

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

**Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020**

---

### **Inhaltsverzeichnis**

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2 Einbezug der Langzeitpflege</b>	<b>8</b>
2.1 Grundlagenarbeiten im Rahmen des Postulats 19.3002.....	9
2.1.1 Kostentransparenz.....	9
2.1.2 Festlegung der Finanzierungsanteile.....	12
2.1.3 Tarifierung.....	16
2.2 Kostenfolgen einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Einbezug der Pflegeleistungen für die einzelnen Kantone.....	18
2.3 Finanzflüsse bei einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Einbezug der Pflege-.... leistungen aus der Sicht von Bund, Kantonen, Versicherern und Versicherten.....	21
2.4 Anpassungsbedarf im Gesetz.....	25
2.4.1 Einbezug der Pflegeleistungen.....	25
2.4.2 Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen.....	26
2.4.3 Vergütung der Pflegeleistungen.....	28
2.4.4 Akut- und Übergangspflege.....	29
2.4.5 Kostentransparenz.....	29
2.4.6 Zuständigkeit für Kantonsbeitrag.....	30
2.4.7 Kostenübernahme bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt.....	31
2.4.8 Übergangsfrist bis zum Einbezug der Pflegeleistungen.....	32
2.4.9 Zusammenfassung des Anpassungsbedarfs und Vorschlag des EDI.....	32

<b>3</b>	<b>Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone</b>	<b>34</b>
3.1	Ausgangslage .....	34
3.2	Regulierung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich .....	35
3.3	Weitere Steuerungsinstrumente .....	36
3.3.1	Vertragsfreiheit und Differenzierung der Tarife .....	36
3.3.2	Zielvorgabe für die Kostenentwicklung .....	37
3.3.3	Motion 20.3914 des SGK-N «Zulassungssteuerung bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen» .....	37
3.4	Fazit und Vorschlag des EDI .....	37
<b>4</b>	<b>Berechnung des Kantonsbeitrags: Brutto- vs. Nettokosten</b>	<b>39</b>
4.1	Kantone finanzieren Anteil an Nettoleistungen der Versicherer, Versicherte .....	39
4.2	Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten .....	43
4.3	Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kosten- .....	45
4.4	Übersicht über die drei Optionen und Vorschlag des EDI .....	48
4.5	Festlegung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag .....	49
4.5.1	Option 1: Finanzierungsteiler für ersten Schritt im Gesetz und Auftrag zur .....	50
4.5.2	Option 2: Finanzierungsteiler im Gesetz für beide Phasen .....	51
4.5.3	Option 3: Finanzierungsteiler im Gesetz für beide Phasen, inkl. Überprüfungsauftrag ..	51
4.5.4	Vorschlag des EDI .....	52
<b>5</b>	<b>Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherer</b>	<b>53</b>
5.1	Vergleich einer Aufteilung proportional zu den entstandenen Kosten mit einer .....	53
5.2	Vorschlag einer offenen Formulierung im Gesetz mit Möglichkeit einer .....	54
5.3	Rechtliche Bewertung des Vorschlags einer offenen Formulierung im Gesetz .....	56
5.4	Vorschlag des EDI .....	57
<b>6</b>	<b>Tariforganisation</b>	<b>59</b>
6.1	Einbezug der Kantone in die Tariforganisation .....	59
6.2	Tariforganisation im stationären Bereich .....	59
6.3	Tariforganisation im ambulanten Bereich .....	59
6.4	Vorschlag des EDI: Ausformulierung Artikel 47a E-KVG (Tariforganisation mit .....	61

<b>7</b>	<b>Technischer Ablauf Finanzierungsmodell</b>	<b>62</b>
7.1	Vorlage des Nationalrates .....	62
7.2	Offene Fragen zum technischen Ablauf.....	63
7.2.1	Benötigte Daten .....	63
7.2.2	Akontozahlungen .....	63
7.2.3	Zahlstelle .....	64
7.3	Vorschlag des EDI .....	65
<b>8</b>	<b>Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle</b>	<b>67</b>
8.1	Aktuelle Situation .....	67
8.2	Rechnungskontrolle.....	68
8.3	Wohnsitzkontrolle .....	72
8.4	Fazit und Vorschlag des EDI .....	73
<b>9</b>	<b>Umgang mit Vertragsspitalern</b>	<b>74</b>
9.1	Problemstellung .....	74
9.2	Kostenvolumen der Vertragsspitaler.....	75
9.3	Lösungsmöglichkeiten und Vorschlag des EDI.....	76
<b>10</b>	<b>Kostendämpfungspotenzial und finanzielle Auswirkungen</b>	<b>78</b>
10.1	Ausgangslage .....	78
10.2	Ambulant vor stationär.....	78
10.3	Koordinierte Versorgung .....	79
10.4	Fazit.....	80
<b>11</b>	<b>Auswirkungen auf die Koordinierte Versorgung</b>	<b>82</b>
11.1	Ausgangslage .....	82
11.2	Auswirkungen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung auf die koordinierte Versorgung .....	82
11.3	Fazit.....	84
<b>12</b>	<b>Mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie</b>	<b>85</b>
<b>13</b>	<b>Zusammenfassung und Regelungsentwurf</b>	<b>87</b>
13.1	Zusammenfassung der Vorschläge des EDI .....	87
13.2	Vorgeschlagene Ergänzungen zum Regelungsentwurf des Nationalrates .....	90
13.3	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln .....	95

<b>14</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>101</b>
	<b>Anhang: Berechnung Finanzierungsteiler und Darstellung Finanzflüsse</b>	<b>103</b>
	Anhang 1: Tabellen zur Berechnung des Finanzierungsteilers .....	103
	Anhang 2: Finanzflüsse KVG-Leistungen im Status quo und bei einheitlicher Finanzierung 2016 und 2030.....	121

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Geschätzte Auswirkungen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Pflegeleistungen auf die einzelnen Kantone.....	20
Tabelle 2: Geschätzte Entwicklung der Ausgaben pro Jahr 2016-2030 .....	24
Tabelle 3: Übersicht zum gesetzlichen Anpassungsbedarf .....	33
Tabelle 4: Rentabilität pro Franchisestufe .....	41
Tabelle 5: Überblick über die drei Optionen.....	48
Tabelle 6: Möglichkeiten zur Festlegung des Finanzierungsteilers .....	50
Tabelle 7: OKP-Ausgaben für alle KVG-Leistungen .....	103
Tabelle 8: OKP-Ausgaben für KVG-Leistungen Spital stationär.....	104
Tabelle 9: OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG .....	105
Tabelle 10: OKP-Ausgaben für übrige Leistungen nach KVG (inkl. ambulante Leistungen)....	106
Tabelle 11: Finanzierungsanteile der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär .....	107
Tabelle 12: Ausgaben der Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär.....	108
Tabelle 13: Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär.	109
Tabelle 14: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege).....	110
Tabelle 15: Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG durch OKP, Pflegebedürftige und Kantone (inkl. Gemeinden) .....	112
Tabelle 16: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip)...	113
Tabelle 17: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoprinzip) ....	115
Tabelle 18: Ausgaben OKP und Kanton für KVG-Leistungen (ohne Pflege).....	117
Tabelle 19: Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege....	118
Tabelle 20: Ausgaben OKP und Kanton für KVG-Leistungen (mit Pflege) .....	119
Tabelle 21: Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege ...	120

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzept zur Umsetzung der Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB) .....	71
Abbildung 2: Finanzflüsse bei unveränderter Finanzierung der KVG-Leistungen .....	
(Status quo, 2016).....	122
Abbildung 3: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären .....	
KVG-Leistungen (ohne Pflege, 2016).....	122
Abbildung 4: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen.....	
(inkl. Pflege, 2016) .....	123
Abbildung 5: Finanzflüsse bei unveränderter Finanzierung der KVG-Leistungen .....	
(Status quo, 2030).....	123
Abbildung 6: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären .....	
KVG-Leistungen (ohne Pflege, 2030).....	124
Abbildung 7: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen.....	
(inkl. Pflege, 2030) .....	124
Abbildung 8: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären .....	
KVG-Leistungen (ohne Pflege, hypothetisches Sparpotenzial 2030).....	125
Abbildung 9: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen.....	
(inkl. Pflege, hypothetisches Sparpotenzial 2030) .....	125

## 1 Einleitung

Anlässlich der Sitzung der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) vom 11. Februar 2020 wurde das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in welchem verschiedene offene Fragen in Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung beleuchtet werden.

