719	123'763'942	118'359'512
UR	9'750'667	9'563'000	9'659'000	9'897'000	9'717'417
SZ	20'072'378	22'203'276	24'325'571	26'719'887	23'330'278
OW	8'990'305	9'370'295	9'329'176	9'688'416	9'344'548
NW	9'094'002	10'412'169	10'909'138	12'258'281	10'668'397
GL	6'684'312	7'338'741	6'221'672	6'159'355	6'601'020
ZG	26'299'519	24'786'086	28'883'697	28'387'373	27'089'169
FR	49'422'694	60'763'370	62'059'131	66'471'942	59'679'284
SO	48'559'492	51'204'472	54'209'651	47'302'037	50'318'913
BS	59'100'000	60'100'000	60'760'000	65'642'814	61'400'704
BL	52'617'615	54'030'595	56'706'131	72'965'568	59'079'977
SH	18'562'500	19'297'500	22'096'005	22'602'207	20'639'553
AR	14'817'967	14'856'741	14'836'180	15'428'396	14'984'821
AI	4'145'440	3'617'099	3'870'361	4'179'153	3'953'013
SG	83'294'474	86'664'827	89'992'462	104'107'727	91'014'872
GR	39'351'000	42'248'000	42'805'000	42'615'000	41'754'750
AG	87'679'869	95'857'546	102'045'835	113'620'266	99'800'879
TG	48'807'978	52'369'341	54'479'014	59'959'536	53'903'967
TI	59'769'771	60'952'504	64'996'588	69'545'940	63'816'201
VD	164'307'833	172'291'516	171'742'085	191'721'441	175'015'719
VS	58'405'891	65'165'308	68'659'976	73'734'726	66'491'475
NE	42'214'618	44'677'706	45'664'476	47'541'187	45'024'497
GE	189'720'041	199'561'665	213'354'341	239'129'092	210'441'285
JU	15'869'411	17'097'063	16'987'859	17'893'572	16'961'976
<b>CH</b>	<b>1'964'360'742</b>	<b>2'090'376'867</b>	<b>2'153'981'752</b>	<b>2'322'161'771</b>	<b>2'132'720'283</b>

Quelle: Infrac (2021), Tabellen 14 und 15. Punktschätzungen wurden von Infrac übernommen, ansonsten Mittelwert aus von Infrac angegebener unterer und oberer Bandbreite.

**Tabelle 27: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG ohne Pflegeleistungen (Bruttoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben OKP Spital stationär (Tabelle 12)	Hypothetische Ausgaben Kantone Spital stationär (Tabelle 11)	Ausgaben OKP ambulante Leistungen (Tabelle 7)	Hypothetische Ausgaben OKP alle Leistungen ohne Pflege	Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) und Kanton alle Leistungen ohne Pflege	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen ohne Pflege
ZH	1'157'314'569	1'414'495'584	4'130'448'720	5'287'763'289	6'702'258'873	21.10%
BE	894'946'734	1'093'823'786	2'739'228'981	3'634'175'716	4'727'999'502	23.14%
LU	275'732'593	337'006'503	948'153'965	1'223'886'558	1'560'893'061	21.59%
UR	26'504'659	32'394'583	72'568'268	99'072'927	131'467'510	24.64%
SZ	114'313'327	139'716'289	380'686'112	494'999'439	634'715'728	22.01%
OW	24'798'535	30'309'321	86'949'885	111'748'421	142'057'742	21.34%
NW	28'545'286	34'888'683	97'030'406	125'575'692	160'464'375	21.74%
GL	32'679'586	39'941'716	94'794'627	127'474'213	167'415'930	23.86%
ZG	81'449'157	99'548'970	290'308'056	371'757'213	471'306'183	21.12%
FR	218'394'406	266'926'496	824'988'344	1'043'382'750	1'310'309'246	20.37%
SO	232'447'584	284'102'603	740'907'607	973'355'191	1'257'457'794	22.59%
BS	229'046'413	279'945'616	625'760'340	854'806'753	1'134'752'369	24.67%
BL	291'266'558	355'992'460	871'333'753	1'162'600'311	1'518'592'771	23.44%
SH	68'125'530	83'264'536	208'970'364	277'095'894	360'360'430	23.11%
AR	46'630'043	56'992'275	120'215'514	166'845'558	223'837'833	25.46%
AI	11'404'037	13'938'268	29'023'253	40'427'291	54'365'558	25.64%
SG	411'089'598	502'442'842	1'183'833'267	1'594'922'865	2'097'365'708	23.96%
GR	149'816'637	183'109'223	472'528'713	622'345'350	805'454'573	22.73%
AG	520'683'544	636'390'999	1'712'800'098	2'233'483'643	2'869'874'641	22.17%
TG	221'494'575	270'715'592	632'861'883	854'356'458	1'125'072'051	24.06%
TI	288'894'944	353'093'821	1'078'858'138	1'367'753'083	1'720'846'904	20.52%
VD	576'963'546	705'177'667	2'402'085'427	2'979'048'973	3'684'226'640	19.14%
VS	262'003'652	320'226'686	903'735'796	1'165'739'448	1'485'966'134	21.55%
NE	133'664'160	163'367'306	531'806'157	665'470'316	828'837'623	19.71%
GE	369'210'859	451'257'717	1'659'442'295	2'028'653'154	2'479'910'871	18.20%
JU	71'901'818	87'879'999	197'543'442	269'445'259	357'325'258	24.59%
<b>CH</b>	<b>6'739'322'353</b>	<b>8'236'949'542</b>	<b>23'036'863'412</b>	<b>29'776'185'765</b>	<b>38'013'135'307</b>	<b>21.67%</b>

Anmerkungen: Datenbasis: Mittelwert 2016-2019.

