

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

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 29. Oktober 2021 in Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Kostenneutralität und finanzielle Auswirkungen auf Kantone und OKP	2
2.1	Grundsatz und Datenverfügbarkeit	2
2.2	Kostenwirkungen für einzelne Kantone	4
2.3	Rolle der individuellen Prämienverbilligung	9
3	Einbezug der Pflegeleistungen	10
3.1	Übergangsfrist	10
3.2	Massgebender Wohnsitz für den Kantonsbeitrag	11
4	Steuerungsmöglichkeiten der Kantone	13
5	Tariforganisation	15
6	Kontrollmöglichkeiten für die Kantone	17
6.1	Wohnsitzkontrolle	17
6.2	Rechnungskontrolle.....	18
6.3	Datenbedürfnisse der Kantone	21
6.4	Abwicklung der Zahlungsflüsse.....	23
7	Sparpotenzial und Anreize für Leistungserbringer im ambulanten Bereich	24
7.1	Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung	24
7.2	Tarife im ambulanten Bereich.....	25
	Anhang: Steuerungsmöglichkeiten Kantone	27

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), zweitens 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. Die Lösungsmöglichkeiten zu Rechnungskontrolle und Datenzugang werden weiterhin mit den Akteuren diskutiert, der vorliegende Bericht des BAG stellt den Zwischenstand der Überlegungen vor. Abschliessend wird nochmals das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung und Anreize für die Leistungserbringer im ambulanten Bereich besprochen (Ziffer 7). 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 Kantone¹ 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.

¹ 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.² 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 für keinen Kanton mehr als ein Prozentpunkt pro Jahr beträgt.

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 relativ wenig 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 relativ stark 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.

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

² Obsan 2020, Ambulant vor stationär, Entwicklung der Kosten. www.obsan.admin.ch > Indikatoren > Gesundheitssystem > Stationäre Gesundheitsversorgung

unterschiedlichen kantonalen Effekten Rechnung tragen. Allgemein folgen die Prämien in den Kantonen langfristig der jeweiligen Kostenentwicklung. Das BAG prüft im Rahmen der Prämien-genehmigung, dass die beantragten Prämien die Kosten decken.

Das BAG führt darüber hinaus ein Monitoring der kantonalen Unterschiede durch, dessen Ergebnis jährlich in der Staatsrechnung³ veröffentlicht wird. Den Anteil der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien an den Gesamtprämien 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.⁴ 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 Kapitalanlagen 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.⁵

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

³ Staatsrechnung 2020, Band 2A, S. 159. www.efv.admin.ch > Finanzberichte > Staatsrechnung

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-83099.html>

⁵ 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 das Register «Alle Versicherer» wählen.

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.⁶

⁶ 2012 wurde die Reform eingeführt, 2016 war das letzte Jahr der Übergangsphase, im Jahr 2017 war die Übergangsphase abgeschlossen. Der in internen Dokumenten des BAG für das Jahr 2004 geschätzte Finanzierungsanteil der einzelnen Kantone an den spitalstationären Leistungen divergierte um über 30 Prozentpunkte. Entsprechend bedeutsam waren die notwendigen Anpassungen hin zum heute minimal geforderten Finanzierungsanteil der Kantone von 55 Prozent. Ein direkter quantitativer Vergleich ist wegen der unsicheren Datengrundlagen schwierig.

