

Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Bericht des Bundesamts für Gesundheit vom 7. März 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Verteilungswirkungen	2
2	Sparpotenzial	3
3	Weiterführung Globalbudgets	4
4	Weiterentwicklung ambulante Listen	5
5	Auswirkungen nach Franchisestufe und auf Kostenbeteiligung	6
6	Grössere Verbindlichkeit bei Prämienverbilligung	8

1 Verteilungswirkungen

Sämtliche diskutierten Varianten einer einheitlichen Finanzierung sind zum Zeitpunkt der Umstellung gegenüber der Referenzperiode 2016-2019 für beide Finanzierungsträger (Versicherer/Prämienfinanzierung, Kantone/Steuerfinanzierung) kostenneutral. In den Jahren nach der Umstellung wird sich die Belastung der Prämien- und Steuerzahlenden aber anders entwickeln als bei einer Weiterführung des heutigen Finanzierungssystems. Grund ist die unterschiedliche Kostenentwicklung in den Bereichen ambulant, stationär und Pflege.

Im Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 30. November 2020 wurden die zu erwartenden Verteilungseffekte zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung in Ziffer 2.3. (S.21ff.) basierend auf der Studie von Infrass (2019)¹ dargestellt, jeweils unter Vernachlässigung des Sparpotenzials (vgl. Ziffer 2). Aus Prämiensicht wäre eine Weiterführung des Status quo am teuersten (+45%), eine einheitliche Finanzierung ohne Einbezug der Pflege am Günstigsten (+40%). Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung ist aber auch mit Einbezug der Pflege aus Prämiensicht günstiger (+42%) als die Weiterführung des heutigen Systems. Und das Sparpotenzial ist bei einem Einbezug der Pflege grösser (vgl. Ziffer 2).

Bei einer Weiterführung des heutigen Systems würde der Anteil der Steuerfinanzierung in Zukunft wegen der fortgesetzten Verlagerung zu ambulanten Leistungen weiter sinken. Mit einer einheitlichen Finanzierung würde der Anteil von Prämien- und Steuerfinanzierung stabilisiert. Da die Prämien pro Kopf geschuldet sind, die Steuersätze aber progressiv, profitieren von einer gestoppten Verlagerung von Steuer- zu Prämienfinanzierung primär niedrige und mittlere Einkommen.

Die Prognosen zum Kostenwachstum weisen eine gewisse Unsicherheit auf. Deswegen hat das BAG bereits für den Bericht vom 30. November 2020 (S. 24f.) eine Sensitivitätsanalyse vorgenommen. Damit eine einheitliche Finanzierung mit Einbezug der Pflege aus Prämiensicht teurer würde als die Weiterführung des Status quo, wären Kostensteigerungen in den drei Bereichen ambulant, stationär und Pflege notwendig, die deutlich jenseits von den Werten liegen, welche im vergangenen Jahrzehnt beobachtet wurden. Bei den Pflegeleistungen wird in Zukunft ein prozentual stärkeres Wachstum erwartet als heute. Das zukünftige Kostenwachstum bei Pflegeleistungen müsste aber oberhalb der Bandbreite liegen, welche in den neusten Projektionen der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV 2022)² in verschiedenen Szenarien als mögliche Entwicklungen bis 2050 dargestellt werden, damit eine einheitliche Finanzierung mit Einbezug der Pflege aus Prämiensicht teurer wäre als die Weiterführung des Status quo.

Zusammengefasst ist es sehr wahrscheinlich, dass die Prämienzahlenden und damit die unteren und mittleren Einkommen von einer einheitlichen Finanzierung auch dann entlastet werden, wenn die Pflegeleistungen einbezogen werden. Der Gesetzgeber kann den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag zudem anzupassen, wenn gewünscht wird, den Anteil der Steuer- und der Prämienfinanzierung zu ändern. In diesem Sinne steht dem Parlament auch ein «Sicherheitsmechanismus» im Fall einer zu hohen Belastung der Prämienzahlenden bereits zur Verfügung. Die Effizienzvorteile der einheitlichen Finanzierung (siehe Ziffer 2) können somit unabhängig von den Verteilungswirkungen erreicht werden.

¹ Infrass (2019): Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär mit Einbezug der Pflege. Schlussbericht im Auftrag der GDK. Zürich

² EFV (2022): Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2050: Alterung und Coronakrise. Working Paper Nr. 25, Thomas Brändle, Carsten Colombier.

