

Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 5. März 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung	1
2.1	Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten (Option 2a).....	2
2.2	Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Kosten abzüglich kantonalen Mitfinanzierung (Option 2b).....	4
2.3	Kantone finanzieren Anteil an Nettoleistungen der Versicherer, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten (Option 2c).....	6
2.4	Überblick über die drei Optionen 2a, 2b und 2c	7
3	Kantonale unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors	9

1 Einleitung

Anlässlich der Sitzung der Subkommission Monismus vom 22. Januar 2018 wurde das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beauftragt, verschiedene Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung zu untersuchen, nachdem das Bundesamt für Justiz (BJ) in einer ersten Stellungnahme verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber der von der Subkommission ursprünglich gewählten Lösung angebracht hatte.

Zugleich soll die jeweilige Bedeutung des stationären Spitalsektors in den einzelnen Kantonen im Vergleich zu den übrigen von einer einheitlichen Finanzierung betroffenen Leistungsbereichen betrachtet werden. Dies vor dem Hintergrund der Frage, wie gross der Anpassungsbedarf in den einzelnen Kantonen zum Erreichen des schweizweit festgelegten Mindestanteils ist und welche Anpassungsfrist allenfalls notwendig wäre. Falls den Kantonen mehr Zeit eingeräumt werden soll, könnte dies über ein späteres Inkrafttreten der Änderungen oder über die Festlegung einer Übergangsfrist in Übergangsbestimmungen erfolgen.

2 Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung

Im heutigen System finanzieren die Kantone einen Teil (mindestens 55 Prozent) der Bruttokosten der Leistungen in einem Teilbereich (Spital stationär) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Auf diesem Teil wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Die Versicherer übernehmen die restlichen Leistungen vollständig. Auf diesem Teil wird von den Versicherten eine Kostenbeteiligung in Form einer Franchise und eines Selbstbehalts erhoben.

Neu sollen die Kantone alle Leistungen mitfinanzieren. Stationäre Leistungen werden neu weniger vom Kanton mitfinanziert und somit für die Versicherer teurer, während ambulante Leistungen neu ebenfalls mitfinanziert werden und für die Versicherer billiger werden. Es stellt sich die Frage, wie mit der Kostenbeteiligung der Versicherten an diesen Leistungen umgegangen werden soll. Diese Frage wurde bereits im Bericht des BAG vom 19. Juni 2017 angesprochen. Verschiedene Möglichkeiten sind denkbar, allerdings hat sich durch die verfassungsrechtlichen Vorbehalte des BJ eine Veränderung der Einschätzung ergeben. Im Folgenden werden die denkbaren Lösungsmöglichkeiten sowie ihre Vor- und Nachteile beschrieben. Entsprechend ihrer Bezeichnung in den Formulierungsvorschlägen werden die Lösungsmöglichkeiten hier ebenfalls als Option 2a, 2b und 2c bezeichnet.

2.1 Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten (Option 2a)

Diese Lösung wurde von der Subkommission an ihrer Sitzung vom 6. Juli 2017 gewählt. Sie entspricht der Variante 3 im Bericht des BAG vom 19. Juni 2017. Die Option 2a sieht vor, dass die Versicherten wie heute im ambulanten Bereich die Kostenbeteiligung auf den Bruttokosten der Leistungen leisten, neu auch im stationären Bereich.

Vorteil dieser Lösung ist die relative administrative Einfachheit. Die Versicherten, welche ihre Franchise noch nicht ausgeschöpft haben, haben im System des *tiers garant* wie heute keinen unmittelbaren Anreiz, ihre Rechnungen dem Versicherer einzusenden. Dieser bleibt so von der Abwicklung dieser Rechnungen entlastet. Allerdings relativiert sich der Vorteil, wenn indirekte Effekte miteinbezogen werden. Die Versicherer selbst haben nämlich einen Anreiz, alle Rechnungen der Versicherten einzufordern oder den *tiers payant* einzuführen, weil sie dafür Mittel des Kantons einfordern können. Auch in dieser Lösung ist also ein leichter Anstieg der administrativen Kosten zu erwarten, wenn auch wohl etwas weniger als in Option 2b.

Nachteil dieser Lösung ist die vom BJ aufgeworfene Frage, ob es verfassungsrechtlich zulässig ist, die Kantone zu verpflichten, den Versicherern Mittel für Kosten zu überweisen, welche diesen gar nicht entstanden sind, sondern von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung getragen werden. Dieser Teil der Kantongelder kommen den Versicherten lediglich indirekt über Prämiensenkungen zugute. Artikel 117 der Bundesverfassung (BV; SR 101) besagt, dass der Bund Vorschriften über die Krankenversicherung erlässt. Es ist unklar, ob dies ausreichend dafür wäre, die Kantone zu den erwähnten Zahlungen zu verpflichten. Die Zulässigkeit dieser Lösung aus verfassungsrechtlicher Sicht ist somit unsicher.