**Tabelle 28: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen (Bruttoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen ohne Pflege (Tabelle 27)	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen ohne Pflege (Tabelle 27)	Ausgaben Kanton bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege (Finanzierungsanteil 21,67%)	Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege <sup>1</sup>	Mehr-/Minderausgaben Versicherer	Prämienänderung pro Jahr	Prämienänderung pro Monat
ZH	6'702'258'873	21.10%	1'452'291'891	37'796'307	-37'796'307	-25	-2
BE	4'727'999'502	23.14%	1'024'495'691	-69'328'095	69'328'095	68	6
LU	1'560'893'061	21.59%	338'225'124	1'218'621	-1'218'621	-3	0
UR	131'467'510	24.64%	28'487'291	-3'907'292	3'907'292	107	9
SZ	634'715'728	22.01%	137'534'602	-2'181'687	2'181'687	14	1
OW	142'057'742	21.34%	30'782'056	472'735	-472'735	-13	-1
NW	160'464'375	21.74%	34'770'533	-118'150	118'150	3	0
GL	167'415'930	23.86%	36'276'844	-3'664'873	3'664'873	90	8
ZG	471'306'183	21.12%	102'125'889	2'576'919	-2'576'919	-21	-2
FR	1'310'309'246	20.37%	283'926'886	17'000'390	-17'000'390	-54	-4
SO	1'257'457'794	22.59%	272'474'667	-11'627'936	11'627'936	43	4
BS	1'134'752'369	24.67%	245'886'006	-34'059'610	34'059'610	182	15
BL	1'518'592'771	23.44%	329'059'204	-26'933'256	26'933'256	94	8
SH	360'360'430	23.11%	78'085'395	-5'179'141	5'179'141	64	5
AR	223'837'833	25.46%	48'502'733	-8'489'543	8'489'543	152	13
AI	54'365'558	25.64%	11'780'306	-2'157'962	2'157'962	132	11
SG	2'097'365'708	23.96%	454'471'734	-47'971'109	47'971'109	95	8
GR	805'454'573	22.73%	174'531'478	-8'577'745	8'577'745	43	4
AG	2'869'874'641	22.17%	621'864'322	-14'526'677	14'526'677	22	2
TG	1'125'072'051	24.06%	243'788'407	-26'927'185	26'927'185	98	8
TI	1'720'846'904	20.52%	372'885'030	19'791'209	-19'791'209	-56	-5
VD	3'684'226'640	19.14%	798'323'756	93'146'088	-93'146'088	-120	-10
VS	1'485'966'134	21.55%	321'989'438	1'762'752	-1'762'752	-5	0
NE	828'837'623	19.71%	179'598'279	16'230'973	-16'230'973	-91	-8
GE	2'479'910'871	18.20%	537'364'270	86'106'553	-86'106'553	-189	-16
JU	357'325'258	24.59%	77'427'713	-10'452'286	10'452'286	143	12
<b>CH</b>	<b>38'013'135'307</b>	<b>21.67%</b>	<b>8'236'949'542</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Anmerkungen: Berechnung auf Basis der Zahlen für die Jahre 2016 bis 2019 (Mittelwert). <sup>1</sup> Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (BruttolLeistungen, 21,67%, vgl. Tabelle 27)

**Tabelle 29: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG (Bruttoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Ausgaben OKP Pflege (Tabelle 6)	Restfinanzierung Kantone und Gemeinden Pflege <sup>1</sup>	Hypothetische Ausgaben OKP alle Leistungen	Hypothetische Ausgaben Kan- ton Pflege und Spital stationär	Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen mit Pflege	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen mit Pflege
ZH	409'139'562	492'108'504	5'696'902'851	1'906'604'088	7'603'506'939	25.08%
BE	442'124'490	301'219'553	4'076'300'205	1'395'043'339	5'471'343'544	25.50%
LU	131'458'700	118'359'512	1'355'345'258	455'366'015	1'810'711'272	25.15%
UR	11'015'278	9'717'417	110'088'204	42'112'000	152'200'204	27.67%
SZ	38'002'948	23'330'278	533'002'387	163'046'567	696'048'954	23.42%
OW	9'792'439	9'344'548	121'540'860	39'653'869	161'194'729	24.60%
NW	12'007'656	10'668'397	137'583'348	45'557'080	183'140'429	24.88%
GL	12'175'634	6'601'020	139'649'847	46'542'736	186'192'583	25.00%
ZG	27'215'565	27'089'169	398'972'778	126'638'139	525'610'917	24.09%
FR	95'817'104	59'679'284	1'139'199'854	326'605'780	1'465'805'634	22.28%
SO	81'624'985	50'318'913	1'054'980'176	334'421'516	1'389'401'691	24.07%
BS	89'086'220	61'400'704	943'892'973	341'346'320	1'285'239'293	26.56%
BL	82'562'448	59'079'977	1'245'162'759	415'072'437	1'660'235'196	25.00%
SH	27'185'854	20'639'553	304'281'748	103'904'089	408'185'837	25.46%
AR	17'322'476	14'984'821	184'168'034	71'977'096	256'145'130	28.10%
AI	4'226'385	3'953'013	44'653'676	17'891'281	62'544'957	28.61%
SG	133'050'299	91'014'872	1'727'973'164	593'457'715	2'321'430'879	25.56%
GR	59'853'180	41'754'750	682'198'530	224'863'973	907'062'503	24.79%
AG	163'314'856	99'800'879	2'396'798'498	736'191'878	3'132'990'376	23.50%
TG	70'174'878	53'903'967	924'531'336	324'619'559	1'249'150'896	25.99%
TI	185'652'121	63'816'201	1'553'405'203	416'910'022	1'970'315'225	21.16%
VD	327'743'699	175'015'719	3'306'792'672	880'193'386	4'186'986'058	21.02%
VS	108'014'952	66'491'475	1'273'754'400	386'718'161	1'660'472'561	23.29%
NE	89'213'968	45'024'497	754'684'284	208'391'803	963'076'088	21.64%
GE	175'291'088	210'441'285	2'203'944'241	661'699'002	2'865'643'243	23.09%
JU	36'522'516	16'961'976	305'967'775	104'841'975	410'809'750	25.52%
<b>CH</b>	<b>2'839'589'297</b>	<b>2'132'720'283</b>	<b>32'615'775'062</b>	<b>10'369'669'825</b>	<b>42'985'444'887</b>	<b>24.12%</b>

Anmerkungen: Datenbasis: Mittelwert 2016-2019. <sup>1</sup> Berechnung BAG auf Basis von Infras (2021, Tabellen 14-15), Punktschätzungen wurden von Infras (2021) übernommen, ansonsten Mittelwert aus oberer und unterer Bandbreite, welche in Infras (2021) angegeben ist, vgl. Tabelle 26.