Dazu gehören namentlich Fragen zum Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung und die Entwicklung der Finanzflüsse bei den verschiedenen Optionen (Ziffer 2), zu den Steuerungsmöglichkeiten der Kantone (Ziffer 3), zur Berechnung des Kantonsbeitrags (Ziffer 4) und dessen Aufteilung auf die Versicherer (Ziffer 5), zu Tarifstrukturorganisationen (Ziffer 6), zum technischen Ablauf der Finanzierung (Ziffer 7) sowie zur Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle (Ziffer 8), zum Umgang mit Vertragsspitälern (Ziffer 9), zum Kostendämpfungspotenzial (Ziffer 10) und zur koordinierten Versorgung (Ziffer 11). Am 25. Mai 2020 hat die SGK-S zusätzlich den Auftrag erteilt, die möglichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die einheitliche Finanzierung zu erörtern (Ziffer 12).

Der Auftrag der SGK-S umfasste auch, die Kantone in geeigneter Weise einzubeziehen. Zu diesem Zweck und um das vorhandene Fachwissen zu nutzen wurde der Konferenz der gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sowie den beiden Versichererverbänden santésuisse und curafutura am 22. April 2020 ein Fragenkatalog zu diversen Themen zugestellt. Namentlich wurden die GDK und die Versichererverbände aufgefordert, aus ihrer Sicht mögliche Lösungen zu den Themen «Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone im ambulanten Bereich», «Einbezug der Kantone in eine ambulante Tariforganisation», «technische Umsetzung der Daten- und Finanzflüsse» sowie «Vorgehen zur Rechnungsprüfung» zu skizzieren und zu bewerten. Die Antworten der angefragten Organisationen wurden am 8. Juni 2020 den jeweils anderen Organisationen zur Information zugestellt. Die unterschiedlichen Vorstellungen wurden sodann am 3. Juli 2020 im Rahmen eines gemeinsamen Arbeitstreffens diskutiert. Der Berichtsteil zum Einbezug der Langzeitpflege (Ziffer 2) stützt sich massgeblich auf die Resultate einer externen Studie von Polynomics und HSLU (2020), welche im Zuge des Berichts des Bundesrates in Erfüllung der beiden Postulate 16.3352 und 19.3002 erstellt wurde und an deren Erarbeitung die GDK sowie die Verbände der Versicherer und Leistungserbringer im Bereich der Pflege im Rahmen einer Begleitgruppe beteiligt wurden. Die Frist für die Erstellung des Berichts, welche ursprünglich auf den 1. Oktober 2020 festgelegt war, wurde von der SGK-S am 25. Mai 2020 aufgrund der starken Belastung insbesondere der Kantone durch die COVID-19-Pandemie auf den 30. November 2020 erstreckt, um trotzdem einen Einbezug der Kantone in die Erarbeitung zu gewährleisten.

## 2 Einbezug der Langzeitpflege

Der vom Nationalrat am 26. September 2019 beschlossene Entwurf für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen schliesst die Pflegeleistungen nach Artikel 25a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10), welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden (im Folgenden: Pflegeleistungen nach KVG), vom Geltungsbereich der einheitlichen Finanzierung aus. Für diese Leistungen soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) weiterhin Beiträge leisten, welche wie bis anhin durch einen begrenzten Beitrag der Versicherten ergänzt werden. Die Kantone sollen weiterhin für die Restfinanzierung zuständig sein.

Die Kantone fordern allerdings einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung. Sie weisen darauf hin, dass sie im Bereich der Pflegeleistungen mit dem jetzigen System stärker steigende Lasten übernehmen als die OKP und die Patientinnen und Patienten. Um die Finanzierungsanteile von Kantonen und OKP über alle Leistungen nach KVG hinweg konstant zu halten, wäre eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen notwendig. Zudem würden die erhofften Vorteile einer einheitlichen Finanzierung maximiert, wenn Fehlanreize an allen Schnittstellen mit heute unterschiedlicher Finanzierung wegfallen. Mit einer Vereinheitlichung der Finanzierung lediglich der ambulanten und stationären Leistungen verblieben weiterhin Fehlanreize zwischen den Pflegeleistungen ambulant und im Pflegeheim einerseits und den übrigen Leistungen nach KVG andererseits. Diese Fehlanreize sind ähnlich geartet wie an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Sie können die Bemühungen zur Kosteneinsparung beeinträchtigen. Mit Pflegemassnahmen könnten beispielsweise Spitalaufenthalte verhindert werden, und umgekehrt. Mit einer unterschiedlichen Finanzierung kämen die Vorteile von Einsparungen im einen Leistungsbereich aber möglicherweise nicht denjenigen Zahlern (Kanton oder OKP) zugute, welche die dafür notwendigen Kosten in einem anderen Leistungsbereich getragen haben. Dies hat Folgen für die Tarifierung und damit auch für das Verhalten der Leistungserbringer und für die Prämieinsparungen bei alternativen Versicherungsmodellen, welche etwa eine koordinierte Versorgung vorsehen. Mit einer einheitlichen Finanzierung hätten alle Akteure dasselbe Interesse an Kosteneinsparungen. Auch weitere Akteure, namentlich Organisationen der Leistungserbringer im Pflegebereich, erwähnten in der zwischen Mai und September 2018 durchgeführten Vernehmlassung zum Vorentwurf zur Änderung des KVG im Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich, dass sie einen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung in einem zweiten Schritt begrüssen würden.

Aus diesen Gründen hat sich auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 zum Entwurf des Nationalrates vom 5. April 2019 sowie in seinen Stellungnahmen zum Postulat der SGK-N 19.3002 «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» und zur Motion der SGK-N 19.3970 «Einbezug der Langzeitpflege in eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen» für einen Einbezug der Pflegeleistungen ambulant und im Pflegeheim in eine einheitliche Finanzierung ausgesprochen, sofern die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden können, insbesondere die Herstellung von Kostentransparenz. Mit dem Postulat der SGK-N 19.3002 wurde der Bundesrat beauftragt, abzuklären, ob und wie diese Voraussetzungen erfüllt werden können. Der entsprechende Postulatsbericht wurde vom Bundesrat am 25. November 2020 verabschiedet und empfiehlt ebenfalls eine Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung. Die notwendigen Voraussetzungen könnten in einer Übergangsfrist von gut fünf Jahren geschaffen werden. Die Motion der SGK-N 19.3970 hingegen wurde am 10. Dezember 2019 vom Nationalrat abgelehnt.



Im Folgenden wird zuerst auf die Grundlagenarbeiten im Rahmen des Postulats 19.3002 eingegangen (Ziffer 2.1), bevor die Kostenfolgen für die einzelnen Kantone (Ziffer 2.2) und die zu erwartenden Finanzflüsse für Kantone und Bund, Versicherer und versicherte Personen generell bei einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung im Vergleich zu einer einheitlichen Finanzierung ohne Einbezug der Pflegeleistungen sowie einer Weiterführung des Status quo betrachtet werden (Ziffer 2.3). In Ziffer 2.4 werden die möglichen Anpassungen im Gesetz ausgeführt, wenn die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung integriert werden sollen.

## **2.1 Grundlagenarbeiten im Rahmen des Postulats 19.3002**

Damit die Pflegeleistungen vollständig oder teilweise in eine einheitliche Finanzierung integriert werden können, müssen notwendige Grundlagen vorhanden sein. Namentlich muss Transparenz über die vollen relevanten Kosten für Pflegeleistungen nach KVG bestehen. Dafür muss die Qualität der Kostenrechnung und -daten insbesondere im ambulanten Bereich verbessert werden, so dass die Gesamtkosten der Pflegeleistungen nach KVG und damit auch die Finanzierungsanteile zuverlässiger bestimmt werden können. Zudem muss eine neue Lösung für die Tarifierung der Pflegeleistungen gefunden werden, da die bisherige Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung wegfällt.