2 Sparpotenzial

Neben den in Ziffer 1 gezeigten Verteilungseffekten zwischen Prämien- und Steuerfinanzierung weist eine einheitliche Finanzierung vor allem auch ein Einsparpotenzial zugunsten beider Finanzierungsträger auf. Dieses wurde bereits in den Berichten des EDI vom 30. November 2020 (Ziffer 10, S. 78ff.) sowie des BAG vom 5. Januar 2022 (Ziffer 7, S. 29ff.) besprochen.

Das Sparpotenzial entsteht durch den Wegfall von Fehlanreizen für Kantone, Versicherer und Leistungserbringer, die heute effizienzsteigernde Reformen behindern. Die einheitliche Finanzierung leistet einen Beitrag, der die Wirkung von weiteren laufenden Reformbemühungen verstärkt. Mit einer einheitlichen Finanzierung fällt der Nutzen der Koordination bei denselben Akteuren an wie auch die Kosten. So trägt die einheitliche Finanzierung dazu bei, die Attraktivität des vom Bundesrat im zweiten Paket von Massnahmen zur Kostendämpfung (22.062) vorgeschlagenen neuen Leistungserbringers «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» zu steigern, da die Einsparungen durch eine bessere Koordination höher sind. Allerdings ist eine einheitliche Finanzierung kein Ersatz für die Schaffung dieses neuen Leistungserbringers, weil in den Netzwerken zur koordinierten Versorgung ein interprofessionelles und interdisziplinäres Team von Gesundheitsfachpersonen die Leistungen aus einer Hand erbringt und in der Folge die Zusammenarbeit verbindlich und strukturiert erfolgt.

Auch für die Versicherer wird es attraktiver, besondere Versicherungsformen mit dem Ziel einer besser koordinierten Versorgung zu entwickeln und Partnerschaften mit Leistungserbringern einzugehen, die sich tatsächlich und intensiv um eine gute Koordination kümmern, da entsprechende Bemühungen neu voll prämienwirksam werden. Die einheitliche Finanzierung hat den Vorteil, dass stationäre und ambulante Leistungserbringer in Versorgungsnetzen, sei es im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen oder den vom Bundesrat vorgeschlagenen Netzwerken zur koordinierten Versorgung, besser zusammengefasst werden können und dass es neu auch möglich ist, bereichsübergreifende Vergütungen vorzusehen.

Eine einheitliche Finanzierung kann 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. Zudem wird das Verhalten der Leistungserbringer weniger durch verzerrte Tarife in ihren Behandlungsentscheiden beeinflusst. Durch die bessere Koordination der Behandlung werden Doppelspurigkeiten vermindert und der Behandlungspfad effizienter gestaltet.

Eine bereichsübergreifende Vergütung wird vereinfacht. Dadurch kann eine einheitliche Finanzierung die Basis legen zu Versorgungsangeboten in allen Bereichen, die gewissermassen «zwischen» ambulanten und stationärem Bereich angesiedelt sind wie z.B. die intermediäre Psychiatrie, . Die Diskussionen in diesem Bereich sind heute geprägt von der unterschiedlichen Finanzierung. Die Versicherer und auch die Kantone haben zu wenig Anreize, diese sinnvollen und insgesamt auch kostensparenden Angebote an der Schnittstelle zwischen stationär und ambulant voranzubringen, weil sie sonst mehr bezahlen müssen oder weil sie wegen der ungeklärten Finanzierungsverantwortung auf Lösungen hoffen, welche für sie (noch) günstiger sind. Genau dieser Fehlanreiz fällt mit einer einheitlichen Finanzierung weg, weil die Finanzierungsverantwortung erstens klar und zweitens für alle Leistungsbereiche einheitlich geregelt ist.

Das Sparpotenzial ist sehr schwierig zuverlässig zu quantifizieren, da es vom Verhalten der Akteure abhängt, wie stark sie auf die verbesserten Anreize reagieren. Im Bericht des BAG vom 5. Januar 2022 wird das Sparpotenzial grob auf mehrere hundert Millionen Franken pro

Jahr geschätzt. Die Studie von Polynomics (2022)³ bestätigt diese Grössenordnung und schätzt das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflege auf bis zu etwas mehr als 300 Millionen Franken jährlich, mit Einbezug der Pflege auf bis zu gegen 450 Millionen Franken jährlich. Verschiedene vorteilhafte Wirkungsmechanismen konnten von Polynomics (2022) zudem überhaupt nicht quantifiziert werden und flossen nicht in die Schätzung mit ein. Im extremen Fall, dass die Akteure überhaupt nicht auf die verbesserten Anreize reagieren, läge der Spareffekt hingegen bei Null. Der Gedanke des regulierten Wettbewerbs beruht allerdings auf der Grundlage, dass Akteure auf Anreize reagieren.