**Tabelle 30: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Bruttoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben Kanton Pflege und Spital stationär (Tabelle 29)	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen mit Pflege (Tabelle 29)	Ausgaben Kanton bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege (Finanzierungsanteil 24,12%)	Kantonale Mehr-/Minderausgaben (einheitliche Finanzierung mit Pflege) <sup>1</sup>	Mehr-/Minderausgaben Versicherer	Prämienänderung pro versicherte Person und Jahr	Prämienänderung pro versicherte Person und Monat
ZH	1'906'604'088	25.08%	1'834'245'445	-72'358'643	72'358'643	48	4
BE	1'395'043'339	25.50%	1'319'889'237	-75'154'102	75'154'102	73	6
LU	455'366'015	25.15%	436'810'136	-18'555'878	18'555'878	46	4
UR	42'112'000	27.67%	36'716'285	-5'395'714	5'395'714	148	12
SZ	163'046'567	23.42%	167'912'600	4'866'034	-4'866'034	-31	-3
OW	39'653'869	24.60%	38'886'096	-767'774	767'774	20	2
NW	45'557'080	24.88%	44'180'205	-1'376'875	1'376'875	32	3
GL	46'542'736	25.00%	44'916'497	-1'626'239	1'626'239	40	3
ZG	126'638'139	24.09%	126'796'679	158'540	-158'540	-1	-0
FR	326'605'780	22.28%	353'606'215	27'000'434	-27'000'434	-86	-7
SO	334'421'516	24.07%	335'174'774	753'259	-753'259	-3	-0
BS	341'346'320	26.56%	310'046'974	-31'299'346	31'299'346	167	14
BL	415'072'437	25.00%	400'509'774	-14'562'663	14'562'663	51	4
SH	103'904'089	25.46%	98'469'432	-5'434'657	5'434'657	67	6
AR	71'977'096	28.10%	61'791'624	-10'185'473	10'185'473	183	15
AI	17'891'281	28.61%	15'088'143	-2'803'138	2'803'138	172	14
SG	593'457'715	25.56%	560'014'484	-33'443'231	33'443'231	66	6
GR	224'863'973	24.79%	218'816'827	-6'047'145	6'047'145	30	3
AG	736'191'878	23.50%	755'792'475	19'600'597	-19'600'597	-29	-2
TG	324'619'559	25.99%	301'341'126	-23'278'434	23'278'434	85	7
TI	416'910'022	21.16%	475'312'478	58'402'457	-58'402'457	-167	-14
VD	880'193'386	21.02%	1'010'054'987	129'861'601	-129'861'601	-167	-14
VS	386'718'161	23.29%	400'567'035	13'848'874	-13'848'874	-40	-3
NE	208'391'803	21.64%	232'329'363	23'937'560	-23'937'560	-135	-11
GE	661'699'002	23.09%	691'298'516	29'599'515	-29'599'515	-65	-5
JU	104'841'975	25.52%	99'102'417	-5'739'559	5'739'559	78	7
<b>CH</b>	<b>10'369'669'825</b>	<b>24.12%</b>	<b>10'369'669'825</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup> Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (Bruttoleistungen, 24,12%)

**Tabelle 31: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG ohne Pflegeleistungen (Nettoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben OKP alle Leistungen ohne Pflege (Bruttoleistungen) (Tabelle 27)	Kostenbeteiligung für alle Leistungen ohne Pflegeleistungen <sup>1</sup>	Hypothetische Ausgaben OKP alle Leistungen ohne Pflege (Nettoleistungen)	Hypothetische Ausgaben Kantone Spital stationär (Tabelle 11)	Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kanton alle Leistungen ohne Pflege	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen ohne Pflege
ZH	5'287'763'289	790'520'401	4'497'242'888	1'414'495'584	5'911'738'472	23.93%
BE	3'634'175'716	523'433'467	3'110'742'249	1'093'823'786	4'204'566'035	26.02%
LU	1'223'886'558	189'598'406	1'034'288'152	337'006'503	1'371'294'655	24.58%
UR	99'072'927	16'409'037	82'663'890	32'394'583	115'058'473	28.15%
SZ	494'999'439	80'397'117	414'602'322	139'716'289	554'318'610	25.21%
OW	111'748'421	17'555'969	94'192'452	30'309'321	124'501'773	24.34%
NW	125'575'692	20'299'872	105'275'820	34'888'683	140'164'503	24.89%
GL	127'474'213	19'725'652	107'748'561	39'941'716	147'690'277	27.04%
ZG	371'757'213	61'645'181	310'112'032	99'548'970	409'661'002	24.30%
FR	1'043'382'750	155'969'539	887'413'211	266'926'496	1'154'339'707	23.12%
SO	973'355'191	140'642'421	832'712'770	284'102'603	1'116'815'373	25.44%
BS	854'806'753	108'386'604	746'420'149	279'945'616	1'026'365'765	27.28%
BL	1'162'600'311	166'131'251	996'469'060	355'992'460	1'352'461'520	26.32%
SH	277'095'894	40'951'000	236'144'894	83'264'536	319'409'430	26.07%
AR	166'845'558	26'109'432	140'736'125	56'992'275	197'728'401	28.82%
AI	40'427'291	7'090'514	33'336'777	13'938'268	47'275'044	29.48%
SG	1'594'922'865	243'677'554	1'351'245'311	502'442'842	1'853'688'153	27.11%
GR	622'345'350	95'829'424	526'515'926	183'109'223	709'625'149	25.80%
AG	2'233'483'643	335'892'382	1'897'591'260	636'390'999	2'533'982'259	25.11%
TG	854'356'458	131'760'856	722'595'602	270'715'592	993'311'195	27.25%
TI	1'367'753'083	201'460'981	1'166'292'102	353'093'821	1'519'385'923	23.24%
VD	2'979'048'973	420'026'074	2'559'022'898	705'177'667	3'264'200'566	21.60%
VS	1'165'739'448	167'224'004	998'515'444	320'226'686	1'318'742'130	24.28%
NE	665'470'316	85'249'865	580'220'452	163'367'306	743'587'758	21.97%
GE	2'028'653'154	261'804'138	1'766'849'016	451'257'717	2'218'106'733	20.34%
JU	269'445'259	36'477'217	232'968'042	87'879'999	320'848'041	27.39%
<b>CH</b>	<b>29'776'185'765</b>	<b>4'344'275'626</b>	<b>25'431'910'139</b>	<b>8'236'949'542</b>	<b>33'668'859'682</b>	<b>24.46%</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup>Die Werte wurden gegenüber Tabelle 16 auf das Niveau der Statistik OKP korrigiert, auf Basis eines Korrekturfaktors für jeden Kanton und Jahr (Division Tabelle 14 / Tabelle 15)

**Tabelle 32: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen (Nettoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen ohne Pflege (Nettoleistungen) (Tabelle 31)	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen ohne Pflege (Tabelle 31)	Ausgaben Kanton bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege (Finanzierungsanteil 24,46%)	Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege <sup>1</sup>	Mehr-/Minderausgaben Versicherer	Prämienänderung pro Jahr	Prämienänderung pro Monat
ZH	5'911'738'472	23.93%	1'446'282'766	31'787'182	-31'787'182	-21	-2
BE	4'204'566'035	26.02%	1'028'629'975	-65'193'812	65'193'812	64	5
LU	1'371'294'655	24.58%	335'481'658	-1'524'845	1'524'845	4	0
UR	115'058'473	28.15%	28'148'587	-4'245'996	4'245'996	116	10
SZ	554'318'610	25.21%	135'611'793	-4'104'496	4'104'496	26	2
OW	124'501'773	24.34%	30'458'852	149'531	-149'531	-4	0
NW	140'164'503	24.89%	34'290'675	-598'008	598'008	14	1
GL	147'690'277	27.04%	36'131'825	-3'809'891	3'809'891	94	8
ZG	409'661'002	24.30%	100'221'897	672'927	-672'927	-5	0
FR	1'154'339'707	23.12%	282'404'513	15'478'017	-15'478'017	-49	-4
SO	1'116'815'373	25.44%	273'224'337	-10'878'266	10'878'266	40	3
BS	1'026'365'765	27.28%	251'096'209	-28'849'407	28'849'407	154	13
BL	1'352'461'520	26.32%	330'874'208	-25'118'251	25'118'251	88	7
SH	319'409'430	26.07%	78'142'218	-5'122'319	5'122'319	63	5
AR	197'728'401	28.82%	48'373'449	-8'618'826	8'618'826	155	13
AI	47'275'044	29.48%	11'565'647	-2'372'620	2'372'620	145	12
SG	1'853'688'153	27.11%	453'497'265	-48'945'577	48'945'577	97	8
GR	709'625'149	25.80%	173'606'906	-9'502'317	9'502'317	47	4
AG	2'533'982'259	25.11%	619'928'450	-16'462'548	16'462'548	24	2
TG	993'311'195	27.25%	243'009'543	-27'706'050	27'706'050	101	8
TI	1'519'385'923	23.24%	371'711'585	18'617'764	-18'617'764	-53	-4
VD	3'264'200'566	21.60%	798'573'388	93'395'721	-93'395'721	-120	-10
VS	1'318'742'130	24.28%	322'624'897	2'398'211	-2'398'211	-7	-1
NE	743'587'758	21.97%	181'915'720	18'548'413	-18'548'413	-104	-9
GE	2'218'106'733	20.34%	542'650'788	91'393'071	-91'393'071	-201	-17
JU	320'848'041	27.39%	78'494'168	-9'385'831	9'385'831	128	11
<b>CH</b>	<b>33'668'859'682</b>	<b>24.46%</b>	<b>8'236'949'542</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup> Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (Nettoleistungen, 24,46%)