Im Rahmen der Bearbeitung der Postulate SGK-N 16.3352 «Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger» und 19.3002 «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» wurde vom BAG zur Klärung der offenen Fragen ein externes Mandat vergeben. Die Beratungsfirma Polynomics AG hat zusammen mit der Hochschule Luzern (HSLU) eine Konzeptstudie zur Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung erarbeitet (Polynomics / HSLU 2020). Die Erarbeitung des Berichts wurde von den relevanten Akteuren der Pflegefinanzierung (Verbände der Leistungserbringer und Versicherer, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, Schweizerischer Städteverband und Schweizerischer Gemeindeverband) begleitet. Der Bericht zeigt, welche Grundlagen nötig sind, um

- die Kostentransparenz im ambulanten und im stationären Bereich der Pflege herstellen zu können,
- die Finanzierungsanteile der Kostenträger (OKP, Kantone/Gemeinden, Versicherte) bestimmen zu können sowie um
- die Pflegeleistungen schweizweit einheitlich vergüten zu können.

### **2.1.1 Kostentransparenz**

Der erste Schritt zur Schaffung von Kostentransparenz ist eine klare Abgrenzung der Pflegeleistungen nach KVG von Leistungen, für die keine Finanzierung durch die OKP vorgesehen ist. Darunter fallen Betreuungs- und Hauswirtschafts- oder Hotellerieleistungen sowie gemeinwirtschaftlichen Leistungen. Die Leistungserbringer müssen in der Lage sein, die entsprechenden Kosten transparent auszuweisen. Die heutigen Abgrenzungsprobleme liegen nicht auf der Ebene der Leistungsdefinition und des Leistungskatalogs. Nach Einschätzung von Polynomics / HSLU (2020: 15ff.) ist es in der Praxis mit den vorhandenen Grundlagen möglich, die Pflegeleistungen nach KVG von Betreuungs- oder Hotellerie- bzw. Hauswirtschaftsleistungen abzu-

grenzen. Die Schwierigkeiten liegen vielmehr auf der Ebene der Kostentransparenz und Kostenrechnung, wo eine zu geringe Datenqualität dazu führt, dass keine vollständige Kostentransparenz besteht, sowohl im Bereich der ambulanten Pflege wie auch der Pflege im Pflegeheim.

In der Kostenrechnung des ambulanten Bereichs nicht einheitlich abgegrenzt und umgelegt werden insbesondere Kosten, welche nur indirekt mit der Leistungserbringung verknüpft sind (Sachaufwand, Struktur- bzw. Hintergrundleistungen, «Overhead»). Die Kosten der Leistungserbringung können sich je nach Spezialisierung stark unterscheiden. Deshalb bedingt Kostentransparenz nicht nur eine einheitliche Erfassung und harmonisierte Kostenrechnung. Zusätzlich müssen auch Einflussfaktoren für gerechtfertigte Kostenunterschiede identifiziert werden, damit begründbare Unterschiede von Ineffizienzen im Rahmen von Betriebsvergleichen abgegrenzt werden können (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 23ff.).

Die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 51 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung, KVV; SR 832.102) und die (selbstständigen) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (Art. 49 KVV) werden von der Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR 832.104) nicht erfasst. Es ist heute den Kantonen und Gemeinden iberlassen, welche Grundlage sie zur Berechnung der Restfinanzierungsbeitrage der öffentlichen Hand vorschreiben. Notwendig wären deshalb aus Sicht von Polynomics / HSLU (2020) schweizweit einheitliche Vorgaben zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen sowie eine Validierung der unterschiedlichen Verteil- und Umlageschlüssel für die Zuteilung des direkten Personalaufwands, der indirekten Leistungen sowie der Betriebs- und Infrastrukturkosten auf den Kostenträger Pflege. Ebenfalls notwendig wäre eine einheitliche Erfassung wichtiger Primärdaten. Die heute verwendeten Kostenrechnungsmodelle beruhen auf zu hoch aggregierten Daten und zu wenig ausdifferenzierten Umlagen, so dass die Verteilung der nicht direkt verrechenbaren Kosten auf die Kostenträger zu ungenau ist (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 9).

Pflegeheime und Spitäler bezüglich ihrer Langzeitpflegeabteilung müssen seit dem 1. Januar 2003 eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik gemäss VKL führen und eine Zeiterfassung vornehmen, um die Kosten der Betreuung und der Hotellerie auszuscheiden und die Kosten der Pflegeleistungen zu ermitteln. Sie müssen darüber hinaus Transparenz über die Kosten für gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie Kosten der Versorgungspflicht schaffen, damit Kantone und Gemeinden die Höhe der Restfinanzierung festlegen können. Mit den Handbüchern zur Rechnungslegung und Anlagennutzung von Curaviva (2018/2019) und der Branchenlösung Rechnungswesen und Controlling von H+ (2018) wurden laut Polynomics / HSLU (2020) grundsätzlich gute Grundlagen geschaffen, um die Datenerfassung der Betriebe und die Kostenrechnungen zu vereinheitlichen. Die Abgrenzung des Personalaufwands für Pflegeleistungen nach KVG ist aber insgesamt unterschiedlich genau und unterliegt den Vorgaben und der Kontrolle der restfinanzierenden Kantone oder Gemeinden. Dies führt dazu, dass die Kostenrechnungen interkantonal zum Teil nicht vergleichbar sind (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 33).

Der Schlüssel zur Herstellung der Kostentransparenz liegt laut Polynomics / HSLU (2020) in einer Verbesserung der Datenqualität und der Verfahren zur Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen. Unmittelbar notwendige Massnahmen zur Herstellung der Kostentransparenz wären damit (vgl. Polynomics / HSLU 2020, insbesondere 67f.):

- im Bereich der ambulanten Pflege der Erlass von Bestimmungen zur einheitlichen Kostenermittlung und Leistungserfassung;
- die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der bestehenden Kostenrechnungsmodelle, um die notwendige höhere Auflösung der Daten sicherzustellen und validierte Umlage- und Verteilschlüssel definieren zu können;
- eine Übersicht über die kantonalen (und sofern nötig kommunalen) Vorgaben und Weisungen mit Auswirkungen auf die Rechnungslegung, um die bestmöglichen Vorgaben identifizieren zu können sowie als Grundlage für eine einheitliche Erfassung der kantonalen und kommunalen (Restfinanzierungs-)Beiträge und allfällige weitere Harmonisierung;
- der Aufbau eines kantonsübergreifenden Benchmarksystems, unter anderem um die heutige Restfinanzierung verlässlich und vergleichbar abzubilden und um gerechtfertigte Kostenunterschiede zwischen den Leistungserbringern identifizieren zu können, damit es möglich ist, aussagekräftige Betriebsvergleiche vorzunehmen; sowie
- die Verwendung von Kennzahlen als Führungsinstrument zu fördern, um Datenqualität und Kosteneffizienz zu steigern und gleichzeitig zur Qualitätsentwicklung beizutragen.

Die unmittelbar notwendigen Massnahmen wären sinnvollerweise primär von den Tarifpartnern und den Kantonen zu ergreifen, der Bund könnte die Arbeiten wo nötig unterstützend begleiten. Der Bund wäre je nach den vom Gesetzgeber erlassenen Bestimmungen gefordert, auf Verordnungsebene Bestimmungen zu erlassen, welche eine harmonisierte Kostenrechnung der Leistungserbringer und eine einheitliche statistische Erfassung der Kosten von Pflegeleistungen nach KVG und Beiträge der öffentlichen Hand an diese erleichtern können.

Der Umsetzungszeitraum für diese unmittelbar notwendigen Massnahmen beträgt laut Polynomics / HSLU (2020: 68) ab Beschluss einer entsprechenden Regelung zwischen vier und fünf Jahre. Die Verbesserung der Kostentransparenz ist komplex, weil eine Reihe von Massnahmen auf verschiedenen Ebenen ergriffen werden muss und alle relevanten Akteure dazu ihren Beitrag leisten müssen. In verschiedenen Bereichen bestehen bereits wichtige Ansatzpunkte, weshalb Initiativen und Kräfte gebündelt werden könnten. Der Umsetzungszeitraum hängt stark ab von den Anforderungen an die Leistungserbringer und an die Kennzahlen der Kostentransparenz, von der Koordination und Kooperationsbereitschaft der Akteure sowie von der Art und vom Umfang der Finanzierung der notwendigen Schritte.