Im Folgenden werden die beiden Haupteffekte dieser Lösung und ihre Folgen auf Prämien, Kostenbeteiligung und kantonale Mitfinanzierung beschrieben.

Effekt der steigenden Kostenbeteiligung im stationären Bereich (Effekt Ia)

Weil neu auch die gesamten Kosten der stationären Leistungen der Kostenbeteiligung unterstehen (heute sind es dort nur maximal 45 Prozent der Kosten), kann es sein, dass Versicherte, welche vor allem stationär, aber kaum ambulant behandelt werden und ihre Kostenbeteiligung noch nicht vollständig ausgeschöpft haben, stärker belastet werden als heute. Es ist unklar, wie viele Versicherte dies betrifft, da davon auszugehen ist, dass viele stationäre Behandlungen so teuer sind, dass die maximale Kostenbeteiligung bereits heute vollständig ausgeschöpft wird. Genauere Aussagen sind nicht möglich, weil dem BAG Individualdaten zu den Behandlungsverläufen, welche nach stationären und ambulanten Leistungen differenzieren, fehlen. Weil die Individualdaten, welche das BAG gegenwärtig im Rahmen von BAGSAN von den Versiche-

ern erhält, nicht zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterscheiden, kann der Effekt nicht abgeschätzt werden. Die SGK-S behandelt momentan die Pa. Iv. 16.411 Eder «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung», in deren Rahmen die Datenlieferungen der Versicherer an das BAG neu geregelt werden sollen. Derzeit ist noch unklar, welche Daten das BAG künftig erhalten wird.

Ambulant behandelte Versicherte werden im Gegenzug nicht entlastet, weil auch dort die Kostenbeteiligung auf den gesamten Kosten erhoben wird, so wie in diesem Bereich bereits heute. Die Kostenbeteiligung steigt in geringem Umfang an, die Prämien sollten im gleichen Umfang sinken. Die Kantonselder sind von diesem Effekt nicht betroffen.

Der maximale Betrag der Kostenbeteiligung pro versicherte Person bleibt unverändert. Der Anstieg der Kostenbeteiligung betrifft also nicht Personen, welche mittlere und hohe Kosten aufweisen und auch selber tragen müssen. Diese bezahlen heute wie in Zukunft die maximale Kostenbeteiligung. Der Anstieg der Kostenbeteiligung betrifft Versicherte, welche relativ tiefe, aber von null abweichende Kosten im stationären Bereich aufweisen. Personen, welche gar keine Kosten aufweisen, sind vom Anstieg der Kostenbeteiligung ebenfalls nicht betroffen. Einem begrenzten Anstieg der Kostenbeteiligung für wenige steht somit eine wohl sehr geringe Senkung der Prämien für alle im gleichen Umfang gegenüber.

Effekt der heute versteckten Kostenbeteiligung in Form von Out-of-Pocket-Zahlungen (Effekt IIa)

Die Versicherer haben neu einen Anreiz, die Versicherten anzuhalten, alle Rechnungen einzusenden. Grund dafür ist, dass die Versicherer vom Kanton Mittel erhalten für alle Kosten, welche sie ausweisen können, da die Kantone die Bruttokosten mitfinanzieren. Wenn die Versicherten Rechnungen nicht einsenden, entgehen den Versicherern Mittel des Kantons. Die Versicherer werden somit versuchen, diejenigen Rechnungen, welche heute Out-of-Pocket bezahlt werden und in keiner Statistik zur Krankenversicherung auftauchen, obwohl sie faktisch Teil der Leistungen nach KVG sind, ebenfalls über sie laufen zu lassen. Im Gegenzug für die zusätzlich erhaltenen Mittel des Kantons können sie die Prämien für ihre Versicherten senken.

Es ist unklar, inwieweit die Versicherten zum Einsenden der Rechnungen bewegt werden können, da sie keinen unmittelbaren Vorteil davon haben und für sie zusätzliche Umtriebe entstehen. Eher ist vermutlich zu erwarten, dass die Versicherer sich gegenüber heute verstärkt darum bemühen werden, mit Leistungserbringern den *tiers payant* zu vereinbaren, wie dies Artikel 42 Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) als Möglichkeit vorsieht. Auch bei der Option 2a ist somit nicht auszuschliessen, dass es indirekt zu einem gewissen Anstieg der administrativen Kosten kommt, wenn neu mehr Rechnungen über die Versicherer laufen, weil die Versicherer es so wünschen, um die kantonale Mitfinanzierung in allen Fällen abzuholen.