**Tabelle 33: Ausgaben der OKP und der Kantone für Leistungen nach KVG (Nettoleistungen) nach Kanton, Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Hypothetische Ausgaben OKP alle Leistungen (Bruttoleistungen) (Tabelle 29)	Kostenbeteiligung Versicherte für alle Leistungen (Tabelle 14)	Hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) alle Leistungen	Hypothetische Ausgaben Kanton Pflege und Spital stationär (Tabelle 29)	Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kantone alle Leistungen mit Pflege	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen mit Pflege
ZH	5'696'902'851	808'255'261	4'888'647'590	1'906'604'088	6'795'251'679	28.06%
BE	4'076'300'205	541'839'501	3'534'460'704	1'395'043'339	4'929'504'043	28.30%
LU	1'355'345'258	195'472'998	1'159'872'260	455'366'015	1'615'238'275	28.19%
UR	110'088'204	16'949'897	93'138'307	42'112'000	135'250'307	31.14%
SZ	533'002'387	82'185'570	450'816'817	163'046'567	613'863'384	26.56%
OW	121'540'860	18'034'732	103'506'128	39'653'869	143'159'997	27.70%
NW	137'583'348	20'873'308	116'710'040	45'557'080	162'267'120	28.08%
GL	139'649'847	20'379'179	119'270'667	46'542'736	165'813'404	28.07%
ZG	398'972'778	62'924'741	336'048'037	126'638'139	462'686'176	27.37%
FR	1'139'199'854	159'930'053	979'269'800	326'605'780	1'305'875'581	25.01%
SO	1'054'980'176	144'247'921	910'732'255	334'421'516	1'245'153'771	26.86%
BS	943'892'973	111'425'946	832'467'027	341'346'320	1'173'813'347	29.08%
BL	1'245'162'759	169'521'108	1'075'641'651	415'072'437	1'490'714'088	27.84%
SH	304'281'748	42'333'576	261'948'171	103'904'089	365'852'260	28.40%
AR	184'168'034	27'044'481	157'123'553	71'977'096	229'100'649	31.42%
AI	44'653'676	7'304'841	37'348'835	17'891'281	55'240'116	32.39%
SG	1'727'973'164	250'090'916	1'477'882'248	593'457'715	2'071'339'963	28.65%
GR	682'198'530	98'577'302	583'621'228	224'863'973	808'485'201	27.81%
AG	2'396'798'498	342'905'639	2'053'892'859	736'191'878	2'790'084'737	26.39%
TG	924'531'336	135'322'930	789'208'406	324'619'559	1'113'827'965	29.14%
TI	1'553'405'203	208'047'694	1'345'357'509	416'910'022	1'762'267'531	23.66%
VD	3'306'792'672	431'153'118	2'875'639'554	880'193'386	3'755'832'941	23.44%
VS	1'273'754'400	171'543'678	1'102'210'722	386'718'161	1'488'928'883	25.97%
NE	754'684'284	88'775'575	665'908'709	208'391'803	874'300'512	23.84%
GE	2'203'944'241	266'852'655	1'937'091'586	661'699'002	2'598'790'588	25.46%
JU	305'967'775	37'750'285	268'217'490	104'841'975	373'059'466	28.10%
<b>CH</b>	<b>32'615'775'062</b>	<b>4'459'742'906</b>	<b>28'156'032'156</b>	<b>10'369'669'825</b>	<b>38'525'701'982</b>	<b>26.92%</b>

Anmerkungen: Datenbasis: Mittelwert 2016-2019.

**Tabelle 34: Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG (Nettoprinzip) nach Kanton, Vergleichsbasis Durchschnitt 2016-2019**

Kanton	Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kantone alle Leistungen mit Pflege (Tabelle 33)	Finanzierungsanteil Kanton alle Leistungen mit Pflege (Tabelle 33)	Ausgaben Kanton bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege (Finanzierungsanteil 26,92%)	Kantonale Mehr-/Minderausgaben (einheitliche Finanzierung mit Pflege) <sup>1</sup>	Mehr-/Minderausgaben Versicherer	Prämienänderung pro versicherte Person und Jahr	Prämienänderung pro versicherte Person und Monat
ZH	6'795'251'679	28.06%	1'829'026'148	-77'577'940	77'577'940	52	4
BE	4'929'504'043	28.30%	1'326'837'065	-68'206'275	68'206'275	66	6
LU	1'615'238'275	28.19%	434'761'386	-20'604'628	20'604'628	51	4
UR	135'250'307	31.14%	36'404'295	-5'707'705	5'707'705	157	13
SZ	613'863'384	26.56%	165'228'932	2'182'366	-2'182'366	-14	-1
OW	143'159'997	27.70%	38'533'286	-1'120'583	1'120'583	30	2
NW	162'267'120	28.08%	43'676'205	-1'880'875	1'880'875	44	4
GL	165'813'404	28.07%	44'630'731	-1'912'005	1'912'005	47	4
ZG	462'686'176	27.37%	124'537'715	-2'100'424	2'100'424	17	1
FR	1'305'875'581	25.01%	351'492'586	24'886'805	-24'886'805	-79	-7
SO	1'245'153'771	26.86%	335'148'559	727'043	-727'043	-3	0
BS	1'173'813'347	29.08%	315'946'400	-25'399'920	25'399'920	135	11
BL	1'490'714'088	27.84%	401'244'159	-13'828'278	13'828'278	48	4
SH	365'852'260	28.40%	98'473'667	-5'430'422	5'430'422	67	6
AR	229'100'649	31.42%	61'665'277	-10'311'819	10'311'819	185	15
AI	55'240'116	32.39%	14'868'561	-3'022'720	3'022'720	185	15
SG	2'071'339'963	28.65%	557'526'804	-35'930'910	35'930'910	71	6
GR	808'485'201	27.81%	217'613'805	-7'250'168	7'250'168	36	3
AG	2'790'084'737	26.39%	750'985'862	14'793'984	-14'793'984	-22	-2
TG	1'113'827'965	29.14%	299'800'592	-24'818'968	24'818'968	91	8
TI	1'762'267'531	23.66%	474'336'131	57'426'110	-57'426'110	-164	-14
VD	3'755'832'941	23.44%	1'010'928'952	130'735'565	-130'735'565	-168	-14
VS	1'488'928'883	25.97%	400'763'649	14'045'488	-14'045'488	-41	-3
NE	874'300'512	23.84%	235'328'811	26'937'008	-26'937'008	-151	-13
GE	2'598'790'588	25.46%	699'496'672	37'797'671	-37'797'671	-83	-7
JU	373'059'466	28.10%	100'413'575	-4'428'400	4'428'400	60	5
<b>CH</b>	<b>38'525'701'982</b>	<b>26.92%</b>	<b>10'369'669'825</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Anmerkungen: <sup>1</sup> Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (Nettoleistungen, 26,92%)