Später umsetzbar, das heisst auch nach einem allfälligen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung, wären verbindliche Massnahmen wie eine Weiterentwicklung der Kennzahlensysteme sowie die Einbindung von Qualitätsindikatoren und von Unterschieden in den Versorgungsstrukturen. Die Umsetzungsdauer dieser Massnahmen dürfte vor allem mit Blick auf den Einbezug der Qualitätsdimension eher bei zehn Jahren ab Beschluss einer entsprechenden Regelung liegen (vgl. Polynomics / HSLU 2020: 68f.).

### 2.1.2 Festlegung der Finanzierungsanteile

Durch die geschilderten Mängel im Bereich der Kostentransparenz können mit den heute vorliegenden Informationen die genauen Finanzierungsanteile der Kostenträger, insbesondere der Kantone, nicht exakt ermittelt werden. Erstens weist ein Teil der Leistungserbringer in der Kostenrechnung die Restfinanzierung beziehungsweise die Deckungsbeiträge der öffentlichen Hand nicht eindeutig dem Kostenträger für die Erträge aus Pflegeleistungen nach KVG zu. Zweitens führen die zahlreichen Arten kantonaler Zusatz- und Defizitbeiträge und unterschiedliche kantonale Vorgaben dazu, dass die Kostenrechnungsdaten in den Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED und Spitex-Statistik) nicht einheitlich erfasst und so abgegrenzt werden können, dass der Anteil der Beiträge für Pflegeleistungen nach KVG genau bestimmt werden kann.

Die Kantone verfügen im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung über einen beträchtlichen Spielraum zur Festlegung von deren Höhe. Die Versorgungs- und Kostenstrukturen unterscheiden sich zudem zwischen den Kantonen. Es gilt, eine normative Entscheidung zu treffen, inwieweit die Ist-Situation mit den aktuellen Restfinanzierungsbeiträgen respektive den kantonal oder kommunal anerkannten Kosten der Pflegeleistungen analog zur einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen ohne Pflege als Referenz anerkannt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es angesichts der vom Gesetz her zugelassenen Handlungsspielräume bei der Ausgestaltung der Restfinanzierung und Steuerung und Planung der Versorgung eine laut Polynomics / HSLU (2020) praktisch unlösbare Herausforderung wäre, eine theoretisch begründete und ideale Soll-Referenz aus den vorliegenden Daten herauszuarbeiten.

Im Vordergrund stünde somit wohl ein pragmatischer Ansatz, in welchem der für alle Kantone verbindliche Mindestfinanzierungsanteil basierend auf den heutigen, von Kanton zu Kanton unterschiedlichen Versorgungs-, Kosten- und Finanzierungsstrukturen festgelegt würde, analog zum Vorgehen bei den ambulanten und stationären Leistungen. Um die Finanzierungsanteile aus den Leistungserbringerstatistiken zuverlässig und direkt den relevanten BFS-Statistiken entnehmen zu können, wären nach Polynomics / HSLU (2020: 45) erstens eine klar definierte, einheitliche Erfassung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen nach KVG unter den Ertragsarten Pflege und deren Zuweisung zu den Kostenträgern Pflege, zweitens harmonisierte und verbesserte Kostenrechnungen der Leistungserbringer bei gleichzeitigem Aufbau von aussagekräftigen Benchmarkstrukturen und drittens eine Steigerung der Datenqualität sowie eine Validierung der Daten, die in die SOMED bzw. Spitex-Statistik einfließen, notwendig.

Vor diesem Hintergrund gibt es grundsätzlich zwei Varianten zur Bestimmung der Finanzierungsanteile. Die Anforderungen des Gesetzgebers an die Genauigkeit der Abschätzung der Finanzierungsanteile und die zur Verfügung stehende Zeitdauer bestimmen, welche Variante geeigneter ist.

Bei der ersten Variante werden die Finanzierungsanteile mit Hilfe der heute verfügbaren Daten grob abgeschätzt. Die ex-ante-Berechnung der prozentualen Finanzierungsanteile der drei Finanzierungsregimes OKP, Beitrag der Versicherten und öffentliche Hand (Kantone/Gemeinden) könnte, falls gewünscht, mit den realen Finanzdaten am Ende der Übergangszeit der Einführung der einheitlichen Finanzierung nachjustiert werden. Eine grobe Abschätzung der Finanzierungsanteile sowie eine Nachjustierung dürften jeweils etwa ein Jahr in Anspruch nehmen.

In der zweiten Variante werden die Finanzierungsanteile erst festgelegt, nachdem die Kostentransparenz ein bestimmtes Niveau erreicht hat. Zwingend notwendige Arbeitsschritte in dieser Variante sind erstens der Aufbau eines kantonsübergreifenden Benchmarksystems, damit die

Unterschiede in den anerkannten Kosten und bei den Erträgen aus den drei Finanzierungsregimes der Pflegeleistungen nach KVG identifiziert werden können. Zweitens bräuchte es eine Übersicht über die Rechenschaftspflichten der Leistungserbringer als Grundlage für harmonisierte Kostenrechnungen. Der Umsetzungszeitraum für diese Variante entspricht der Zeitdauer für die unmittelbar notwendigen Massnahmen zur Umsetzung der Kostentransparenz von vier bis fünf Jahren (ab Beschluss einer entsprechenden Regelung), zuzüglich der gewünschten Anzahl Jahre, basierend auf welchen der Finanzierungsanteil festgelegt werden soll. Der vom Nationalrat beschlossene Finanzierungsteiler etwa stützte sich auf den Durchschnitt von vier Jahren, damit zufällige Effekte in einem Jahr nicht ein zu grosses Gewicht erlangen.

Im Sinne der ersten Variante hat das Beratungsbüro Infrac im Auftrag der GDK eine Schätzung des Finanzierungsanteils der Kantone und ihrer Gemeinden vorgenommen (Infrac 2019). Da dieser Finanzierungsanteil wie oben dargelegt nicht direkt den heutigen Leistungserbringerstatistiken entnommen werden kann, hat Infrac eine direkte Erhebung bei den Kantonen vorgenommen und die Zahlen – zum Teil in einem iterativen Prozess – plausibilisiert und in Hochrechnungen und Abschätzungen eingebettet. Laut Polynomics / HSLU (2020) hat Infrac den aktuellen Möglichkeitsspielraum ausgeschöpft und auf belastbarem und pragmatischem Weg die aktuellen Finanzierungsanteile der Kantone mit den heutigen Statistiken und Zusatzerhebungen zur Validierung eingegrenzt. Bei einzelnen Kantonen könnte mit der heutigen Datelage zusätzlich überprüft werden, ob regionale oder kantonale Benchmarkplattformen (wie z. B. Benchmark Zentralschweiz oder Datenerhebungen der Kantonalverbände Spitex und Curaviva) zur Plausibilisierung und Ergänzung der kantonalen Angaben aus der direkten Erhebung oder zur Ableitung von betriebspezifischen oder kantonalen durchschnittlichen Restfinanzierungsbeiträgen für die ertragsseitige Hochrechnung herangezogen werden könnten.

Bedingt auch durch die Datenverfügbarkeit berücksichtigt die Studie von Infrac (2019) allerdings keine normativen Fragen, inwieweit die heutigen Beiträge der Kantone eine grosszügige oder restriktive Restfinanzierung darstellen (siehe Felder / Straumann 2019) und auch nicht die Frage, in welchem Ausmass eine Quersubventionierung der Pflegeleistungen nach KVG durch die Leistungen Betreuung und Hotellerie oder Hauswirtschaft in einzelnen Betrieben oder Kantonen erfolgt. Eine nicht ausgewiesene Quersubventionierung der Pflegeleistungen nach KVG durch Einnahmen aus Betreuungs-, Hauswirtschafts- oder Hotellerieleistungen hat zur Folge, dass die Kosten und die eigentlich notwendige Restfinanzierung der Pflegeleistungen nach KVG unterschätzt werden. Der Finanzierungsanteil des Kantons würde somit zu tief angesetzt. Die Studie von Infrac (2019) konnte zudem die Kosten und Finanzierungsanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen (Ausbildung, ergänzende Beratung und Koordination) nicht ausschneiden oder den Einfluss von heutigen Investitionskostenzuschüssen, die günstige Abtretung von Land oder Gebäuden oder sonstige Zusatzaufwendungen abschätzen. Die Klärung dieser Aspekte ist stark an einheitlichere Finanzierungsmodelle, eine stärkere Harmonisierung und Validierung der betrieblichen Kostenrechnungen, den Aufbau von Benchmarkplattformen und in letzter Folge auch an eine verbesserte Datenqualität in den Leistungserbringerstatistiken geknüpft.