Der Effekt betrifft Variante 1 (Pro-Kopf-Zahlung in Verbindung mit Risikoausgleich) und Variante 2 (Kostenerstattung) in gleicher Weise. Ein kleiner Unterschied zwischen den beiden Varianten ist, dass der Anreiz für die einzelnen Versicherer, Rechnungen einzuverlangen oder den *tiers payant* zu vereinbaren, in Variante 1 etwas geringer sein dürfte als in Variante 2. Der Grund dafür ist, dass die administrativen Kosten dafür jeweils bei einem einzelnen Versicherer anfallen, der Nutzen (mehr kantonale Mitfinanzierung) in Variante 1 aber als gesteigener Pauschalbetrag auf alle Versicherer verteilt wird, während er in Variante 2 direkt den einzelnen Versicherern zugutekommt, welche die Kosten ausweisen können. Der Effekt könnte in Variante 1 somit leicht schwächer sein.

Neu würden also auch in dieser Variante tendenziell mehr Kosten als heute über die Versicherer laufen, welche zwar zu den Leistungen nach KVG gehören, aber bisher nicht in der Statistik

auftauchen, weil die Versicherten sie direkt bezahlen. Damit steigen die in der Statistik ausgewiesenen Bruttoleistungen der Versicherer. Die Nettoleistungen der Versicherer bleiben hingegen konstant, weil die Kostenbeteiligung ja nach wie vor eingefordert wird. Die in der Statistik sichtbare Kostenbeteiligung steigt, weil heute ein Teil der faktischen Kostenbeteiligung in der Statistik nicht ausgewiesen wird (Out-of-Pocket-Zahlungen für Leistungen nach KVG in unbekannter Höhe), de facto bleibt die Kostenbeteiligung aber unverändert.

Der Mitfinanzierungsanteil der Kantone ist basierend auf den heutigen Bruttoleistungen festgelegt. Die in der Statistik ausgewiesenen Bruttoleistungen steigen neu in dem Mass, als heute „versteckte“ Out-of-Pocket-Zahlungen zusätzlich in der Statistik auftauchen. Wird der Finanzierungsanteil verwendet, welcher auf Basis der heutigen Statistik berechnet wurde, dürfte der kantonale Finanzierungsanteil etwas steigen, die Prämien würden dafür im gleichen Mass sinken. Alternativ könnte der gesetzlich festgelegte kantonale Finanzierungsanteil im Voraus leicht tiefer angesetzt werden, oder er könnte nach einer Einführungsperiode, in welcher die heute versteckten Kosten sichtbar werden, nach dem Grundsatz der Kostenneutralität angepasst werden. Eine Abschätzung der heute „versteckten“ Out-of-Pocket-Zahlungen im Voraus ist kaum zuverlässig möglich. Möglich ist lediglich eine Eingrenzung des maximal denkbaren Effekts unter unrealistisch hohen Annahmen. Maximal wäre so eine Abweichung im kantonalen Finanzierungsteiler von etwa zwei Prozentpunkten oder 770 Millionen Franken pro Jahr durch diesen Effekt denkbar¹. Es spricht aber sehr vieles dafür, dass diese Eingrenzung stark überhöht ist und der Effekt massiv geringer ausfällt.

Summe der beiden Effekte

Die beiden Effekte in Option 2a können in der Summe dazu führen, dass die Kostenbeteiligung gegenüber heute leicht steigt, die Prämien etwas sinken und der Kantonsbeitrag gegenüber heute etwas steigt. Der zweite Effekt IIa könnte, falls gewünscht, vermieden werden, wenn der Kantonsbeitrag nach einer Einführungsperiode nach dem Grundsatz der Kostenneutralität angepasst würde. Damit würde nur noch ein leichter Anstieg der Kostenbeteiligung und leicht sinkende Prämien verbleiben (Effekt Ia). Dies könnte, falls gewünscht, durch tiefere Franchisenstufen ausgeglichen werden.

2.2 Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Kosten abzüglich kantonalen Mitfinanzierung (Option 2b)

Diese Lösung war im Entwurf der SGK-S von 2005 vorgesehen und entspricht der Variante 1 im Bericht des BAG vom 19. Juni 2017. Diese Variante sieht vor, dass die Versicherten die Kostenbeteiligung lediglich auf den Kosten nach Abzug der kantonalen Mitfinanzierung zu leisten haben. Die Lösung entspricht damit im Bereich der Kostenbeteiligung dem, was heute im stationären Bereich Praxis ist. Der Kanton finanziert (neu über die Versicherer) einen Teil