**Tabelle 35: In den Übergangsbestimmungen des Gesetzes zu definierender Mindestfinanzierungsanteil Kanton (Bruttoprinzip)**

Kanton	Jahr 0 (Tabelle 27)	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erstmaliger Einbezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)
ZH	21.1%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
BE	23.1%	22.1%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
LU	21.6%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
UR	24.6%	23.6%	22.6%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
SZ	22.0%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
OW	21.3%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
NW	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
GL	23.9%	22.9%	21.9%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
ZG	21.1%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
FR	20.4%	21.4%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
SO	22.6%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
BS	24.7%	23.7%	22.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
BL	23.4%	22.4%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
SH	23.1%	22.1%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
AR	25.5%	24.5%	23.5%	22.5%	21.7%	24.1%	24.1%
AI	25.6%	24.6%	23.6%	22.6%	21.7%	24.1%	24.1%
SG	24.0%	23.0%	22.0%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
GR	22.7%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
AG	22.2%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
TG	24.1%	23.1%	22.1%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
TI	20.5%	21.5%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
VD	19.1%	20.1%	21.1%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
VS	21.6%	21.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
NE	19.7%	20.7%	21.7%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
GE	18.2%	19.2%	20.2%	21.2%	21.7%	24.1%	24.1%
JU	24.6%	23.6%	22.6%	21.7%	21.7%	24.1%	24.1%
<b>CH</b>	<b>21.7%</b>				<b>21.7%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>

Anmerkungen: Kursive Werte sind nicht in die Übergangsbestimmungen aufzunehmen. Die Übergangsbestimmungen betreffen nur die Jahre 1 bis 4. Der Finanzierungsanteil eines Kantons wird pro Jahr jeweils um höchstens einen Prozentpunkt erhöht oder gesenkt, bis der Durchschnitt aller Kantone erreicht ist. Im Jahr 0 aufgeführt ist der Referenzwert vor einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nach KVG (ohne Pflegeleistungen, vgl. Tabelle 27). In den Jahren 5 und 6 ist der (höhere) Finanzierungsanteil inklusive Pflegeleistungen aufgeführt, welcher nach Einbezug der Pflegeleistungen dem minimalen Finanzierungsanteil entspricht.

**Tabelle 36: In den Übergangsbestimmungen des Gesetzes zu definierender Mindestfinanzierungsanteil Kanton (Nettoprinzip)**

Kanton	Jahr 0 (Tabelle 31)	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erstmaliger Einbezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)
ZH	23.9%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
BE	26.0%	25.0%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
LU	24.6%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
UR	28.2%	27.2%	26.2%	25.2%	24.5%	26.9%	26.9%
SZ	25.2%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
OW	24.3%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
NW	24.9%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
GL	27.0%	26.0%	25.0%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
ZG	24.3%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
FR	23.1%	24.1%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
SO	25.4%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
BS	27.3%	26.3%	25.3%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
BL	26.3%	25.3%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
SH	26.1%	25.1%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
AR	28.8%	27.8%	26.8%	25.8%	24.8%	26.9%	26.9%
AI	29.5%	28.5%	27.5%	26.5%	25.5%	26.9%	26.9%
SG	27.1%	26.1%	25.1%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
GR	25.8%	24.8%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
AG	25.1%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
TG	27.3%	26.3%	25.3%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
TI	23.2%	24.2%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
VD	21.6%	22.6%	23.6%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
VS	24.3%	24.5%	24.5%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
NE	22.0%	23.0%	24.0%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
GE	20.3%	21.3%	22.3%	23.3%	24.3%	26.9%	26.9%
JU	27.4%	26.4%	25.4%	24.5%	24.5%	26.9%	26.9%
<b>CH</b>	<b>24.5%</b>				<b>24.5%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>

Anmerkungen: Kursive Werte sind nicht in die Übergangsbestimmungen aufzunehmen. Die Übergangsbestimmungen betreffen nur die Jahre 1 bis 4. Der Finanzierungsanteil eines Kantons wird pro Jahr jeweils um höchstens einen Prozentpunkt erhöht oder gesenkt, bis der Durchschnitt aller Kantone erreicht ist. Im Jahr 0 aufgeführt ist der Referenzwert vor einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nach KVG (ohne Pflegeleistungen, vgl. Tabelle 31). In den Jahren 5 und 6 ist der (höhere) Finanzierungsanteil inklusive Pflegeleistungen aufgeführt, welcher nach Einbezug der Pflegeleistungen dem minimalen Finanzierungsanteil entspricht.