In einem ersten Schritt schätzte Infrac (2019: 57) die Höhe der gesamten, aktuellen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG (Ausgaben der OKP plus Patientenbeteiligung plus Restfinanzierung durch Kantone und Gemeinden plus weitere indirekte Beiträge der Kantone). Die gesamten Kosten der Pflegeleistungen nach KVG beliefen sich demnach im Jahr 2016 auf 5,5 bis 5,7 Milliarden Franken. Davon trugen Kantone und Gemeinden 2,2 bis 2,5 Milliarden Franken, die OKP trug 2,8 Milliarden Franken. Der Finanzierungsanteil der Kantone für Pflegeleistungen nach KVG betrug nach dieser Herleitung im Jahr 2016 schätzungsweise 38 bis 40 Prozent,

derjenige der OKP betrug 48 bis 50 Prozent. Die Patientenbeteiligung machte demnach 11 bis 12 Prozent aus.<sup>1</sup>

Diese Schätzungen widerspiegeln eine gewisse Unsicherheit im Pflegebereich. Auch die Herleitung der Mitfinanzierung der stationären Leistungen, das heisst Leistungen, welche im Spital erbracht werden, ist jedoch nicht frei von Unsicherheiten. Je nach verwendeter Methodik und Statistik (Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens des BFS respektive Statistik der OKP des BAG in Kombination mit Angaben der GDK zum Finanzierungsteiler in den einzelnen Kantonen) resultieren unterschiedliche Werte für die Mitfinanzierung der Kantone im stationären Bereich.

Das Total der Ausgaben für stationäre KVG-Leistungen werden hier auf der Grundlage der Angaben zu den Ausgaben der OKP gemäss der offiziellen Statistik des BAG (Statistik der OKP, vgl. Tabelle 8 im Anhang) berechnet. Die OKP-Ausgaben für stationäre Leistungen werden kombiniert mit den Angaben der Kantone zum Finanzierungsanteil für die stationären Leistungen (GDK 2018),<sup>2</sup> um die Ausgaben der Kantone für stationäre Leistungen nach KVG herzuleiten (vgl. Tabelle 12 im Anhang). In einem nächsten Schritt werden die Beiträge der Kantone und der Versicherer so korrigiert, dass in allen Kantonen in allen bei der Berechnung berücksichtigten Jahren gerade ein Finanzierungsanteil von 55 Prozent erreicht wird (vgl. Anhang, Tabelle 13: Hypothetische Ausgaben OKP und Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär).

Alternativ ist eine Abschätzung der Mitfinanzierung des stationären Bereichs durch die Kantone über die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens möglich. Dort werden die Beiträge der Kantone direkt erhoben. Allerdings ist die Abgrenzung der Mitfinanzierung der Leistungen nach KVG durch die Kantone von anderen Zahlungen der Kantone, etwa für gemeinwirtschaftliche Leistungen, schwierig. Die Leistungen der Kantone für die Mitfinanzierung des stationären Bereichs fallen mit dieser Herleitung deutlich tiefer aus als mit der Herleitung über die Statistik OKP und die Angaben der GDK.<sup>3</sup> Gründe für diese Abweichungen könnten die wie erwähnt schwierige Abgrenzung zwischen KVG-relevanten und anderen Zahlungen

---

<sup>1</sup> Vgl. Tabelle 15 im Anhang für detaillierte Berechnung.

<sup>2</sup> Ab 2017 betrug der Finanzierungsanteil mit Ausnahme von Basel-Stadt bei allen Kantonen 55 Prozent, vgl. Tabelle 11 im Anhang.

<sup>3</sup> Laut der Auswertung auf Basis der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens leisteten die Kantone im Jahr 2016 eine Mitfinanzierung von KVG-Leistungen im stationären Bereich (ohne Leistungsart Langzeitpflege im Spital) im Umfang von 6,947 Milliarden Franken. Im Vergleich zu den Leistungen der Versicherer im stationären Bereich (ohne Leistungsart Langzeitpflege im Spital) von 6,735 Milliarden Franken entspricht dies einem Finanzierungsanteil der Kantone von 50,8 Prozent. Der Betrag für die Mitfinanzierung der Kantone wird auf den nach Abschluss der Einführungsphase nach der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung geforderten Mindestanteil von 55 Prozent hochgerechnet. So resultiert mit dieser Methodik ein für die Berechnung zu verwendender Betrag für die Mitfinanzierung durch die Kantone von 7,525 Milliarden Franken, also zusätzlich 578 Millionen Franken. Spiegelbildlich wird der Wert für die Mitfinanzierung durch die Versicherer um denselben Betrag reduziert.

Laut der Statistik der OKP (Tabelle 2.26, Sicht der Leistungsart) übernahmen die Versicherer im Jahr 2016 Leistungen im stationären Bereich im Umfang von rund 6,819 Milliarden Franken (vgl. Tabelle 8 im Anhang), also etwa 84 Millionen Franken mehr als laut der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Kombiniert mit den Angaben der GDK zu den von den einzelnen Kantonen festgelegten Finanzierungsteilern (GDK 2018, siehe auch Tabelle 11 im Anhang), lässt sich die Mitfinanzierung durch die Kantone errechnen, da die Leistungen der Versicherer pro Kanton bekannt sind (Tabelle 2.26 der Statistik OKP). Auf diese Weise wird ein Finanzierungsteiler über alle Kantone hinweg von 54,1 Prozent ermittelt sowie eine Mitfinanzierung von 8,038 Milliarden Franken, also 1,091 Milliarden mehr, als auf Basis der Statistik Kosten und Finanzierung

der Kantone (wie gemeinwirtschaftliche Leistungen) in der Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens sein oder auch Unschärfen in der Abgrenzung zwischen den Leistungsarten Akut- und Langzeitpflege im Spital sowie bei der Zuordnung von Globalbudget-Zahlungen zu KVG-Leistungen und anderen Leistungen der Spitäler.

Mit der Verwendung der Statistik OKP in Kombination mit den Angaben der GDK kann für die relativ unsichere Ermittlung der KVG-relevanten Mitfinanzierung durch die Kantone auf die Angaben der GDK abgestellt werden, weswegen vorliegend diese Herleitung verwendet wird. Die deutlich tieferen Zahlen bei einer Herleitung über die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens weisen aber auf eine gewisse Unsicherheit auch im stationären Bereich hin.

Kombiniert man die Resultate der Studie von Infrac (2019) für die Pflegeleistungen im Jahr 2016 mit den für die Mitfinanzierung des stationären Bereichs durch die Kantone hergeleiteten Werten für dasselbe Jahr, ergibt sich ein Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden an allen Leistungen nach KVG von 27,5 bis 27,9 Prozent der Nettoleistungen der Versicherer (vgl. Tabelle 17 im Anhang).<sup>4</sup> Die von Infrac (2019) geschätzte Bandbreite der Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die Kantone bewirkt somit einen Unsicherheitsbereich von 0,4 Prozentpunkten. Würde die Mitfinanzierung der Kantone im stationären Bereich hingegen über die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens ermittelt, resultierten um ungefähr einen Prozentpunkt tiefere Finanzierungsanteile.<sup>5</sup> Im Vergleich zum absolut gesehen tieferen Kostenvolumen der Pflegeleistungen ist die Unsicherheit im Pflegebereich somit zwar grösser als im stationären Bereich. Da bei Letzterem aber ein grösseres Volumen betroffen ist, sind die Auswirkungen der Unsicherheit auf den Prozentwert des Finanzierungsteilers im stationären Bereich aber womöglich vergleichbar oder sogar grösser als im Bereich der Pflegeleistungen.