3 Weiterführung Globalbudgets

Sowohl mit dem Beschluss des Nationalrats wie auch mit jenem des Ständerats können die Kantone weiterhin als finanzielles Steuerungsinstrument einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festsetzen (Art. 51 KVG). Ebenso wie heute die Kostenaufteilung nach Artikel 49a KVG vorbehalten bleibt, ist neu der Kantonsbeitrag nach Artikel 60 E-KVG vorbehalten.

Die Kantone sind in der Umsetzung der Globalbudgets innerhalb der gesetzlichen Vorgaben grundsätzlich frei. Mit einer einheitlichen Finanzierung könnte eine Umsetzung von Globalbudgets so aussehen, dass die Kantone einen Gesamtbetrag für alle Leistungen eines Spitals oder Pflegeheims festlegen, inklusive gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL). Für die KVG-Leistungen erhalten die Spitäler und Pflegeheime die Vergütung bereits vom Versicherer. Den Kantonen sind dieser Betrag und auch der steuerfinanzierte Anteil daraus mit dem Beschluss des Ständerats zuverlässig bekannt, einerseits aus Daten der Versicherer (Art. 21 E-KVG) und andererseits auch aus den Rechnungen für stationäre Leistungen, zu denen sie Zugang haben (Art. 60 Abs. 7 E-KVG). Den bereits über die Finanzierung der Leistungen erhaltenen Betrag können die Kantone vom festgelegten Globalbudget abziehen. Die Vergütung der GWL entspricht damit dem Betrag, der nach Abzug der Vergütung für KVG-Leistungen noch vom zuvor festgelegten Globalbudget übrigbleibt.

Auch im Fall, dass keine GWL vorgesehen sind und die Vergütung der KVG-Leistungen nach Tarif bereits höher ausfällt als das festgelegte Globalbudget, wird die heutige Rechtslage unverändert ins neue System übernommen. Das Bundesgericht hat 2012 entschieden⁴, dass ein System, das für jeden Leistungserbringer ein maximales Leistungsvolumen festlegt, mit dem KVG vereinbar ist. Daraus folgt laut dem Bundesgericht, dass die kantonalen Beiträge nur fällig werden, wenn die Spitäler vom Kanton festgelegte Maximalmengen einhalten. Eine Reduktion des Kantonsbeitrags ist zulässig.

Auch die SGK-N hat im Rahmen ihres Berichts vom 20. Februar 2014 zur pa.Iv. 12.500 Bortoluzzi «Streichung von Artikel 51 KVG» festgehalten, dass im Fall von Globalbudgets den Kantonen auch eine Unterschreitung des Finanzierungsanteils von 55 Prozent möglich sein soll, solange die Globalbudgets gestützt auf die voraussichtlichen Kosten festgelegt werden und mindestens die Grenzkosten der zusätzlich erbrachten Leistungen gedeckt sind. So kann das Spital seine Leistungen dem Bedarf anpassen, die Patientinnen und Patienten müssen somit nicht auf andere Leistungserbringer ausweichen und die freie Spitalwahl ist gewährleistet. Der Nationalrat hat der pa.Iv. 12.500 Bortoluzzi darauf keine Folge gegeben.

³ Polynomics 2022. Sparpotenzial einheitliche Finanzierung. Studie im Auftrag des BAG.

⁴ Bundesgerichtsurteil 2C_796/2011 vom 10. Juli 2012 (publiziert als BGE 138 II 398), Erw. 3.10.3.

Der Kanton kann also seinen Finanzierungsanteil reduzieren, falls das von ihm festgelegte Globalbudget überschritten wird. Allerdings müssen Instrumente zur Mengensteuerung laut dem Bundesverwaltungsgericht⁵ massvoll eingesetzt werden. Eine zu rigide Mengensteuerung kann strukturerhaltend bzw. wettbewerbshemmend wirken. Vom Spital nicht beeinflussbare Faktoren müssen ebenfalls in die Überlegungen einbezogen werden. Dieser Grundsatz wurde mit der neusten Revision der Spitalplanungskriterien auch in Artikel 58f Absatz 6 KVV⁶ festgehalten.