¹ Dieser maximal denkbare Wert wurde unter unrealistisch hohen Annahmen hergeleitet, ist aber die einzige Möglichkeit zur Eingrenzung. Aus der Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2016 ist bekannt, wie viele Versicherte welche Franchise gewählt haben (Tabelle 7.16). Wir nehmen an, dass alle Versicherten mit Wahlfranchisen jeweils genau so hohe Behandlungskosten aufweisen, wie für ihre Franchisewahl noch rational wäre, gemessen an den Durchschnittsprämien pro Franchisestufe (Tabelle 3.03). In der Praxis wählen viele Versicherte aus Risikoaversion oder Liquiditätsgründen tiefere Franchisen oder sind so gesund, dass sie tiefere oder keine Behandlungskosten haben. Vom erwähnten, in der Praxis viel zu hohen Betrag pro Franchisestufe wird die bezahlte Kostenbeteiligung pro Franchisestufe (Tabelle 2.23) abgezogen. Was resultiert ist der maximal verbleibende Betrag welcher heute versteckt als Out-of-Pocket-Zahlung beglichen werden könnte. Der tatsächliche Umfang dieser Zahlungen dürfte aus den erwähnten Gründen viel geringer sein, kann aber mit den vorhandenen Daten nicht weiter eingegrenzt werden.

der Gesamtkosten, und auf demjenigen Teil, welcher nicht vom Kanton getragen wird, erheben die Versicherer eine Kostenbeteiligung bei den Versicherten.

Vorteil dieser Lösung ist, dass sie verfassungsrechtlich unbedenklich sein sollte. Die Kostenbeteiligung wird nur erhoben auf denjenigen Kosten, welche nicht schon vom Kanton bezahlt wurden. Allenfalls kann es auch für die Kommunikation mit den Kantonen und Versicherten hilfreich sein, wenn die Kantone den Versicherern nicht Geld schulden für Leistungen, welche eigentlich von den Versicherten direkt über die Kostenbeteiligung bezahlt werden. Dieses Geld kommt in Variante 2a lediglich indirekt über Prämienenkungen den Versicherten zugute.

Nachteil dieser Lösung ist, dass die Versicherten im System des *tiers garant* neu einen Anreiz haben, sämtliche Rechnungen der Leistungserbringer einzusenden, um die kantonale Mitfinanzierung beim Versicherer geltend zu machen. Wird die Rechnung nicht eingesendet, verlieren die Versicherten den kantonalen Finanzierungsanteil und müssen ihn selber bezahlen. Der administrative Aufwand der Versicherer wird somit gegenüber heute steigen. Allerdings betrifft dieser Effekt in wohl etwas abgeschwächter Form und aus anderen Gründen auch die Variante 2a.

Im Folgenden werden die beiden Haupteffekte dieser Lösung und ihre Folgen auf Prämien, Kostenbeteiligung und kantonale Mitfinanzierung beschrieben.

Effekt der unterschiedlichen Behandlungsverläufe im ambulanten und stationären Bereich auf die Kostenbeteiligung (Effekt Ib)

Weil neu ein höherer Anteil der Kosten der stationären Leistungen der Kostenbeteiligung unterstehen (heute sind es dort nur maximal 45 Prozent der Kosten, neu 78 Prozent), werden Versicherte, welche vor allem stationär, aber kaum ambulant behandelt werden und ihre Kostenbeteiligung noch nicht vollständig ausgeschöpft haben, stärker belastet als heute.

Umgekehrt werden Personen, welche vor allem ambulant, aber kaum stationär behandelt werden und ihre Kostenbeteiligung noch nicht ausgeschöpft haben, entlastet, weil die Kostenbeteiligung nicht mehr auf 100 Prozent der Kosten, sondern neu nur noch auf 78 Prozent der Kosten erhoben wird.

Wenn die Verteilung der Kosten im ambulanten und stationären Bereich auf die einzelnen Versicherten identisch wäre, würden sich die beiden Effekte genau ausgleichen, die Kostenbeteiligung und die Prämien blieben konstant. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Versicherte, welche im stationären Bereich behandelt werden, die Kostenbeteiligung in den meisten Fällen ohnehin vollständig ausschöpfen. Im stationären Bereich werden also kaum Versicherte zusätzlich belastet. Im ambulanten Bereich hingegen werden wahrscheinlich viele Versicherte behandelt, welche teilweise eher tiefe Kosten aufweisen, welche die Kostenbeteiligung nicht vollständig ausschöpfen. Diese Versicherten werden neu in geringem Ausmass von der Kostenbeteiligung entlastet.