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

Kanton	Effektiver Finanzierungsanteil Kanton 2016–2019 (Bruttoleistungen)	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	25,08 %	– 72,4	+ 72,4	+ 4 Fr.	+/- 0
BE	25,50 %	– 75,2	+ 75,2	+ 6 Fr.	+/- 0
LU	25,15 %	– 18,6	+ 18,6	+ 4 Fr.	+/- 0
UR	27,67 %	– 5,4	+ 5,4	+ 12 Fr.	+/- 0
SZ	23,42 %	+ 4,9	– 4,9	– 3 Fr.	+/- 0
OW	24,60 %	– 0,8	+ 0,8	+ 2 Fr.	+/- 0
NW	24,88 %	– 1,4	+ 1,4	+ 3 Fr.	+/- 0
GL	25,00 %	– 1,6	+ 1,6	+ 3 Fr.	+/- 0
ZG	24,09 %	+ 0,2	– 0,2	– 0 Fr.	+/- 0
FR	22,28 %	+ 27,0	– 27,0	– 7 Fr.	+/- 0
SO	24,07 %	+ 0,8	– 0,8	– 0 Fr.	+/- 0
BS	26,56 %	– 31,3	+ 31,3	+ 14 Fr.	+/- 0
BL	25,00 %	– 14,6	+ 14,6	+ 4 Fr.	+/- 0
SH	25,46 %	– 5,4	+ 5,4	+ 6 Fr.	+/- 0
AR	28,10 %	– 10,2	+ 10,2	+ 15 Fr.	+/- 0
AI	28,61 %	– 2,8	+ 2,8	+ 14 Fr.	+/- 0
SG	25,56 %	– 33,4	+ 33,4	+ 6 Fr.	+/- 0
GR	24,79 %	– 6,0	+ 6,0	+ 3 Fr.	+/- 0
AG	23,50 %	+ 19,6	– 19,6	– 2 Fr.	+/- 0
TG	25,99 %	– 23,3	+ 23,3	+ 7 Fr.	+/- 0
TI	21,16 %	+ 58,4	– 58,4	– 14 Fr.	+/- 0
VD	21,02 %	+ 129,9	– 129,9	– 14 Fr.	+/- 0
VS	23,29 %	+ 13,8	– 13,8	– 3 Fr.	+/- 0
NE	21,64 %	+ 23,9	– 23,9	– 11 Fr.	+/- 0
GE	23,09 %	+ 29,6	– 29,6	– 5 Fr.	+/- 0
JU	25,52 %	– 5,7	+ 5,7	+ 7 Fr.	+/- 0
Schweiz	24,12 %	+/- 0	+/- 0	+/- 0 Fr.	+/- 0

Quellen: Statistik der OKP (Tabellen 2.26, 7.06), GDK, Infrac (2021), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2016–2019. Vgl. Tabellen 20 und 21 im Bericht des EDI vom 30. November 2020 für detaillierte Berechnung.

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

Kanton	Effektiver Finanzierungsanteil Kanton 2016–2019 (Bruttoleistungen)	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	21,10 %	+ 37,8	– 37,8	– 2 Fr.	+/- 0
BE	23,14 %	– 69,3	+ 69,3	+ 6 Fr.	+/- 0
LU	21,59 %	+ 1,2	– 1,2	– 0 Fr.	+/- 0
UR	24,64 %	– 3,9	+ 3,9	+ 9 Fr.	+/- 0
SZ	22,01 %	– 2,2	+ 2,2	+ 1 Fr.	+/- 0
OW	21,34 %	+ 0,5	– 0,5	– 1 Fr.	+/- 0
NW	21,74 %	– 0,1	+ 0,1	+ 0 Fr.	+/- 0
GL	23,86 %	– 3,7	+ 3,7	+ 8 Fr.	+/- 0
ZG	21,12 %	+ 2,6	– 2,6	– 2 Fr.	+/- 0
FR	20,37 %	+ 17,0	– 17,0	– 4 Fr.	+/- 0
SO	22,59 %	– 11,6	+ 11,6	+ 4 Fr.	+/- 0
BS	24,67 %	– 34,1	+ 34,1	+ 15 Fr.	+/- 0
BL	23,44 %	– 26,9	+ 26,9	+ 8 Fr.	+/- 0
SH	23,11 %	– 5,2	+ 5,2	+ 5 Fr.	+/- 0
AR	25,46 %	– 8,5	+ 8,5	+ 13 Fr.	+/- 0
AI	25,64 %	– 2,2	+ 2,2	+ 11 Fr.	+/- 0
SG	23,96 %	– 48,0	+ 48,0	+ 8 Fr.	+/- 0
GR	22,73 %	– 8,6	+ 8,6	+ 4 Fr.	+/- 0
AG	22,17 %	– 14,5	+ 14,5	+ 2 Fr.	+/- 0
TG	24,06 %	– 26,9	+ 26,9	+ 8 Fr.	+/- 0
TI	20,52 %	+ 19,8	– 19,8	– 5 Fr.	+/- 0
VD	19,14 %	+ 93,1	– 93,1	– 10 Fr.	+/- 0
VS	21,55 %	+ 1,8	– 1,8	– 0 Fr.	+/- 0
NE	19,71 %	+ 16,2	– 16,2	– 8 Fr.	+/- 0
GE	18,20 %	+ 86,1	– 86,1	– 16 Fr.	+/- 0
JU	24,59 %	– 10,5	+ 10,5	+ 12 Fr.	+/- 0
Schweiz	21,67 %	+/- 0	+/- 0	+/- 0 Fr.	+/- 0