Soweit es heute zulässig ist, dass der Kanton seinen finanziellen Beitrag an die Vergütung der Leistungen bei Überschreitung des Globalbudgets reduziert, ist dies auch mit einer einheitlichen Finanzierung unverändert der Fall. Falls nach der Vergütung der Leistungen nach Tarif keine Mittel für GWL verbleiben, könnte die Umsetzung bei einer einheitlichen Finanzierung so aussehen, dass der Kanton die betroffenen Leistungserbringer verpflichtet, dem Kanton einen Teil des Kantonsbeitrags zurückzubezahlen, der das festgelegte Globalbudget übersteigt und den sie zuvor über die Versicherer erhalten haben.

4 Weiterentwicklung ambulante Listen

Der Bund und die Kantone haben Listen von Eingriffen definiert, die im Regelfall ambulant durchzuführen sind («ambulante Listen»). Eine stationäre Durchführung wird im Einzelfall aus der OKP vergütet, wenn besondere Umstände (meistens Begleiterkrankungen) es erfordern. Mit diesen «ambulanten Listen» konnte eine Verlagerungswirkung vom stationären in den ambulanten Bereich erzielt werden. Die volkswirtschaftlichen Kosten sinken dadurch, allerdings profitieren mit der heutigen Finanzierung vor allem die Steuerzahlenden, während die Prämienzahlenden wenig Nutzen davon haben.

Die Attraktivität einer ambulanten oder stationären Durchführung sollte sich mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen für die Leistungserbringer angleichen. Gleichzeitig ist es möglich, dass gewisse heute schon vorhandene Fehlanreize aus dem Zusatzversicherungsbereich weiterhin bestehen. Eine einheitliche Finanzierung ist somit nicht unbedingt ein Ersatz für die bestehenden «ambulanten Listen».

Andererseits wäre eine forcierte Ausweitung von «ambulanten Listen» aber auch kein Ersatz für eine einheitliche Finanzierung. Viele potenziell ambulant durchführbare Eingriffe, die noch nicht auf den entsprechenden Listen figurieren, verursachen bei ambulanter Durchführung mehr als 45% der stationären Kosten. Ohne einheitliche Finanzierung könnte die Aufnahme solcher Eingriffe auf die «ambulante Liste» zu einem Prämienanstieg führen. Es geht aber potenziell um mehr Eingriffe, die ambulant günstiger sind. Eine Erweiterung der Liste bringt zudem administrativen Aufwand mit sich, und die Listen dürften kaum vollständig mit dem technischen Fortschritt Schritt halten können. Solange die Fehlanreize weiterbestehen, würden die Leistungserbringer versuchen, die «ambulanten Listen» wenn möglich zu umgehen. Eine konsequente Kontrolle, ob die Ausnahmebedingungen für eine stationäre Durchführung erfüllt sind, wäre aufwändig.

Ursache für das Problem sind neben der Vergütung aus Zusatzversicherungen die unterschiedlich attraktiven Vergütungen im stationären und ambulanten Bereich, und diese wiederum sind auf die unterschiedliche Finanzierung zurückzuführen. Durch die einheitliche Finanzierung erhalten die Leistungserbringer und Versicherer selbst einen Anreiz, ihr Verhalten zu verändern.

⁵ Bundesverwaltungsgerichtsurteil C-5017/2015 vom 16. Januar 2019, Erw. 20.2.1.

⁶ Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102).

Schliesslich können ambulante Listen nur schon deshalb kein Ersatz für eine einheitliche Finanzierung sein, weil die koordinierte Versorgung durch ambulante Listen nicht gestärkt wird und weil auch die übrigen Fehlanreize an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich (z.B. intermediäre Psychiatrie, vgl. Ziffer 2) weiterhin verbleiben würden.

5 Auswirkungen nach Franchisestufe und auf Kostenbeteiligung

Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurde in Ziffer 4 (S. 39ff.) aufgezeigt, dass eine einheitliche Finanzierung keine je nach Franchisestufe unterschiedlichen Auswirkungen auf die Prämien hat, auch dann, wenn der Kantonsbeitrag als Prozentsatz der Nettoleistungen definiert wird. In der Folge hat nach dem Nationalrat auch der Ständerat das Nettoprinzip gewählt. In diesem Punkt bestehen zwischen den Räten keine Differenzen mehr.