**Tabelle 37: Finanzierungsanteil Kanton bezogen auf alle Leistungen nach KVG in Übergangsphase (Bruttoprinzip)**

Kanton	Jahr 0 (Tabelle 29)	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erstmaliger Einbezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)	Bemerkungen
ZH	25.1%	25.6%	25.6%	25.6%	25.6%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.5 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn ZH im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
BE	25.5%	24.6%	24.2%	24.2%	24.2%	24.1%	24.1%	
LU	25.1%	25.2%	25.2%	25.2%	25.2%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn LU im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
UR	27.7%	26.8%	25.9%	25.1%	25.1%	24.1%	24.1%	
SZ	23.4%	23.1%	23.1%	23.1%	23.1%	24.1%	24.1%	
OW	24.6%	24.9%	24.9%	24.9%	24.9%	24.1%	24.1%	
NW	24.9%	24.8%	24.8%	24.8%	24.8%	24.1%	24.1%	
GL	25.0%	24.1%	23.2%	23.0%	23.0%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn GL im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
ZG	24.1%	24.6%	24.6%	24.6%	24.6%	24.1%	24.1%	
FR	22.3%	23.2%	23.4%	23.4%	23.4%	24.1%	24.1%	
SO	24.1%	23.2%	23.2%	23.2%	23.2%	24.1%	24.1%	
BS	26.6%	25.7%	24.8%	23.9%	23.9%	24.1%	24.1%	
BL	25.0%	24.1%	23.4%	23.4%	23.4%	24.1%	24.1%	
SH	25.5%	24.6%	24.2%	24.2%	24.2%	24.1%	24.1%	
AR	28.1%	27.2%	26.4%	25.5%	24.8%	24.1%	24.1%	
AI	28.6%	27.7%	26.9%	26.0%	25.2%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn AI im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
SG	25.6%	24.7%	23.8%	23.5%	23.5%	24.1%	24.1%	
GR	24.8%	23.9%	23.8%	23.8%	23.8%	24.1%	24.1%	
AG	23.5%	23.0%	23.0%	23.0%	23.0%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn AG im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
TG	26.0%	25.1%	24.2%	23.8%	23.8%	24.1%	24.1%	
TI	21.2%	22.0%	22.2%	22.2%	22.2%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.9 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn TI im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
VD	21.0%	21.9%	22.8%	23.2%	23.2%	24.1%	24.1%	
VS	23.3%	23.4%	23.4%	23.4%	23.4%	24.1%	24.1%	
NE	21.6%	22.5%	23.3%	23.3%	23.3%	24.1%	24.1%	
GE	23.1%	24.0%	24.8%	25.7%	26.1%	24.1%	24.1%	Sprung um 2.0 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn GE im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
JU	25.5%	24.7%	23.8%	23.0%	23.0%	24.1%	24.1%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn JU im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
<b>CH</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	<b>24.1%</b>	

Anmerkungen: Die Werte beziehen sich jeweils auf den Finanzierungsanteil an allen Leistungen (inkl. Pflegeleistungen). Sie zeigen die Auswirkungen des Mindestfinanzierungsanteils (ohne Pflegeleistungen) in den Übergangsbestimmungen, bezogen auf alle Leistungen (inkl. Pflegeleistungen).

**Tabelle 38: Finanzierungsanteil Kanton bezogen auf alle Leistungen nach KVG in Übergangsphase (Nettoprinzip)**

Kanton	Jahr 0 (Tabelle 33)	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erstmaliger Einbezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)	Bemerkungen
ZH	28.1%	28.5%	28.5%	28.5%	28.5%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.6 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn ZH im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
BE	28.3%	27.4%	27.0%	27.0%	27.0%	26.9%	26.9%	
LU	28.2%	28.1%	28.1%	28.1%	28.1%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.2 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn LU im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
UR	31.1%	30.3%	29.4%	28.6%	28.0%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn UR im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
SZ	26.6%	25.9%	25.9%	25.9%	25.9%	26.9%	26.9%	
OW	27.7%	27.8%	27.8%	27.8%	27.8%	26.9%	26.9%	
NW	28.1%	27.7%	27.7%	27.7%	27.7%	26.9%	26.9%	
GL	28.1%	27.2%	26.3%	25.8%	25.8%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn GL im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
ZG	27.4%	27.5%	27.5%	27.5%	27.5%	26.9%	26.9%	
FR	25.0%	25.9%	26.2%	26.2%	26.2%	26.9%	26.9%	
SO	26.9%	26.0%	26.0%	26.0%	26.0%	26.9%	26.9%	
BS	29.1%	28.2%	27.3%	26.6%	26.6%	26.9%	26.9%	
BL	27.8%	26.9%	26.2%	26.2%	26.2%	26.9%	26.9%	
SH	28.4%	27.5%	27.0%	27.0%	27.0%	26.9%	26.9%	
AR	31.4%	30.6%	29.7%	28.8%	28.0%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn AR im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
AI	32.4%	31.5%	30.7%	29.8%	29.0%	26.9%	26.9%	Sprung um 2.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn AI in den Jahren 5 und 6 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
SG	28.7%	27.8%	26.9%	26.3%	26.3%	26.9%	26.9%	
GR	27.8%	26.9%	26.6%	26.6%	26.6%	26.9%	26.9%	
AG	26.4%	25.8%	25.8%	25.8%	25.8%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.1 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn AG im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
TG	29.1%	28.3%	27.4%	26.7%	26.7%	26.9%	26.9%	
TI	23.7%	24.5%	24.7%	24.7%	24.7%	26.9%	26.9%	Sprung um 2.2 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn TI in den Jahren 3 und 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
VD	23.4%	24.3%	25.2%	25.9%	25.9%	26.9%	26.9%	
VS	26.0%	26.1%	26.1%	26.1%	26.1%	26.9%	26.9%	
NE	23.8%	24.7%	25.5%	26.0%	26.0%	26.9%	26.9%	
GE	25.5%	26.3%	27.2%	28.0%	28.9%	26.9%	26.9%	Sprung um 2.0 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn GE im Jahr 5 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
JU	28.1%	27.2%	26.4%	25.6%	25.6%	26.9%	26.9%	Sprung um 1.3 Prozentpunkte von Jahr 4 zu Jahr 5 vermeidbar, wenn JU im Jahr 4 freiwillig einen höheren Finanzierungsanteil festlegt.
<b>CH</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.8%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>	

Die Werte beziehen sich jeweils auf den Finanzierungsanteil an allen Leistungen (inkl. Pflegeleistungen). Sie zeigen die Auswirkungen des Mindestfinanzierungsanteils (ohne Pflegeleistungen) in den Übergangsbestimmungen, bezogen auf alle Leistungen (inkl. Pflegeleistungen).