Quellen: Statistik der OKP (Tabellen 2.26, 7.06), GDK, Infras (2021), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zu den Jahren 2016–2019. Vgl. Tabellen 18 und 19 im Bericht des EDI vom 30. November 2020 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 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 Studie⁷ 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.

⁷ Polynomics/HSLU 2020, Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung, siehe 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.⁸ 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,

⁸ 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 sich 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. Curafutura unterstützt eine solche Ausgestaltung, Santésuisse äussert sich nicht dazu. 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.⁹ Ein Stichtag am Ende des Jahres wäre daher ungünstig.¹⁰ 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-/Pflegeheimeintritt) massgebend sein, damit die kantonale Zuständigkeit zu jedem Zeitpunkt klar und vorhersehbar ist.

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 Pflegeheimeintritt) 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.

Mit dieser Lösung wird eine annähernde Kongruenz von Steuerpflicht und Kantonsbeitrag sowie eine Übereinstimmung mit den Regeln für Prämien und ausserkantonalen 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.

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

¹⁰ Zumindest, wenn für ausserkantonalen 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

¹ 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.

² 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

¹ 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.

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

³ 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.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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 Eröffnung der Vernehmlassung ist für Herbst 2021 vorgesehen. 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 Prämienverbilligung¹¹ 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.

Die GDK weist darauf hin, dass zu klären wäre, welche Möglichkeiten der Kanton hat, sich gegen den Prüfentscheid des Versicherers zu wehren, falls er sich selbst nicht als zuständig erachtet. Allein auf das Ermessen des Versicherers abzustellen, ob er in solchen Fällen tätig werden wird oder nicht, ist aus Sicht der GDK nicht genügend. Es müsste klar festgelegt werden, was geschieht, wenn Patienten durch den Leistungserbringer dem falschen Kanton zugeordnet werden, resp. wenn Patienten gar nicht gefunden werden im Verzeichnis (z. B. Neugeborene oder aus dem Ausland Zugezogene).

¹¹ 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 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 6.4) erfolgen. Die Kantone würden anschliessend prüfen, ob die genannten Personen in der von den Versicherern geltend gemachten (Teil-) Periode im Kanton wohnhaft waren, und der GE-KVG allfällige Korrekturen melden. 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. Die Kantone behalten die volle Kontrolle darüber, für welche Personen und für welche Periode von ihnen ein Kantonsbeitrag eingefordert wird.

6.2 Rechnungskontrolle

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.

Diese Rechnungen 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 (siehe auch Ziffer 6.3).

Für die Pflegeleistungen nach KVG entrichten die Versicherer einen nach Pflegebedarf abgestuften Beitrag. Im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung können die Kantone auch die Rechnungsstellung für den Bereich der Restfinanzierung regeln.

Mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG würden sich die Kantone neu auch an ambulanten Leistungen beteiligen. Es stellt sich die Frage, welche Vorkehrungen notwendig sind, dass der von den Kantonen geforderte Kantonsbeitrag an die Kosten der Leistungen nach KVG nur diejenigen Kosten umfasst, welche durch wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen entstehen. Im Bericht des EDI vom 30. November 2020 wurde darauf hingewiesen, dass die Lösungsfindung in diesem Bereich noch im Gange ist.