Die Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung wurden ebenfalls im Bericht des EDI vom 30. November 2020 in Ziffer 4 (S. 42) sowie auch im erläuternden Bericht der SGK-N vom 5. April 2019 (Ziffer 3.2.4) betrachtet. Neu wird die Kostenbeteiligung auf den gesamten Kosten des stationären Aufenthalts berechnet und nicht nur auf dem vom Versicherer finanzierten Anteil. Die maximal zu bezahlende Kostenbeteiligung der versicherten Personen ändert sich dadurch nicht. Das heisst, wenn eine Franchise von 300 Franken gewählt wird, muss die versicherte Person damit rechnen, im ungünstigsten Fall maximal 1'000 Franken selbst bezahlen zu müssen⁷. Bei einer Franchise von 2'500 Franken müssen maximal 3'200 Franken selbst bezahlt werden.

Heute wird ein stationärer Aufenthalt aus Sicht der versicherten Personen vom Kanton verbilligt, bei ambulanten Behandlungen ist dies nicht der Fall. Falls eine versicherte Person im Verlauf eines Jahres vor allem stationäre und deutlich weniger ambulante Leistungen bezieht, kann es sein, dass sie mit einer einheitlichen Finanzierung die maximale Kostenbeteiligung, mit der sie abhängig von ihrer Franchisewahl ohnehin rechnen musste, schneller als heute erreicht.

Das BAG verfügt nicht über die notwendigen Daten, um zu berechnen, bei wie vielen Personen dies der Fall wäre. Das BAG geht aber davon aus, dass Fälle, wo die maximale Kostenbeteiligung bedeutend schneller erreicht wird als heute, nicht der Regelfall sind. Normalerweise ist damit zu rechnen, dass bei einer Person, die eine stationäre Behandlung benötigt, im Verlauf eines Jahres auch eine überdurchschnittliche Menge von ambulanten Behandlungen notwendig ist. Viele stationäre Behandlungen verursachen hohe Kosten. In diesem Fall wird die maximale Kostenbeteiligung auch heute oft erreicht und die einheitliche Finanzierung bringt keinen bedeutenden Anstieg der Kostenbeteiligung.

Bei ansonsten gesunden Personen mit hoher Franchise, bei denen unerwartet und unvorbereitet ein kurzer stationärer Aufenthalt notwendig wird, die danach aber schnell wieder vollständig gesunden, kann eine einheitliche Finanzierung aber dazu führen, dass die maximale Kostenbeteiligung, mit der bei der Franchisewahl gerechnet werden musste, schneller erreicht wird als heute. Ein mögliches Beispiel wäre eine junge, gesunde Person mit hoher Franchise, bei der eine Entfernung des Blinddarms notwendig wird und bei der nur wenige ambulante Nachkontrollen notwendig sind.

Im in der Praxis nicht realistischen Fall, dass neben einem Spitalaufenthalt während eines ganzen Jahres überhaupt keine ambulante Behandlung notwendig ist, muss eine versicherte Person

⁷ 300 Franken Franchise sowie maximal 700 Franken Selbstbehalt in Höhe von 10% der Kosten, falls Leistungen von (mindestens) total 7'300 Franken anfallen. In bestimmten Fällen kann der maximale Selbstbehalt auch höher als 700 Franken sein. Für gewisse Arzneimittel ist beispielsweise ein Selbstbehalt von 15% vorgesehen (Art. 104a KVV).

mit einer Franchise von 300 Franken und gesamten stationären Leistungskosten von 7'300 Franken heute wegen der Subventionierung des stationären Aufenthalts pro Jahr maximal 401.50 Franken weniger Kostenbeteiligung bezahlen, als dies mit einer einheitlichen Finanzierung der Fall wäre und als eine Person mit denselben Kosten, die aber ambulant entstanden sind, bereits heute bezahlt. Bei einer Franchise von 2'500 Franken und gesamten stationären Leistungskosten von 9'500 Franken sind es pro Jahr maximal 522.50 Franken⁸. Realistischer ist es, bei Personen, die stationär behandelt werden müssen, von ambulanten Kosten im selben Jahr von mindestens 1'000 oder 2'000 Franken auszugehen. In diesen Fällen ist der maximale Unterschied in der Kostenbeteiligung zwischen dem heutigen System und einer einheitlichen Finanzierung deutlich kleiner⁹.