**Tabelle 39: Hypothetischer Finanzierungsanteil Kantone an Leistungen nach KVG (Nettoleistungen, ohne Pflegeleistungen)**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019	Mittelwert 2012-2015	Veränderung 16-19 vs. 12-15	Jährliche Entlastung 2016-2019
ZH	24.3%	26.6%	25.8%	25.5%	24.8%	24.1%	23.1%	23.8%	23.9%	25.6%	-1.6%	-0.35%
BE	28.8%	28.5%	27.3%	26.9%	26.2%	25.8%	26.3%	25.8%	26.0%	27.8%	-1.8%	-0.13%
LU	26.7%	27.3%	26.6%	26.5%	25.1%	24.6%	25.2%	23.5%	24.6%	26.8%	-2.2%	-0.52%
UR	28.8%	30.1%	29.1%	29.5%	29.1%	28.1%	28.6%	26.9%	28.2%	29.4%	-1.2%	-0.74%
SZ	26.2%	27.3%	26.8%	26.2%	26.0%	25.0%	25.0%	24.9%	25.2%	26.6%	-1.4%	-0.35%
OW	24.9%	26.8%	25.5%	26.3%	25.2%	24.3%	24.2%	23.6%	24.3%	25.9%	-1.6%	-0.53%
NW	26.0%	27.6%	26.3%	25.6%	25.6%	24.8%	25.4%	23.9%	24.9%	26.4%	-1.5%	-0.55%
GL	28.0%	29.3%	27.9%	27.9%	26.9%	26.5%	28.2%	26.5%	27.0%	28.3%	-1.2%	-0.16%
ZG	26.0%	27.0%	26.2%	25.7%	24.9%	24.0%	24.6%	23.8%	24.3%	26.2%	-1.9%	-0.37%
FR	23.6%	27.2%	25.3%	24.0%	23.7%	22.4%	23.2%	23.3%	23.1%	25.1%	-2.0%	-0.14%
SO	26.0%	27.6%	26.9%	27.0%	26.3%	25.1%	25.1%	25.2%	25.4%	26.9%	-1.5%	-0.37%
BS	27.6%	28.9%	28.8%	28.7%	27.9%	27.1%	27.0%	27.1%	27.3%	28.5%	-1.3%	-0.28%
BL	27.5%	28.5%	27.6%	28.4%	26.9%	26.3%	25.8%	26.3%	26.3%	28.0%	-1.7%	-0.20%
SH	26.1%	27.5%	27.7%	27.2%	26.5%	26.0%	26.6%	25.2%	26.1%	27.1%	-1.1%	-0.43%
AR	29.1%	30.2%	30.1%	29.6%	29.5%	28.9%	28.6%	28.2%	28.8%	29.8%	-0.9%	-0.43%
AI	29.4%	30.9%	30.2%	30.1%	29.9%	28.8%	29.4%	29.8%	29.5%	30.1%	-0.7%	-0.01%
SG	28.1%	29.4%	28.9%	28.2%	27.8%	27.3%	26.3%	27.0%	27.1%	28.7%	-1.6%	-0.26%
GR	27.9%	28.1%	27.6%	27.5%	26.2%	26.1%	25.4%	25.6%	25.8%	27.8%	-2.0%	-0.21%
AG	26.4%	27.4%	26.9%	26.7%	26.2%	25.1%	24.3%	24.9%	25.1%	26.9%	-1.7%	-0.44%
TG	27.6%	29.1%	28.8%	28.4%	27.5%	27.2%	27.2%	27.1%	27.3%	28.5%	-1.2%	-0.16%
TI	26.6%	26.7%	26.0%	25.1%	23.8%	23.5%	22.5%	23.1%	23.2%	26.1%	-2.8%	-0.23%
VD	21.6%	24.2%	23.1%	22.7%	22.2%	21.1%	21.3%	21.8%	21.6%	22.9%	-1.3%	-0.14%
VS	26.1%	26.1%	24.9%	26.3%	24.7%	24.3%	24.0%	24.2%	24.3%	25.9%	-1.6%	-0.15%
NE	23.6%	25.1%	25.0%	24.0%	22.7%	21.1%	22.4%	21.7%	22.0%	24.5%	-2.5%	-0.35%
GE	22.8%	21.9%	21.9%	21.1%	20.5%	20.7%	19.7%	20.4%	20.3%	21.9%	-1.6%	-0.04%
JU	26.3%	28.0%	27.3%	27.5%	26.7%	26.8%	29.4%	26.6%	27.4%	27.3%	0.1%	-0.03%
<b>CH</b>	<b>25.8%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.1%</b>	<b>25.8%</b>	<b>25.1%</b>	<b>24.4%</b>	<b>24.2%</b>	<b>24.3%</b>	<b>24.5%</b>	<b>26.2%</b>	<b>-1.7%</b>	<b>-0.26%</b>

Anmerkungen: Hypothetischer Finanzierungsanteil der Kantone an den ambulanten und stationären Leistungen (Nettoleistungen, ohne Pflegeleistungen, Finanzierungsanteil der Kantone an stationären Leistungen: konstant 55%, OKP inkl. MiGeL). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.10, T2.26 und T7.14 (2016-2019) sowie Angaben der GDK zum Finanzierungsteiler. Berechnungsgrundlagen: Tabelle 7, Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16.

**Tabelle 40: Hypothetischer Finanzierungsanteil Kantone an Leistungen nach KVG (Nettoleistungen, mit Pflegeleistungen)**

Kanton	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Mittelwert 2016-2019	Jährliche Entlastung 16-19
ZH					28.5%	28.2%	27.4%	28.1%	28.1%	-0.14%
BE					28.3%	28.1%	28.6%	28.2%	28.3%	-0.03%
LU					28.5%	28.3%	28.8%	27.3%	28.2%	-0.42%
UR					32.0%	31.1%	31.5%	30.0%	31.1%	-0.64%
SZ					27.0%	26.3%	26.4%	26.6%	26.6%	-0.13%
OW					28.3%	27.7%	27.7%	27.1%	27.7%	-0.42%
NW					28.2%	28.0%	28.6%	27.6%	28.1%	-0.21%
GL					28.1%	27.9%	29.0%	27.3%	28.1%	-0.26%
ZG					27.9%	26.8%	27.9%	26.9%	27.4%	-0.34%
FR					25.1%	24.5%	25.1%	25.4%	25.0%	0.09%
SO					27.6%	26.7%	26.8%	26.4%	26.9%	-0.42%
BS					29.6%	28.8%	28.8%	29.1%	29.1%	-0.18%
BL					28.2%	27.7%	27.2%	28.3%	27.8%	0.03%
SH					28.5%	28.1%	29.1%	27.9%	28.4%	-0.19%
AR					32.0%	31.5%	31.2%	31.0%	31.4%	-0.36%
AI					32.9%	31.5%	32.2%	32.9%	32.4%	0.02%
SG					29.0%	28.7%	27.9%	28.9%	28.7%	-0.03%
GR					28.1%	28.1%	27.5%	27.6%	27.8%	-0.16%
AG					27.2%	26.3%	25.7%	26.4%	26.4%	-0.27%
TG					29.3%	29.1%	29.1%	29.2%	29.1%	-0.05%
TI					24.2%	23.8%	23.1%	23.6%	23.7%	-0.23%
VD					23.9%	23.0%	23.1%	23.8%	23.4%	-0.05%
VS					26.2%	26.0%	25.8%	26.0%	26.0%	-0.04%
NE					24.4%	23.2%	24.1%	23.7%	23.8%	-0.25%
GE					25.2%	25.4%	25.1%	26.0%	25.5%	0.27%
JU					27.5%	27.7%	29.8%	27.4%	28.1%	-0.04%
<b>CH</b>					<b>27.3%</b>	<b>26.8%</b>	<b>26.7%</b>	<b>26.9%</b>	<b>26.9%</b>	<b>-0.11%</b>

Anmerkungen: Hypothetischer Finanzierungsanteil der Kantone an den Leistungen nach KVG (Nettoleistungen, mit Pflegeleistungen, Finanzierungsanteil der Kantone an stationären Leistungen konstant 55%, OKP inkl. MiGeL). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.10, T2.26 und T7.14 (2016-2019) sowie Angaben der GDK zum Finanzierungsteiler. Berechnungsgrundlagen: Tabelle 6, Tabelle 7, Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 14, Tabelle 15, Tabelle 16 und Tabelle 26.