Aufgrund der unterschiedlichen Kostenstruktur im ambulanten und im stationären Bereich ist es deshalb wahrscheinlich, dass die Kostenbeteiligung leicht sinkt. Im Gegenzug würden die Prämien vermutlich leicht steigen, weil die Versicherer bei denjenigen Behandlungen, welche sie neu zu einem höheren Anteil mitfinanzieren müssen (Spital stationär, 78 statt 45 Prozent), in manchen Fällen nicht mehr so viel Kostenbeteiligung einfordern können wie sie in dem Bereich, wo sie entlastet werden (ambulante Behandlungen, 78 statt 100 Prozent), heute noch einfordern können. Die Kantonselder sind von diesem Effekt nicht betroffen.

Genauere Berechnungen zum Umfang des Effekts sind leider nicht möglich. Dafür wären Individualdaten notwendig. Diese stehen dem BAG momentan nicht zur Verfügung (siehe auch Ausführungen im Abschnitt 2.1.).

Effekt der heute versteckten Kostenbeteiligung in Form von Out-of-Pocket-Zahlungen (Effekt IIb)

Weil die Versicherten neu einen Anreiz haben, sämtliche Rechnungen einzusenden, um von der kantonalen Mitfinanzierung zu profitieren, werden die heute "versteckten" Out-of-Pocket-Zahlungen in der Statistik sichtbar, welche eigentlich Teil der Kostenbeteiligung an KVG-Leistungen sind. Der Effekt ist ähnlich wie in Option 2a (Effekt IIa) beschrieben, hat aber andere Folgen. Zudem wirkt er in Variante 1 (Pro-Kopf-Zahlung in Verbindung mit Risikoausgleich) und in Variante 2 (Kostenerstattung) gleichermassen, da der Effekt von den Versicherten selbst ausgeht. Durch die neu in der Statistik sichtbaren höheren Bruttoleistungen der Versicherer steigt der Kantonsbeitrag etwas. Dieser Anstieg betrifft Leistungen für Versicherte, welche die Rechnungen dafür heute nicht an die Versicherer einsenden. Es ist also davon auszugehen, dass sie die von ihnen gewählte Franchise nicht erreicht haben. Die Kostenbeteiligung sinkt deshalb leicht, die Prämien sind von diesem Effekt nicht betroffen².

Summe der beiden Effekte

Die beiden Effekte in Option 2b können in der Summe dazu führen, dass die Prämien und die Mitfinanzierung durch den Kanton etwas ansteigen, während die Kostenbeteiligung sinkt. Der zweite Effekt IIb könnte, falls gewünscht, vermieden werden, wenn der Kantonsbeitrag nach einer Einführungsperiode nach dem Grundsatz der Kostenneutralität angepasst würde. Damit würden nur noch ein gewisser Rückgang der Kostenbeteiligung und etwas steigende Prämien verbleiben (Effekt Ib). Dies könnte, falls gewünscht, durch höhere Franchisenstufen ausgeglichen werden.

2.3 Kantone finanzieren Anteil an Nettoleistungen der Versicherer, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten (Option 2c)

Die Option 2c sieht vor, dass die kantonale Mitfinanzierung an den Nettoleistungen der Versicherer ausgerichtet wird, nicht an den Bruttoleistungen wie in den Optionen 2a und 2b. Die Versicherer erhalten also lediglich kantonale Gelder für Leistungen, welche sie nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten übernehmen. Die Kantone finanzieren lediglich einen Anteil der Leistungen der Versicherer, nicht einen Anteil der gesamten Kosten der Leistungen. Dies stellt gegenüber der heutigen Praxis im stationären Bereich einen Systemwechsel dar.

Vorteil dieser Lösung ist die administrative Einfachheit. Weil der Kanton keine Mitfinanzierung auf der Kostenbeteiligung leistet, haben weder die Versicherer (wie in Option 2a) noch die Versicherten (wie in Option 2b) einen Anreiz, gegenüber heute zusätzliche Rechnungen einzufordern bzw. einzusenden. Es ist aus dieser Quelle also kein Anstieg der administrativen Kosten zu erwarten. Ebenso entfallen Änderungen, die sich aus heute versteckten Out-of-Pocket-Zahlungen ergeben, weil diese weiterhin nicht als Kostenbeteiligung in der Statistik auftauchen.

² Wir vernachlässigen hier den denkbaren Effekt, dass die Versicherten aufgrund der geänderten relativen Preise von ambulanten Behandlungen (Preis sinkt, weil Kanton neu jede Rechnung teilweise mitfinanziert) ihr Konsumverhalten anpassen und aufgrund der für sie persönlich gesunkenen Preise mehr ambulante medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Dieser theoretisch denkbare Effekt hängt von der Preiselastizität der Nachfrage nach medizinischen Leistungen ab, welche nicht beziffert oder abgeschätzt werden kann.