Da die Schätzung der Finanzierungsanteile von Infrac (2019) für den Bereich der Pflegeleistungen nur für das Jahr 2016 vorliegt, kann ein kombinierter Finanzierungsanteil der Kantone und

---

des Gesundheitswesens hergeleitet wurde. Der Betrag für die Mitfinanzierung der Kantone wird auf den gesetzlich vorgesehenen Mindestanteil von 55 Prozent hochgerechnet. So resultiert mit dieser Methodik ein für die Berechnung zu verwendender Betrag für die Mitfinanzierung durch die Kantone von 8,171 Milliarden Franken, also zusätzlich 133 Millionen Franken. Spiegelbildlich wird der Wert für die Mitfinanzierung durch die Versicherer um denselben Betrag reduziert (vgl. Tabelle 13 im Anhang für detaillierte Berechnung).

<sup>4</sup> Würde der Kantonsbeitrag an den Bruttoleistungen der Versicherer ausgerichtet, betrüge der Finanzierungsanteil der Kantone und Gemeinden an allen Leistungen nach KVG zwischen 24,7 und 25,1 Prozent der Bruttoleistungen (vgl. Tabelle 16). Da im beobachteten Zeitraum noch nicht alle Kantone einen Finanzierungsanteil von 55 Prozent erreicht hatten, wird der Finanzierungsbeitrag der Kantone auf einen Wert von 55 Prozent hochgerechnet und der Beitrag der Versicherer im gleichen Umfang reduziert. Wenn sich durch diese hypothetische Hochrechnung die Belastung der OKP durch stationäre Leistungen reduziert, wird sich im gleichen Zug auch die Kostenbeteiligung der Versicherten für stationäre Leistungen leicht reduzieren. Für die Entwicklung der Nettoleistungen der Versicherer muss deshalb eine Annahme getroffen werden, wie sich die hypothetische Reduktion der Belastung der OKP auf die Kostenbeteiligung und auf die Nettoleistungen auswirkt. Die Analyse ergab, dass alle plausiblen Annahmen dazu Unterschiede im Finanzierungsanteil von weniger als 0,1 Prozentpunkten bewirkten. Im Sinne einer möglichst einfachen Darstellung wird daher angenommen, dass die durch die Hochrechnung bewirkte Reduktion der Belastung der OKP vollumfänglich den Nettoleistungen zugute kommt und die Kostenbeteiligung konstant bleibt (vgl. Tabelle 17).

<sup>5</sup> Für das Beispieljahr 2016 betrüge der Finanzierungsanteil der Kantone an allen Leistungen nach KVG bei Herleitung über die Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, kombiniert mit den Resultaten von Infrac (2019) für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen durch die Kantone, zwischen 26,4 und 26,9 Prozent der Nettoleistungen respektive zwischen 23,6 und 24,0 Prozent der Bruttoleistungen.

Gemeinden für alle Leistungen nach KVG momentan nur für dieses Jahr hergeleitet werden. Der Nationalrat entschied sich dafür, den festzulegenden Finanzierungsanteil auf die letzten vier damals verfügbaren Datenjahre abzustützen. Zurzeit wären dies aus Sicht der Statistiken Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Statistik der OKP die Jahre 2015 bis 2018. Für die ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflegeleistungen) beträgt der Finanzierungsanteil der Kantone in dieser Periode zwischen 25,8 und 24,0 Prozent der Nettoleistungen (vgl. Tabelle 13 im Anhang). Generell sinkt der Finanzierungsanteil der Kantone an diesen Leistungen, d. h. ohne Pflegeleistungen, pro Jahr im Durchschnitt um ungefähr 0,5 Prozentpunkte, mit Schwankungen von Jahr zu Jahr. Im Bereich der Pflegeleistungen hingegen könnte der Finanzierungsanteil der Kantone von Jahr zu Jahr leicht steigen, allerdings in unbekanntem Ausmass. Falls gewünscht wäre, die Herleitung des Finanzierungsteilers auf mehrere Jahre abzustützen, könnte die Studie von Infrac (2019) für weitere Jahre repliziert werden.

Eine allfällige Abschaffung der heute neben der ordentlichen Kostenbeteiligung bestehenden zusätzlichen Patientenbeteiligung (Beitrag der Versicherten) spezifisch für Pflegeleistungen hätte nur dann Auswirkungen auf den festzulegenden Finanzierungsteiler, wenn der wegfallende Beitrag der Versicherten ganz oder mehrheitlich von der OKP oder von den Kantonen übernommen würde. Falls der wegfallende Beitrag der Versicherten gleichmässig von OKP und Kantonen übernommen würde, hätte dies keine Auswirkungen auf den Finanzierungsteiler. Hingegen könnte zur Kompensation der zusätzlichen Belastung der OKP bei einem eventuell gewünschten Wegfall des Beitrags der Versicherten eine Erhöhung von Franchise oder Selbstbehalt ins Auge gefasst werden (vgl. Ziffer 2.4.2).

Der Finanzierungsteiler könnte, falls gewünscht, zu einem späteren Zeitpunkt wieder angepasst werden, etwa falls sich zeigt, dass eine Umstellung der Finanzierung nicht kostenneutral erfolgt ist. Es wäre am Gesetzgeber zu entscheiden, ob ein solcher Finanzierungsteiler gestützt auf die heute verfügbaren, allenfalls aktualisierten Daten festgelegt werden soll oder ob mit einem entsprechenden Beschluss zugewartet werden soll, bis eine Verbesserung der Kostentransparenz erzielt werden konnte (schätzungsweise fünf Jahre, zuzüglich weiterer Jahre, falls die Daten mehrerer Jahre in die Berechnung einfließen sollen).

### **2.1.3 Tarifierung**

Bei einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung würden die heutige Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung ebenso wegfallen wie die Beiträge der OKP, welche nach Pflegebedarf ausgerichtet werden. Entsprechend müsste eine neue Lösung für die Tarifierung gefunden werden. Die Tariffindung ist grundsätzlich Sache der Tarifpartner und allenfalls der Kantone. Es läge also an diesen Akteuren, innerhalb der Möglichkeiten, welche das KVG bietet, einen geeigneten Tarif zu finden und sich auf ein zielführendes Vorgehen dazu zu verständigen. Dem Bundesrat käme die Aufgabe zu, einen Tarifvertrag, welcher landesweit gelten soll und auf welchen sich die Tarifpartner geeinigt haben, zu prüfen und zu genehmigen. Die Tarifpartner und allenfalls die Kantone werden in ihrem Handeln aber durch die Rahmenbedingungen beeinflusst, welche vom Gesetzgeber festgelegt werden, besonders in drei Punkten: Erstens durch die im Gesetz zugelassenen oder vorgeschriebenen Tarifarten, zweitens durch den bis zu einer Umstellung der Finanzierung vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten Zeitrahmen und drittens durch eine vom Gesetzgeber allenfalls vorgeschriebene nationale Tariforganisation.

Das KVG gibt den Tarifpartnern die Möglichkeit, Zeittarife, Einzelleistungstarife oder Pauschaltarife zu vereinbaren. Jede Tarifart hat Vor- und Nachteile. Es muss insbesondere zwischen den Anreizen für eine effiziente Leistungserbringung (insbesondere bei Pauschaltarifen)



und den Anreizen für eine patientengerechte Pflege (bspw. mittels einer genügend differenzierten Tarifstruktur) abgewogen werden. Idealerweise wird deren Ausgestaltung aufgrund der Kostenstruktur bestimmt. Je stärker die Kosten statistisch streuen (z. B. über verschiedene Patientinnen und Patienten oder Leistungen), desto eher ist eine differenzierte Abgeltung sinnvoll. Je weniger sie streuen, d. h. je homogener die Kosten innerhalb einer Gruppe sind, desto eher können Pauschalvergütungen ins Auge gefasst werden. Falls gewünscht wird, dass die Definition von passenden Tarifen wie bei anderen Leistungen nach KVG primär den Tarifpartnern obliegt, könnte im Gesetz auf spezifische Vorschriften zur Tarifart für Pflegeleistungen verzichtet werden. Alternativ könnte der Gesetzgeber Vorgaben zu den zugelassenen Tarifen machen, etwa einen Einzelleistungstarif ausschliessen. Die aktuelle Struktur der Beiträge der OKP für Pflegeleistungen hat Ähnlichkeiten mit einem Pauschal- und einem Zeittarif, nicht jedoch mit einem Einzelleistungstarif. Ein solcher drängt sich deshalb für die Tarifierung der Pflegeleistungen eher nicht auf, zumal einzelne Leistungen im Pflegebereich vermutlich auch schwierig und aufwändig zu erfassen wären und auch weil ein Einzelleistungstarif weniger Anreize gegen Mengenausweitung bietet.