Verschiedene Vorschläge dazu wurden ins Spiel gebracht, unter anderem von den Kantonen: Eine eventuelle Verstärkung der Aufsicht¹² über die Versicherer, eine Zertifizierung¹³ des Prozesses der Rechnungskontrolle, ein Einsichtsrecht der Kantone¹⁴ in gewisse Rechnungen, die Weiterführung der heutigen dualen Rechnungsstellung¹⁵ im stationären Bereich und ihre Ausdehnung auf den ambulanten Bereich und die Schaffung eines neuen Organs¹⁶ für eine gemeinsame Rechnungsprüfung durch die Kantone und alle Versicherer.

¹² Die Kantone könnten dem Bundesrat beziehungsweise dem BAG Vorschläge machen für die Anforderungen an den Prozess der Rechnungskontrolle respektive für ein Prüfkonzept für den Prozess der Rechnungsprüfung, welche in einem nächsten Schritt unter Einbezug auch der Versicherer geprüft würden und deren Einhaltung anschliessend durch das BAG im Rahmen seiner Aufsicht über die Versicherer überprüft würde. Die Kantone hätten so die Möglichkeit, ihre gewünschten Anforderungen an die Rechnungskontrolle konkret zu formulieren, der Bundesrat respektive das BAG blieben aber für den Entscheid über die Anforderungen und deren Prüfung zuständig und die Versicherer könnten ihre Rechnungskontrolle weiterhin frei gestalten, solange sie wie heute die Minimalanforderungen an den entsprechenden Prozess erfüllen.

¹³ Jährliche Zertifizierung des Prozesses der Rechnungskontrolle von einer der von den Kantonen bezeichneten Revisionsstellen. Der Mehrwert gegenüber den Audits, welche vom BAG jährlich nur bei einem Teil der Versicherer durchgeführt werden, wäre, dass jährlich von unabhängiger Seite bei sämtlichen Versicherern geprüft und zertifiziert würde, dass der Prozess eines Versicherers die definierten Anforderungen erfüllt. Allerdings müssten Doppelspurigkeiten zwischen der Aufsicht des BAG und der jährlichen Zertifizierung durch die Revisionsstelle vermieden werden. Ebenso wäre der genaue Prüfauftrag (Mindeststandards, Vorgehen, Umfang, Berichterstattung etc.) zu definieren. Um zu vermeiden, dass die Versicherer ihren Prüfprozess von 26 verschiedenen, von den einzelnen Kantonen bezeichneten Revisionsstellen prüfen lassen müssen, sollte festgelegt werden, dass von den Kantonen gemeinsam eine Auswahl von Revisionsstellen bezeichnet wird. Eine Zertifizierung des Prozesses der Rechnungskontrolle genügt der GDK nicht. Für die GDK müssen ein Widerspruchsrecht der Kantone gegenüber den Versicherern sowie die Möglichkeit für ergänzende Rechnungskontrollen und Analysen für Planungs- und Steuerungszwecke gewährleistet und die Ausgaben der Kantone jederzeit nachvollziehbar sein. Santésuisse und Curafutura sind der Ansicht, dass eine Zertifizierung des Prozesses der Rechnungskontrolle unnötig Bürokratie schaffen und Innovation und Wettbewerb behindern würde.

¹⁴ Einsichtsrecht der Kantone in die Rechnungen, welche an die Versicherer gehen. Es wäre zu klären, unter welchen Bedingungen dieses Recht gelten soll (etwa ab einem Mindestbetrag der Rechnung), wie es wahrgenommen wird und was die Konsequenzen bzw. der Prozess sind, wenn die Kantone eine bestimmte Rechnungssumme beanstanden.