Nachteil dieser Lösung ist, dass sie nicht franchisenneutral ist. Versicherte mit hohen Wahlfranchisen leisten bei gleicher medizinischer Situation eine höhere Kostenbeteiligung als Versicherte mit ordentlicher Franchise. Sie würden aber in Option 2c mit weniger kantonalen Mitteln unterstützt. Dies führt zu zwei Effekten.

Der erste Effekt dürfte sich in der Praxis kaum auswirken. Weil Versicherte mit hohen Franchisen weniger kantonale Mittel erhalten als Versicherte mit tiefen Franchisen in der gleichen medizinischen Situation, könnten die Prämien von Versicherten mit Wahlfranchisen gegenüber heute nach oben verzerrt werden, die Prämien von Versicherten mit ordentlicher Franchise könnten gegenüber heute verbilligt werden. Allerdings ist der Rabatt für Wahlfranchisen bereits heute auf 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos beschränkt, um die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten sicherzustellen. Etwas höhere Kosten für den Versicherer bei hohen Franchisen dürften sich damit in der Praxis nicht auswirken, weil diese Schwelle vermutlich nicht erreicht wird.

Der zweite Effekt ist in der Praxis relevanter. Die Mitfinanzierung durch die Kantone hängt in dieser Option nicht von den gesamten Kosten der Leistungen ab, sondern von den Kosten welche den Versicherern verbleiben. Würden sich im Zeitverlauf mehr Versicherte für eine höhere Franchisenstufe entscheiden oder die Franchisenstufen allgemein angehoben werden (dynamische Betrachtung), würde dies den Kanton gemessen an den Gesamtkosten (inklusive Kostenbeteiligung) entlasten, weil die höhere Kostenbeteiligung auf den gesamten Kosten der Leistungen fällig wird und sich die Kantone nicht daran beteiligen. Wenn der Kanton nur die Nettoleistungen mitfinanziert, wären die Prämien nach einem Anstieg der Kostenbeteiligung höher als wenn der Kanton einen Anteil an den Bruttoleistungen mitfinanzieren würde (dynamische Betrachtung), weil in Option 2c nicht nur die Prämienzahlenden von einem Anstieg der Kostenbeteiligung profitieren (wie in Optionen 2a und 2b), sondern auch der Kanton. Falls dies nicht gewünscht wird, müsste, um eine Entlastung des Kantons (bezogen auf die Gesamtkosten der KVG-Leistungen inklusive Kostenbeteiligung) zu vermeiden, jeweils der im Gesetz festgelegte Finanzierungsteiler angepasst werden.

Würde diese Lösung gewählt, würde (ähnlich wie in Option 2a unter Zwischentitel Effekt Ia beschrieben) die Kostenbeteiligung leicht steigen, weil sie neu auf den gesamten Kosten des stationären Bereichs erhoben würde und nicht mehr wie heute lediglich auf 45 Prozent dieser Kosten. Die Prämien würden im Gegenzug leicht sinken. Falls gewünscht, könnte dies ebenfalls über tiefere Franchisenstufen ausgeglichen werden. Im Unterschied zu Option 2a sinkt in Option 2c auch der Staatsbeitrag, weil dieser auf den Nettoleistungen berechnet wird. Diese sind neu aus dem erwähnten Grund tiefer als heute. Der Rückgang von Prämien und Staatsbeitrag entspricht zusammen dem Anstieg der Kostenbeteiligung.

Zudem würde sich die Berechnung des Finanzierungsteilers gegenüber den Optionen 2a und 2b ändern. Mit derselben Berechnungsweise (Zeitperiode, Datenquellen, Korrektur Übergangsperiode Spitalfinanzierung etc.) resultiert ein Mitfinanzierungsanteil von 25.5 Prozent.

2.4 Überblick über die drei Optionen 2a, 2b und 2c

Sämtliche Optionen haben Vor- und Nachteile und können sich auf Prämien, Kostenbeteiligung und die von den Kantonen zu leistende Mitfinanzierung auswirken. Die folgende Tabelle 1 bietet einen kurzen Überblick dazu.