Im Gesetz wäre in den Übergangsbestimmungen ein Zeitrahmen zu definieren, bis zu dem eine geänderte Finanzierungslösung in Kraft tritt und bis zu welchem demnach auch ein Tarif gefunden sein muss. Je nach Zeitdauer kommen für die Tarifpartner unterschiedliche Möglichkeiten zur Tariffindung überhaupt in Frage. Die vom BAG in Auftrag gegebene Studie (Polynomics / HSLU 2020) untersuchte auch die Frage, in welchem Zeitrahmen den Tarifpartnern welche Möglichkeiten zur Tarifgestaltung offen stünden.

Innert fünf Jahren, also ähnlich dem minimal benötigten Zeitrahmen für die Herstellung einer besseren Kostentransparenz (vgl. Ziffer 2.1.1) könnten die Tarifpartner die Struktur der heutigen OKP-Beiträge weiterentwickeln. Diese wurde nicht als Tarifstruktur konzipiert, welche die Vergütung der Leistungserbringer bestimmt, sondern sie wurde auf das Zusammenspiel mit einer möglicherweise differenzierteren Restfinanzierung durch die Kantone angelegt. Verschiedene Kantone haben laut Polynomics / HSLU (2020) etwa bei Pflegeheimen zusätzliche Pflegebedarfsstufen spezifiziert oder entrichten Zuschläge für gewisse Leistungen (z.B. Palliativpflege oder Gerontopsychiatrie/Demenz). Auch im ambulanten Bereich entrichten einzelne Kantone und Gemeinden zusätzlich zur Abgeltung von Normkosten Zuschläge für gewisse Leistungen (z.B. Kinderspitex, psychiatrische Pflege oder Nacht- und Wochenendzuschläge). Wenn solche berechtigten Kostenunterschiede vom Tarif nicht abgebildet werden, wäre nicht auszuschliessen, dass Anreize bestünden, nicht alle notwendigen Leistungen zu erbringen, die Leistungsqualität zu reduzieren oder Patientinnen und Patienten zurückzuweisen. Einige Anpassungen an der heutigen Beitragsstruktur wären von den Tarifpartnern somit wohl vorzunehmen, soweit dies innert des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens möglich wäre, beispielsweise über eine vertiefte Evaluation der heute bestehenden kantonalen Regelungen und eine Prüfung, ob eine bestehende kantonale Umsetzungslösung zur Übernahme auf nationaler Ebene geeignet ist. Allenfalls müsste geprüft werden, ob mit aus dem Spitalbereich bekannten Instrumenten wie Planung und Aufnahmepflicht verhindert werden kann, dass ein unsachgemässer Benchmark und zu wenig differenzierte Tarife Patientenselektion zur Folge haben.

Innert rund zehn Jahren könnten die Tarifpartner laut Polynomics / HSLU (2020) eine explorative, datenbasierte Entwicklung einer Tarifstruktur vorsehen, um ein möglichst gutes oder jedenfalls verbessertes Verhältnis zwischen Effizianzanreizen und Anreizen für eine patientengerechte Pflege zu schaffen. Ein Erfolg wäre aber nicht garantiert und der Datenbedarf ist hoch, auch wenn verschiedene patientenbasierte Daten bereits heute vorhanden sind. Notwendig wären Angaben zu den Kosten pro pflegebedürftige Person, was im Bereich der ambulanten Pflege bereits erfüllt ist. Bei der Pflege im Pflegeheim wäre hingegen eine Zeiterfassung notwendig.

Zusätzlich werden Daten über die Diagnose der Patientinnen und Patienten sowie Strukturdaten benötigt. Solche Daten sind teilweise bereits heute verfügbar, und eine Analyse könnte auch auf einer repräsentativen Stichprobe beruhen. Falls vom Gesetzgeber eine raschere Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung gewünscht und vorgegeben wird, ist auch denkbar, dass sich die Tarifpartner für eine Kombination der beiden Varianten entscheiden, was für diese aber auch eine zweimalige Tarifentwicklung innert relativ kurzer Zeit mit sich bringen würde.

Der Gesetzgeber könnte Vorschriften machen zur Art, wie die Tarifpartner und allenfalls die Kantone einen Tarif erarbeiten. Im stationären Bereich ist gesetzlich vorgegeben, dass die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist. Fehlt eine derartige Organisation, wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Es könnte vom Gesetzgeber vorgesehen werden, eine solche Organisation auch für die Tarifierung der Pflegeleistungen vorzusehen. Generell ist es vorteilhaft, einen Rahmen vorzugeben, in dem zukünftige Tarifverhandlungen und Weiterentwicklungen der Tarifstruktur stattfinden (Polynomics / HSLU 2020).

## **2.2 Kostenfolgen einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Einbezug der Pflegeleistungen für die einzelnen Kantone**

Der Mindestfinanzierungsanteil des Kantons an den stationären Leistungen wurde im Rahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf 55 Prozent vereinheitlicht. Die Bedeutung des stationären Bereichs im Vergleich zu den ambulanten Leistungen nach KVG unterscheidet sich aber von Kanton zu Kanton. Wenn ein landesweit einheitlicher Mindestfinanzierungsanteil des Kantons an allen ambulanten und stationären Leistungen festgelegt wird, welcher einen kostenneutralen Übergang für die Gesamtheit aller Kantone gewährleisten soll, wird es deshalb auf Ebene der einzelnen Kantone im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung zu Mehr- oder Minderbelastungen kommen, welche sich in der Summe aller Kantone gerade aufheben. Kantone, in welche der stationäre Bereich heute eine kleine und der ambulante Bereich eine grosse Bedeutung hat, werden stärker belastet, da sie ihren Finanzierungsanteil auf das Mindestniveau erhöhen müssen. Umgekehrt können sich Kantone, in welchen der stationäre Bereich eine grosse und der ambulante Bereich eine kleine Bedeutung hat, entlasten, falls sie ihren Finanzierungsanteil auf das geforderte Mindestniveau beschränken möchten. Zur Abfederung der zu erwartenden Mehrbelastungen in einzelnen Kantonen sah der Nationalrat in seinem Entwurf während einer Übergangsfrist von drei Jahren einen Anstieg des Finanzierungsanteils von 1.5 Prozentpunkten pro Jahr vor, bis der geforderte Mindestanteil erreicht wird. Bei einem Anstieg des Finanzierungsanteils um lediglich einen Prozentpunkt pro Jahr, wie von einigen Kantonen gefordert, würde die Übergangsfrist vier Jahre dauern.

Bei einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ergeben sich analoge Verschiebungen, weil sich der Anteil der Pflegeleistungen am gesamten Kostenvolumen der Leistungen nach KVG zwischen den Kantonen unterscheidet. Allerdings sind die Unterschiede in diesem Bereich, bezogen auf den Finanzierungsanteil aller Leistungen, auch aufgrund des geringeren betroffenen Volumens weniger gross. In der folgenden Tabelle werden die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kantone ohne und mit Einbezug der Pflege in eine einheitliche Finanzierung abgeschätzt. Eine Mehrbelastung eines Kantons entspricht jeweils einer Verminderung der Prämiensumme in diesem Kanton im selben Ausmass, und umgekehrt. Basis für die Schätzungen sind die Angaben der GDK zum Finanzierungsteiler der Kantone für die stationären Leistungen und die Schätzungen von Infrac (2019) zur Restfinanzierung der einzelnen Kantone für die Pflegeleistungen, kombiniert mit der Statistik OKP zu

den Bruttoleistungen der OKP nach Leistungsart und Kantonen,<sup>6</sup> jeweils für das Jahr 2016. Da insbesondere die Schätzungen zur Restfinanzierung der einzelnen Kantone für Pflegeleistungen teilweise grosse Bandbreiten aufweisen, handelt es sich nur um ungefähre Werte, welche stark schwanken können. Verwendet wurde für die Restfinanzierung der Kantone jeweils der Durchschnitt von unterer und oberer Schätzung durch Infrac (2019). Die Auswirkungen bei den Nettoleistungen dürften ähnlich sein, da die Struktur der Kostenbeteiligung durch die Versicherten sich nicht systematisch zwischen den Kantonen unterscheiden dürfte. Die Zahlen zu Nettoleistungen liegen allerdings nicht direkt in der Statistik der OKP vor.