**Tabelle 41: Mehr-/Minderbelastung der Kantone pro Jahr gegenüber dem Vorjahr (Nettoprinzip)**

Kanton	Jahr 0	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erst- maliger Ein- bezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)
ZH	0	31'787'182	0	0	0	-109'365'122	0
BE	0	-42'045'660	-23'148'151	0	0	-3'012'463	0
LU	0	-1'524'845	0	0	0	-19'079'784	0
UR	0	-1'150'585	-1'150'585	-1'150'585	-794'242	-1'461'709	0
SZ	0	-4'104'496	0	0	0	6'286'861	0
OW	0	149'531	0	0	0	-1'270'114	0
NW	0	-598'008	0	0	0	-1'282'868	0
GL	0	-1'476'903	-1'476'903	-856'085	0	1'897'886	0
ZG	0	672'927	0	0	0	-2'773'352	0
FR	0	11'543'397	3'934'620	0	0	9'408'789	0
SO	0	-10'878'266	0	0	0	11'605'309	0
BS	0	-10'263'658	-10'263'658	-8'322'092	0	3'449'487	0
BL	0	-13'524'615	-11'593'636	0	0	11'289'973	0
SH	0	-3'194'094	-1'928'224	0	0	-308'104	0
AR	0	-1'977'284	-1'977'284	-1'977'284	-1'977'284	-2'402'683	0
AI	0	-472'750	-472'750	-472'750	-472'750	-1'131'718	0
SG	0	-18'536'882	-18'536'882	-11'871'814	0	13'014'667	0
GR	0	-7'096'251	-2'406'066	0	0	2'252'149	0
AG	0	-16'462'548	0	0	0	31'256'532	0
TG	0	-9'933'112	-9'933'112	-7'839'826	0	2'887'082	0
TI	0	15'193'859	3'423'904	0	0	38'808'346	0
VD	0	32'642'006	32'642'006	28'111'710	0	37'339'844	0
VS	0	2'398'211	0	0	0	11'647'277	0
NE	0	7'435'878	7'435'878	3'676'658	0	8'388'594	0
GE	0	22'181'067	22'181'067	22'181'067	22'181'067	-50'926'598	0
JU	0	-3'208'480	-3'208'480	-2'968'870	0	4'957'432	0
<b>CH</b>	<b>0</b>	<b>-22'444'379</b>	<b>-16'478'256</b>	<b>18'510'128</b>	<b>18'936'791</b>	<b>1'475'715</b>	<b>0</b>

Mehr- bzw. Minderbelastung der Kantonsfinanzen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung mit Pflege pro Jahr gegenüber dem Vorjahr bei Anwendung des minimalen Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag laut Tabelle 36, Vergleichsbasis konstante Kosten und Kostenstruktur des Durchschnitts der Jahre 2016 bis 2019. Gegenüber dem Mindestfinanzierungsanteil in den Übergangbestimmungen (auf erste Dezimalstelle gerundete Werte, Tabelle 36) können sich Abweichungen durch Rundungen ergeben.

**Tabelle 42: Mehr-/Minderbelastung der Kantone pro Jahr gegenüber dem Status quo (Nettoprinzip)**

Kanton	Jahr 0	Jahr 1 (Inkrafttreten)	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5 (erst- maliger Ein- bezug Pflege)	Jahr 6 (dauerhafter Zustand)
ZH	0	31'787'182	31'787'182	31'787'182	31'787'182	-77'577'940	-77'577'940
BE	0	-42'045'660	-65'193'812	-65'193'812	-65'193'812	-68'206'275	-68'206'275
LU	0	-1'524'845	-1'524'845	-1'524'845	-1'524'845	-20'604'628	-20'604'628
UR	0	-1'150'585	-2'301'169	-3'451'754	-4'245'996	-5'707'705	-5'707'705
SZ	0	-4'104'496	-4'104'496	-4'104'496	-4'104'496	2'182'366	2'182'366
OW	0	149'531	149'531	149'531	149'531	-1'120'583	-1'120'583
NW	0	-598'008	-598'008	-598'008	-598'008	-1'880'875	-1'880'875
GL	0	-1'476'903	-2'953'806	-3'809'891	-3'809'891	-1'912'005	-1'912'005
ZG	0	672'927	672'927	672'927	672'927	-2'100'424	-2'100'424
FR	0	11'543'397	15'478'017	15'478'017	15'478'017	24'886'805	24'886'805
SO	0	-10'878'266	-10'878'266	-10'878'266	-10'878'266	727'043	727'043
BS	0	-10'263'658	-20'527'315	-28'849'407	-28'849'407	-25'399'920	-25'399'920
BL	0	-13'524'615	-25'118'251	-25'118'251	-25'118'251	-13'828'278	-13'828'278
SH	0	-3'194'094	-5'122'319	-5'122'319	-5'122'319	-5'430'422	-5'430'422
AR	0	-1'977'284	-3'954'568	-5'931'852	-7'909'136	-10'311'819	-10'311'819
AI	0	-472'750	-945'501	-1'418'251	-1'891'002	-3'022'720	-3'022'720
SG	0	-18'536'882	-37'073'763	-48'945'577	-48'945'577	-35'930'910	-35'930'910
GR	0	-7'096'251	-9'502'317	-9'502'317	-9'502'317	-7'250'168	-7'250'168
AG	0	-16'462'548	-16'462'548	-16'462'548	-16'462'548	14'793'984	14'793'984
TG	0	-9'933'112	-19'866'224	-27'706'050	-27'706'050	-24'818'968	-24'818'968
TI	0	15'193'859	18'617'764	18'617'764	18'617'764	57'426'110	57'426'110
VD	0	32'642'006	65'284'011	93'395'721	93'395'721	130'735'565	130'735'565
VS	0	2'398'211	2'398'211	2'398'211	2'398'211	14'045'488	14'045'488
NE	0	7'435'878	14'871'755	18'548'413	18'548'413	26'937'008	26'937'008
GE	0	22'181'067	44'362'135	66'543'202	88'724'269	37'797'671	37'797'671
JU	0	-3'208'480	-6'416'961	-9'385'831	-9'385'831	-4'428'400	-4'428'400
<b>CH</b>	<b>0</b>	<b>-22'444'379</b>	<b>-38'922'635</b>	<b>-20'412'506</b>	<b>-1'475'715</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Mehr- bzw. Minderbelastung der Kantonsfinanzen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung mit Pflege pro Jahr gegenüber dem Status quo bei Anwendung des minimalen Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag laut Tabelle 36, Vergleichsbasis konstante Kosten und Kostenstruktur des Durchschnitts der Jahre 2016 bis 2019. Gegenüber dem Mindestfinanzierungsanteil in den Übergangbestimmungen (auf erste Dezimalstelle gerundete Werte, Tabelle 36) können sich Abweichungen durch Rundungen ergeben.