Tabelle 1: Überblick über die drei Optionen			
	Option 2a: Kantonsanteil an Gesamtkosten, Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten	Option 2b: Kantonsanteil an Gesamtkosten, Kostenbeteiligung auf Kosten nach Kantonsbeitrag	Option 2c: Kantonsanteil an Nettoleistungen der Versicherer, Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten
Prämien	Sinken (Effekte Ia und IIa)	Steigen (Effekt Ib)	Statisch: Sinken (Effekt Ia) Dynamisch: Steigen tendenziell
Kantonsbeitrag	Steigt (Effekt IIa)	Steigt (Effekt IIb)	Statisch: Sinkt (Effekt Ia) Dynamisch: Sinkt tendenziell
Kostenbeteiligung	Steigt (Effekt Ia)	Sinkt (Effekte Ib und IIb)	Steigt (Effekt Ia)
Korrekturmöglichkeiten (Auswahl)	Anpassung Finanzierungsteiler nach Übergangsfrist, tieferer Selbstbehalt, tiefere Franchisenstufen	Anpassung Finanzierungsteiler nach Übergangsfrist, höherer Selbstbehalt, höhere Franchisenstufen	Periodische Anpassung Finanzierungsteiler, tieferer Selbstbehalt, tiefere Franchisenstufen
Anzahl durch Versicherer abgerechnete Rechnungen (Administrative Kosten)	Steigen indirekt	Steigen direkt	Statisch: unverändert Dynamisch: Eventuell steigend
(Verfassungs-) Rechtliche Bewertung	Potentiell problematisch: Zahlungspflicht der Kantone für Leistungen welche nicht direkt vom Versicherer bezahlt werden und den Versicherten nur indirekt über Prämienenkungen zukommen	Unproblematisch	Potentiell problematisch: Ungleichbehandlung Versicherte, Verzerrung zwischen Franchisenstufen, Entlastung Kantone und Mehrbelastung Prämien bei höheren Franchisen im Zeitverlauf (dynamisch)
Weitere Bemerkungen	Versicherer haben Anreize für <i>tiers payant</i>	War in Vorentwurf 2005 vorgesehen	Systemwechsel von Brutto- zu Nettoleistungen

Tabelle 1: Überblick über die drei Optionen

3 Kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors

Gemäss dem Entwurf der Subkommission soll ein landesweit einheitlicher Mindestfinanzierungsanteil festgelegt werden. Die Kantone wären frei, einen höheren Anteil zu wählen. Nach Abschluss der Übergangsfrist nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gilt für den stationären Spitalbereich ein einheitlicher Mindestfinanzierungsanteil von 55 Prozent, der bislang von keinem Kanton überschritten wird. Damit hat in diesem Bereich eine Vereinheitlichung stattgefunden. Die Bedeutung des stationären Spitalbereichs im Vergleich zu den übrigen Bereichen, welche von einer einheitlichen Finanzierung erfasst werden sollen, unterscheidet sich jedoch von Kanton zu Kanton. Deshalb weisen heute nicht alle Kantone denselben Finanzierungsanteil auf, bezogen auf den Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung.

Um beurteilen zu können, ob und wie lange den Kantonen Zeit eingeräumt werden soll, den neuen Mindestanteil zu erreichen, werden im Folgenden die heute bestehenden Unterschiede zwischen den Kantonen und der finanzielle Anpassungsbedarf in den einzelnen Kantonen abgeschätzt. Basis dafür ist die Statistik der OKP. Dort sind die Bruttoleistungen der Versicherer nach Kostengruppe und Kanton aufgeführt³. Mit einem angenommenen Finanzierungsanteil von genau 55 Prozent für stationäre Spitalleistungen lassen sich daraus auch die jeweiligen Kantonsbeiträge für stationäre Leistungen annähern.

Die Abschätzung ist nicht exakt, weil einerseits Zahlungen der Versicherer an Vertragsspitäler in der Statistik der OKP mitgezählt werden, darauf aber keine Kantonsbeiträge geschuldet sind. Dadurch wird der Kantonsanteil tendenziell unterschätzt. Andererseits können Globalbudgets in einzelnen Kantonen dazu führen, dass der Kantonsanteil tendenziell überschätzt wird. Die Bedeutung dieser beiden Faktoren dürfte sich zwischen den Kantonen unterscheiden, weshalb auch eine Betrachtung lediglich der relativen Unterschiede zwischen den Kantonen dadurch verzerrt sein kann.

Die folgende Tabelle zeigt die Angaben der Statistik der OKP für 2016 und die daraus errechnete ungefähre kantonale Mitfinanzierung von stationären Spitalleistungen, jeweils in Franken pro versicherte Person. Daraus folgt der ungefähre kantonale Anteil im Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung. Schliesslich wird noch der Anpassungsbedarf in Millionen Franken pro Jahr für jeden Kanton berechnet⁴, wenn ein genau der schweizweite Durchschnitt erreicht werden soll.

³ Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Tabelle 2.26. Für den Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung mitgezählt werden die Bruttoleistungen der Versicherer für die Leistungsarten Arzt ambulant, Spital stationär, Spital ambulant (ohne Medikamente), Medikamente spitalambulant, Arzt und Apotheke, Physiotherapie, Labor, Mittel und Gegenstände und übrige Leistungen. Nicht in den Geltungsbereich einer einheitlichen Finanzierung eingeschlossen werden die Leistungsarten Pflegeheim und Spitex.