Das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB 2019)¹⁰ schätzte den Anstieg der insgesamt geleisteten Kostenbeteiligung unter Verwendung von Daten der Versicherer näherungsweise auf 3.81 Franken pro versicherte Person und Jahr, was ca. 0,6 Prozent der bisherigen Kostenbeteiligung entspricht. Höhere Franchisen sind stärker betroffen als tiefere Franchisen. Bei der höchsten Franchise würden die versicherten Personen pro Jahr im Durchschnitt 10.28 Franken mehr Kostenbeteiligung bezahlen als heute, bei den beiden tiefsten Franchisestufen erwartet das IWSB gar keinen Anstieg der Kostenbeteiligung.

Soweit in den beschriebenen Fällen mit einer einheitlichen Finanzierung die maximale Kostenbeteiligung pro versicherte Person tatsächlich schneller erreicht wird als heute, sinken im Gegenzug die Prämien und der Kantonsbeitrag. Falls sich der Anstieg der insgesamt geleisteten Kostenbeteiligung in der von IWSB (2019) näherungsweise geschätzten Grössenordnung bewegt, werden die Prämien pro Kopf und Jahr um knapp 3 Franken sinken, die Steuern würden pro Kopf und Jahr theoretisch um knapp einen Franken sinken, falls sie in dem Ausmass gesenkt würden, wie der Kanton entlastet wird.

Das schnellere Erreichen der maximalen Kostenbeteiligung betrifft vor allem gesunde Versicherte mit hoher Franchise, die unerwartet für kurze Zeit hospitalisiert werden müssen. Von leicht tieferen Prämien profitieren sämtliche versicherten Personen in allen Franchisestufen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass Versicherte mit Standardfranchise, welche vor allem von Personen mit hohen Krankheitskosten auch im ambulanten Bereich gewählt wird, unter dem Strich vom schnelleren Erreichen der maximalen Kostenbeteiligung durch gesunde Versicherte mit hoher Franchise profitieren.

⁸ Bei stationären Behandlungen, die weniger als 5'000 Franken kosten, sind bei einer Franchise von 2'500 Franken und null ambulanten Kosten theoretisch noch grössere Unterschiede in der Kostenbeteiligung möglich. Der maximale theoretisch mögliche Unterschied zwischen der Kostenbeteiligung heute und mit einer einheitlichen Finanzierung von 1'375 Franken ergibt sich bei einem stationären Aufenthalt mit Kosten von total (inkl. Kantonsbeitrag) 2'500 Franken. Allerdings gibt es kaum DRGs mit einem so geringen Kostengewicht. Beispiele sind Verbrennungen oder Vergiftungen, die während höchstens einem Tag stationär behandelt werden, oder ein einmaliger Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik von höchstens zwei Tagen.

⁹ Franchise 300 Franken: maximal 346.50 Franken bei 1'000 Franken ambulanten und 6'300 Franken stationären Kosten pro Jahr, maximal 291.50 Franken bei 2'000 Franken ambulanten und 5'300 Franken stationären Kosten pro Jahr; Franchise 2'500 Franken: maximal 467.50 Franken bei 1'000 Franken ambulanten und 8'500 Franken stationären Kosten pro Jahr, maximal 412.50 Franken bei 2'000 Franken ambulanten und 7'500 Franken stationären Kosten pro Jahr. Sobald die gesamten Leistungskosten von diesen Werten nach unten oder nach oben abweichen, ist der Unterschied zwischen der Kostenbeteiligung heute und mit einer einheitlichen Finanzierung deutlich geringer.

¹⁰ Institut für Wirtschaftsstudien Basel. Effekte einer einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär auf die Kantonsbeiträge pro Franchisestufe. Kurzgutachten vom 20. September 2019 im Auftrag von santésuisse.