¹⁵ Weiterführung der heutigen dualen Rechnungsstellung im spitalstationären Bereich (kombiniert mit anderen Lösungsvarianten im ambulanten Bereich) oder auch eine Ausdehnung auf die spitalambulanten oder alle Leistungen nach KVG. Mit einer dualen Rechnungsstellung würden die Kantone nicht nur die Einhaltung der WZW-Kriterien und der Leistungsaufträge im stationären Bereich selbst überprüfen, sondern sie würden zugleich auch über die für sie relevanten Daten für Budgetierung und Steuerung verfügen (siehe auch Ziffer 6.3). Diese Lösung wäre nur in Kombination mit einer Ausrichtung des Kantonsbeitrags auf den Bruttoleistungen möglich, so wie dies heute im spitalstationären Bereich erfolgt. Eine Kombination mit einer Ausrichtung des Kantonsbeitrags auf den Nettoleistungen ist nicht möglich. Eine Ausdehnung der dualen Rechnungsstellung auf den ambulanten Bereich würde aufgrund des dortigen grossen Rechnungsvolumens zu einem gegenüber heute höheren administrativen Aufwand führen. Es müsste definiert werden, ob diese Regelung für alle oder nur für einen Teil der Leistungen, etwa weiterhin lediglich für den spitalstationären Bereich, gelten soll. Die GDK spricht sich für eine Prüfung dieses Modells aus. In spitalstationären Bereich seien die einzelnen Versicherer gar nicht in der Lage, die Einhaltung des Leistungsauftrags (u. a. Vorgaben zur Mengenbeschränkung) zu kontrollieren. Santésuisse und Curafutura lehnen eine duale Rechnungsstellung ab, da sie zu unverhältnismässigem administrativem Mehraufwand führen würde, der den Effizienzgewinn von EFAS zunichtemache: Rund 1,5 Millionen Rechnungen für stationäre Spitalaufenthalte stehen jährlich rund 126 Millionen Rechnungen für ambulante Leistungen gegenüber.

¹⁶ Schaffung eines neuen Organs für die Rechnungsprüfung, welches sämtliche Versicherer und die Kantone, jeweils paritätisch vertreten, vereint. Diese Organisation würde gemeinsam Prüfkriterien etablieren, welche eine einheitliche und revisionstaugliche Prüfung aller Rechnungen ermöglichen würden. Eine solche Organisation würde allerdings dazu führen, dass die Art und Intensität der Rechnungsprüfung bei den einzelnen Versicherern weitgehend vereinheitlicht würde. Die Rechnungskontrolle ist aber, neben

Lösungsmöglichkeit

Das BAG ist weiterhin der Ansicht, dass die Rechnungskontrolle eine der Kernaufgaben der einzelnen Versicherer ist und primär durch sie erfolgen soll. Gleichzeitig erachtet es das BAG als legitim, dass die Kantone eine gewisse Sicherheit benötigen, 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. Im Gegensatz dazu haben die Kantone den Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen.

Eine Stossrichtung für eine Lösung könnte sein, dass einerseits, wie im Bericht des EDI vom 30. November 2020 skizziert, die Aufsicht des BAG über die Rechnungskontrolle gestärkt werden könnte, falls 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.

Parallel dazu könnte für die Kantone ein Widerspruchsrecht bei gewissen Einzelrechnungen geschaffen werden, etwa in Teilbereichen (z. B. stationäre Behandlung) oder oberhalb eines gewissen Rechnungsbetrags. Dieses Widerspruchsrecht wäre für eine effiziente Abwicklung innerhalb einer kurzen Frist wahrzunehmen. Die Rechnungsprüfung für einen Grossteil der ambulanten Rechnungen würde so ausschliesslich durch die Versicherer erfolgen, die Kantone hätten aber die Möglichkeit, in für sie 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. Falls der Versicherer mit dem Widerspruch des Kantons nicht einverstanden ist, müsste ein Streitlösungsmechanismus greifen. Für die Wahrnehmung eines Widerspruchsrechts gegen Einzelrechnungen benötigen die Kantone eine Einsichtsmöglichkeit in gewisse Rechnungen, wobei datenschutzrechtliche Anforderungen zu beachten wären (siehe dazu Ziffer 6.3).

der Gestaltung von Versicherungsmodellen, die Kernaufgabe von miteinander im Wettbewerb stehenden Versicherern. Überlegungen in diese Richtung sind aus Sicht des BAG für die Lösungsfindung für eine einheitliche Finanzierung deshalb nicht zielführend. Die beiden Versichererverbände teilen diese Einschätzung.