⁴ Dafür werden die Zahlen aus Tabelle 2.26 der Statistik der OKP 2016, welche in CHF pro Versicherten ausgewiesen sind, mit der Anzahl Versicherter pro Kanton (Tabelle 7.03 der Statistik der OKP 2016) multipliziert.

Tabelle 2: Kantonale Finanzierungsanteile und Anpassungsbedarf					
Kanton	Bruttoleistungen Versicherer Geltungsbereich einheitliche Finanzierung, CHF pro Jahr und Person	Bruttoleistungen Versicherer Spital stationär, CHF pro Jahr und Person	Abschätzung kantonale Mitfinanzierung Spital stationär, CHF pro Jahr und Person	Abschätzung Anteil Kanton, Geltungsbereich einheitliche Finanzierung	Abschätzung Anpassungsbedarf in Millionen Franken pro Jahr
ZH	3'497	830	1'015	22.5%	-1.6
BE	3'454	858	1'049	23.3%	-37.6
LU	2'950	706	863	22.6%	-2.4
UR	2'675	774	946	26.1%	-4.8
SZ	3'069	750	917	23.0%	-3.3
OW	2'928	706	863	22.8%	-0.4
NW	2'843	694	848	23.0%	-0.8
GL	3'038	786	960	24.0%	-2.5
ZG	2'915	682	834	22.2%	+1.1
FR	3'198	714	873	21.4%	+13.1
SO	3'560	920	1'124	24.0%	-19.4
BS	4'475	1'216	1'486	24.9%	-27.4
BL	3'994	1'030	1'259	24.0%	-22.3
SH	3'330	863	1'054	24.0%	-5.6
AR	2'963	887	1'084	26.8%	-9.7
AI	2'511	748	915	26.7%	-2.3
SG	3'061	817	999	24.6%	-43.4
GR	2'981	731	894	23.1%	-4.6
AG	3'248	829	1'013	23.8%	-37.2
TG	3'056	828	1'012	24.9%	-26.4
TI	3'703	810	990	21.1%	+22.6
VD	3'755	753	921	19.7%	+100.0
VS	3'251	759	928	22.2%	+3.9
NE	3'585	750	916	20.4%	+17.0
GE	4'335	797	974	18.4%	+99.1
JU	3'565	919	1'124	24.0%	-5.1
CH	3'451	818	1'000	22.5%	0

Tabelle 2: Bruttoleistungen der Versicherer sowie abgeschätzte Leistungen, Mitfinanzierungsanteile und Anpassungsbedarf der Kantone bei einer einheitlichen Finanzierung. Quelle: Statistik der OKP 2016, Tabelle 2.26, sowie Berechnungen BAG.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die kantonalen Finanzierunganteile für den Bereich einer einheitlichen Finanzierung im Jahr 2016 schätzungsweise zwischen 18.4 Prozent und 26.8 Prozent liegen. Fünf Kantone weisen deutlich unterdurchschnittliche kantonale Finanzierungsanteile auf (Abweichung grösser als 0.5 Prozentpunkte): Freiburg, Tessin, Waadt, Neuenburg und Genf. 14 Kantone weisen demgegenüber einen deutlich überdurchschnittlichen Finanzierungsanteil auf (Abweichung grösser als 0.5 Prozentpunkte). Die übrigen Kantone liegen mehr oder weniger im schweizweiten Durchschnitt. In den einzelnen Kantonen ergibt sich ein Anpassungsbedarf von bis zu 100 Millionen Franken zusätzlicher kantonalen Mitfinanzierung pro Jahr (Kantone Waadt und Genf), um den schweizweiten Durchschnitt⁵ zu erreichen. Umgekehrt könnten sich Kantone, welche über dem geforderten Durchschnitt liegen, um bis zu 37 Millionen Franken pro Jahr entlasten (Kantone Bern und Aargau), wenn sie dies möchten.

Diese Schätzungen können als Ausgangspunkt dienen für die Frage, ob und wenn ja, wie lange und auf welche Weise den einzelnen Kantonen eine Übergangsfrist bis zum Erreichen des geforderten Mindestanteils eingeräumt werden soll. Für die Umsetzung einer Übergangsfrist denkbar wäre einerseits ein verzögertes Inkrafttreten der neuen Bestimmungen oder andererseits der Erlass von Übergangsbestimmungen für eine Übergangsperiode, wie dies bei der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung der Fall war.

⁵ In dieser Berechnungsweise beträgt der schweizweite Durchschnitt 22.5 Prozent für das Jahr 2016. Dieser Wert weicht leicht von den Zahlen im Bericht des BAG vom 20. Dezember 2017 ab, da sich Berechnungsmethode und –periode unterscheiden. Da eine Differenzierung pro Kanton notwendig ist, wurden andere Datenquellen verwendet.