Entsprechend drängten sich in der parlamentarischen Beratung keine sozialen Ausgleichsmaßnahmen auf (geringfügig tiefere Franchisenstufen oder tieferer Selbstbehalt, beides aufgrund fehlender Daten nicht im Voraus exakt zu berechnen), zwischen den Räten besteht in diesem Punkt keine Differenz. Wenn vom schnelleren Erreichen der maximalen Kostenbeteiligung vor allem durch gesunde Versicherte mit hoher Franchise und kurzem Spitalaufenthalt überhaupt ein spürbarer Effekt zu erwarten wäre, wäre er sozial möglicherweise eher vorteilhaft. Sollte in Bezug auf die Kostenbeteiligung wider Erwarten eine unerwünschte Wirkung eintreten, hätte der Bundesrat zudem die Möglichkeit, die von ihm in der Verordnung bezeichneten Franchisenstufen rasch anzupassen. Falls notwendig, könnte der Gesetzgeber auch den Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Art. 64 Abs. 2 Bst. b KVG) anpassen.

6 Grössere Verbindlichkeit bei Prämienverbilligung

Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ist aus Sicht sowohl der Steuer- wie auch der Prämienfinanzierung über die ganze Schweiz gesehen kostenneutral. Auch in den einzelnen Kantonen ist der Übergang aus der Gesamtsicht von Prämien- und Steuerfinanzierung kostenneutral. Dennoch ergeben sich in den einzelnen Kantonen Verschiebungen zwischen den beiden Finanzierungsträgern. In einigen Kantonen steigen die Prämien, und es werden dafür Steuermittel frei. In anderen Kantonen sinken die Prämien, es werden aber mehr Steuermittel benötigt. Im Jahr der Einführung werden diese Effekte aber nicht eins zu eins in den Prämien sichtbar werden. Denn die Prämien hängen insbesondere von der allgemeinen Kostenentwicklung, der Höhe der Reserven und dem Verhältnis von Prämien und Kosten des Vorjahres ab. Das BAG als Aufsichtsbehörde wird jedoch sicherstellen, dass die kantonalen Prämien auch nach Einführung der einheitlichen Finanzierung gerade so hoch sind, dass sie jeweils die erwarteten kantonalen Kosten decken. Es sind keine weiteren Bestimmungen erforderlich (vgl. Bericht vom 15. März 2022, Ziffer 4.1, S. 4ff.).

Das KVG lässt den Kantonen heute viel Spielraum, in welchem Ausmass sie die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verbilligen möchten. Es ist den Kantonen innerhalb der wenigen bestehenden Vorgaben also freigestellt, in welchem Mass sie freiwerdende Steuermittel zur zusätzlichen Verbilligung von gestiegenen Prämien einsetzen. Ebenso ist es nicht ausgeschlossen, dass Kantone, in denen die Prämien sinken und welche mehr Steuermittel zur Finanzierung der Leistungen einsetzen müssen, diese Mittel über eine überproportionale Reduktion der Prämienverbilligungen beschaffen.

Der Bundesrat will die Kantone mit seinem indirekten Gegenvorschlag vom 17. September 2021 zur Prämien-Entlastungs-Initiative (21.063) verpflichten, die Prämienverbilligung so auszugestalten, dass diese gesamthaft mindestens einem bestimmten Anteil der Bruttokosten des Kantons entspricht. Mit einer solchen Regelung bestünde Gewähr, dass der Kanton die Prämien bei einem Anstieg, welcher in einigen Kantonen bei der Einführung einer einheitlichen Finanzierung möglich wäre, mit einem Betrag verbilligt, der einem bestimmten Anteil der Bruttokosten entspricht. Der Kanton müsste zwischen 5 und 7,5 Prozent der zusätzlichen Belastung der Prämienzahlenden durch Prämienverbilligungen ausgleichen. Kantone, die ihren Mindestanteil bereits erreichen, müssten ihre Prämienverbilligung nicht erhöhen. Umgekehrt würde sich bei denjenigen Kantonen, die den Anteil der Steuerfinanzierung erhöhen müssen und in denen die Prämien sinken, auch die Verpflichtung zur Prämienverbilligung in einem beschränkten Ausmass reduzieren (vgl. Berichte vom 5. Januar 2022, Ziffer 2.3, S. 10 und vom 15. März 2022, Ziffer 4.2, S. 6f.). Der vom Bundesrat vorgelegte indirekte Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative wäre also eine Antwort auf die Befürchtung, dass die Kantone im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung zusätzlich benötigte Steuermittel durch eine überpro-

portionale Reduktion der Verbilligung der (leicht gesunkenen) Prämien beschaffen oder im umgekehrten Fall freiwerdende Steuermittel nicht auch zur zusätzlichen Verbilligung der (leicht gestiegenen) Prämien einsetzen.