Die GDK hingegen ist der Ansicht, dass eine Harmonisierung der Prüfkriterien unter den Versicherern und eine Beteiligung der Kantone an diesem Prozess nicht als Tabu behandelt werden sollten.

6.3 Datenbedürfnisse der Kantone

Neben der Möglichkeit, Rechnungen ergänzend zu prüfen, die Einhaltung der Leistungsaufträge sicherzustellen und im Einzelfall die Kostenübernahme zu verweigern, ist auch die Verfügbarkeit von Daten zur Steuerung der Gesundheitsversorgung und für die Budgetierung ein zentrales Anliegen der Kantone. Es stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten für die Kantone vorhanden oder noch zu schaffen sind, um verzögerungsfrei die für Steuerungs- und Budgetierungszwecke notwendigen Daten zu erhalten.

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 der Versicherer, sondern um die Daten, die über die gesamte Tätigkeit erhoben werden. Die Bestimmung in Artikel 59a Absatz 1 Buchstabe d KVG ist zudem offen formuliert. 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. 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 nKVG¹⁷ 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 zudem pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind. Diese Zwecke 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

¹⁷ 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.

des Risikoausgleichs. Das BAG stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.

Lösungsmöglichkeit

Je nach dem jeweiligen konkreten Zweck der von den Kantonen gewünschten Daten sind aggregierte Daten ausreichend, teilweise sind aber möglicherweise auch Individualdaten (Rechnungsdaten) notwendig, etwa um die Einhaltung der Leistungsaufträge überprüfen zu können.

Eine denkbare Lösungsmöglichkeit wäre, den Kantonen dort, wo Individualdaten sich als notwendig erweisen, Einsicht zu ermöglichen in gewisse Rechnungen, soweit dies für die Kantone zur Überprüfung etwa der Leistungsaufträge im stationären Bereich notwendig ist oder soweit für die Kantone ein erhebliches finanzielles Interesse auf dem Spiel steht (sehr kostspielige ambulante Rechnungen etwa für ambulant durchgeführte Operationen). Die Versicherer könnten verpflichtet werden, den Kantonen Einsicht in gewisse Rechnungen zu ermöglichen. Mit der im Rahmen des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kostendämpfung vorgesehenen 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.

Alternativ könnten auch gewisse Kategorien von Leistungserbringern verpflichtet werden, die elektronische Rechnung (alle oder oberhalb eines bestimmten Betrags) nicht nur an die versicherten Personen (*tiers garant*) beziehungsweise an die Versicherer (*tiers payant*) zu senden, sondern auch an die Kantone.

Es bliebe aber zu klären, wie eine Datenlieferung auch an die Kantone in die zu erarbeitenden Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnung integriert werden und der Schutz der Daten sichergestellt werden könnte. Gegenüber dem heutigen Zustand würde sich noch verschärft 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^{bis} 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.¹⁸ Solche wären zu prüfen.

Die GDK erklärt sich offen dafür, den Stand der Datenschutzregelungen in den Kantonen zu klären und allfällige Lücken vor dem Inkrafttreten einer einheitlichen Finanzierung zu schliessen. Auf kantonalrechtlicher Ebene bestehen laut der GDK vereinzelt solche Bestimmungen. Zudem hätten die Kantone für die Prüfung der Rechnungen im spitalstationären Bereich bereits heute etablierte und sichere Prozesse.

Für die weiteren Datenbedürfnisse der Kantone, für welche aggregierte Daten ausreichen, etwa zur Leistungsmenge pro Sektor oder pro Leistungserbringer, könnten die Versicherer aggregierte Daten liefern. 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

¹⁸ Zudem bliebe aus Sicht des Schutzes von persönlichen Daten auch zu klären, ob und wie die versicherten Personen im System des *tiers garant* auf ihren Wunsch hin weiterhin erreichen können, dass niemand (weder Versicherer noch Kanton, bei gleichzeitigem Verzicht auf die Übernahme der Rechnungskosten durch die OKP) Einsicht in die Rechnung für eine bestimmte Behandlung erhält. Dieses Problem könnte womöglich vermieden werden, wenn eine allfällige Pflicht zur Weiterleitung der Rechnungsdaten die Versicherer statt die Leistungserbringer treffen würde.

Leistungserbringer oder der Versicherer, zumal wenn es sich nicht um Individualdaten pro versicherte Person handelt. Zu klären und optimieren bliebe die Schnelligkeit und Kadenz der Datenlieferung sowie die Sicherstellung des Datenschutzes.

6.4 Abwicklung der Zahlungsflüsse

Die Frage der technischen Abwicklung der Zahlungsflüsse kann unabhängig von der Rechnungsprüfung betrachtet werden. 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 zu den ihnen entstandenen Kosten, für welche sie Beiträge einfordern (siehe Ziffer 6.2), wäre hingegen nicht Aufgabe der GE-KVG. Die Versicherer äusseren sich allerdings weiterhin skeptisch gegenüber einem generellen Einbezug der Kantone in die GE-KVG, unter anderem weil die GE-KVG auch mit anderen Aufgaben betraut ist, welche nur die Versicherer betreffen. Auf der anderen Seite forderte die GDK 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.

Lösungsmöglichkeit

Die Kantone wünschen 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 über einen Einsitz der Kantone in den Stiftungsrat erfolgen. Ein Einbezug der Kantone kann auch über die Bildung eines separaten Ausschusses zur Abwicklung der einheitlichen Finanzierung innerhalb der GE-KVG erreicht werden. 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 bei der Durchführung und Überwachung dieses Prozesses angemessen einzubeziehen sind.

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 substanzvoll. 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).¹⁹ Die Genehmigungsbehörde (je nach Tarifvertrag der Kanton oder der Bundesrat) prüft,

¹⁹ 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: 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>Hauptsächlich Kompetenz Kantone:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zulassung der ambulanten Leistungserbringer - Zulassung der stationären Leistungserbringer <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. KVG²⁰</p> <p>Spital-, Pflegeheim- und Geburtshausplanung: Art. 39 KVG</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>Kompetenz Kantone: Tarifgenehmigung oder Tariffestsetzung 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>Erarbeitung nationale Tarifstrukturen stationär durch Organisation 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-KVG²¹</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>

²⁰ Vorlage 18.047, in Kraft wohl ab 1. Januar 2022

²¹ Botschaft zum Kostendämpfungs-Paket 1

Bereich/Thema	Bisherige oder geplante Kompetenz Kantone	Gesetzliche Grundlage
	Globalbudget für Spitäler und Pflegeheime Zusammenarbeit mit Bund bei Betriebsvergleichen Kantone als Tarifvertragspartei für Präventionsmassnahmen	Globalbudget Spitäler und Pflegeheime: Art. 51 KVG Zusammenarbeit Betriebsvergleiche: Art. 49 Abs. 8 KVG Kantone als Partei Tarifvertrag: Art. 46 Abs. 1 ^{bis} KVG
Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung	Einfrieren Tarife und Preise durch zuständige Genehmigungsbehörde, Beschränkung Anzahl Ärztinnen und Ärzte	Art. 54 – 55a KVG Einfrieren Tarife und Preise: Art. 55 KVG Beschränkung Anzahl Ärztinnen und Ärzte: Art. 55a KVG ²²
Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und Qualität	Kantone sind in Qualitätskommission vertreten	Art. 56 – 59a KVG Vertretung Kantone in Qualitätskommission: Art. 58b KVG ²³
Kostenbeteiligung	Kantone können Ausnahmen vom Verbot der Übernahme der Kostenbeteiligung mit öffentlich-rechtlichen Vorschriften bestimmen	Art. 64 KVG Ausnahmen vom Verbot der Übernahme der Kostenbeteiligung: Art. 64 Abs. 8 KVG
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

²² Vorlage 18.047, in Kraft ab 1. Juli 2021

²³ Vorlage 15.083, in Kraft ab 1. April 2021