Unterschiede zwischen den Kantonen kommen durch die unterschiedliche Versorgungsstruktur zustande, aufgrund des grösseren Volumens primär im stationären und ambulanten Bereich und weniger durch die Bedeutung der Restfinanzierung der Pflegeleistungen. Die möglichen Entlastungen oder Belastungen fallen in grösseren Kantonen naturgemäss höher aus. Der Kanton Bern etwa würde bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen um 49 Millionen Franken und bei einem Einbezug der Pflegeleistungen um bis zu 62 Millionen Franken jährlich entlastet. Bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen würde der Kanton Genf am stärksten belastet (zusätzliche jährliche Belastung von 92 Mio. Fr.), bei einer einheitlichen Finanzierung mit Pflegeleistungen würde der Kanton Waadt am stärksten belastet (zusätzliche jährliche Belastung von 114 Mio. Fr.). Im Kanton Bern würden die OKP-Prämien entsprechend steigen, in den Kantonen Genf und Waadt würden sie sinken.

Wenn in einem ersten Schritt die Pflegeleistungen noch nicht einheitlich finanziert werden sollen, würde es sich anbieten, im Sinne der Kantone die Anpassung auf einen Prozentpunkt pro Jahr zu beschränken und damit die Übergangsfrist bis zum Erreichen des minimalen Finanzierungsanteils auf vier Jahre zu erstrecken. Bei einem Einbezug der Pflegeleistungen nach insgesamt sieben Jahren, d.h. vier Jahre nach Inkrafttreten der einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflege) hätten bei Einbezug der Pflegeleistungen alle Kantone gerade den minimalen Finanzierungsanteil für ambulante und stationäre Leistungen erreicht. Für den Einbezug der Pflegeleistungen könnte hingegen auf eine Übergangsfrist verzichtet werden, da im Bereich der Pflegeleistungen die Unterschiede zwischen den Kantonen weniger gross sind. Wenn im Bereich der ambulanten und stationären Leistungen (ohne Pflege) alle Kantone einen einheitlichen Finanzierungsanteil erreicht haben, machen die Abweichungen im Bereich der Pflegeleistungen bei den meisten Kantonen ungefähr einen Prozentpunkt oder weniger aus. Lediglich drei Kantone<sup>7</sup> müssten im zweiten Schritt voraussichtlich eine Anpassung des Finanzierungsteilers von mehr als einem Prozentpunkt vornehmen.

---

<sup>6</sup> Statistik der OKP, Tabelle 2.26 (Bruttoleistungen nach Leistungsart und Kantonen)

<sup>7</sup> Schwyz, Genf und Jura: Anpassung um voraussichtlich 1,4, 2,08 respektive 1,22 Prozentpunkte notwendig (Berechnung basierend auf Daten zu Kosten des Jahres 2016). Der Kanton Schwyz könnte eine sprunghafte Entwicklung zudem vermeiden, wenn er sich in der Übergangsfrist freiwillig weniger schnell entlasten würde als gesetzlich möglich. Der Kanton Genf beteiligt sich relativ wenig an den ambulanten und stationären Leistungen, aber relativ stark an den Pflegeleistungen. Der Kanton Genf muss in der Übergangsfrist den Anteil an den ambulanten und stationären Leistungen schrittweise erhöhen, kann sich nach Einbezug der Pflegeleistungen aber freiwillig wieder entlasten. Insofern handelt es sich um einen isolierten Anstieg der Belastung des Kantons und eine entsprechende vorübergehende Prämienenkung während lediglich eines Jahres am Ende der Übergangsfrist. Auch der Kanton Genf könnte eine sprunghafte Entwicklung vermeiden, wenn er sich nach Einbezug der Pflegeleistungen freiwillig weniger schnell entlasten würde als gesetzlich möglich.

**Tabelle 1: Geschätzte Auswirkungen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Pflegeleistungen auf die einzelnen Kantone**

Kanton	Einheitliche Finanzierung ohne Pflege		Einheitliche Finanzierung mit Pflege	
	Effektiver Finanzierungsanteil 2016 (Bruttolst.)	Anpassungsbedarf	Eff. Finanzierungsanteil 2016 (Bruttolst.)	Anpassungsbedarf
ZH	21,92 %	+ 19,0 Mio. Fr.	25,59 %	- 53,8 Mio. Fr.
BE	23,29 %	- 49,4 Mio. Fr.	26,02 %	- 62,2 Mio. Fr.
LU	22,05 %	+ 2,4 Mio. Fr.	25,46 %	- 10,5 Mio. Fr.
UR	25,54 %	- 4,3 Mio. Fr.	28,33 %	- 5,2 Mio. Fr.
SZ	22,70 %	- 3,0 Mio. Fr.	23,91 %	+ 6,4 Mio. Fr.
OW	22,19 %	+ 0,0 Mio. Fr.	25,37 %	- 0,8 Mio. Fr.
NW	22,39 %	- 0,3 Mio. Fr.	25,11 %	- 0,4 Mio. Fr.
GL	23,72 %	- 2,4 Mio. Fr.	25,20 %	- 0,6 Mio. Fr.
ZG	21,66 %	+ 2,5 Mio. Fr.	24,76 %	+ 0,5 Mio. Fr.
FR	20,87 %	+ 16,6 Mio. Fr.	23,19 %	+ 23,3 Mio. Fr.
SO	23,42 %	- 14,9 Mio. Fr.	24,91 %	- 0,7 Mio. Fr.
BS	25,24 %	- 34,0 Mio. Fr.	26,94 %	- 26,3 Mio. Fr.
BL	23,96 %	- 26,0 Mio. Fr.	25,42 %	- 9,1 Mio. Fr.
SH	23,46 %	- 4,3 Mio. Fr.	25,65 %	- 3,1 Mio. Fr.
AR	26,18 %	- 8,7 Mio. Fr.	28,81 %	- 10,0 Mio. Fr.
AI	26,11 %	- 2,1 Mio. Fr.	28,43 %	- 2,2 Mio. Fr.
SG	24,60 %	- 48,6 Mio. Fr.	26,09 %	- 27,7 Mio. Fr.
GR	23,06 %	- 6,6 Mio. Fr.	25,40 %	- 4,7 Mio. Fr.
AG	23,20 %	- 27,3 Mio. Fr.	24,71 %	+ 4,4 Mio. Fr.
TG	24,29 %	- 22,3 Mio. Fr.	25,97 %	- 13,1 Mio. Fr.
TI	21,10 %	+ 18,3 Mio. Fr.	23,61 %	+ 24,0 Mio. Fr.
VD	19,69 %	+ 90,1 Mio. Fr.	22,08 %	+ 113,6 Mio. Fr.
VS	21,91 %	+ 4,2 Mio. Fr.	24,53 %	+ 5,2 Mio. Fr.
NE	20,36 %	+ 14,9 Mio. Fr.	22,75 %	+ 19,9 Mio. Fr.
GE	18,35 %	+ 92,2 Mio. Fr.	23,62 %	+ 34,5 Mio. Fr.
JU	23,97 %	- 6,0 Mio. Fr.	25,17 %	- 1,2 Mio. Fr.
Schweiz	22,21 %	+/-0	24,86 %	+/-0

Quellen: Statistik der OKP (Tabelle 2.26), GDK, Infrac (2019), Berechnungen BAG auf Basis der Zahlen zum Jahr 2016. Vgl. Tabelle 18, Tabelle 19, Tabelle 20 und Tabelle 21 im Anhang für detaillierte Berechnung.

### **2.3 Finanzflüsse bei einer einheitlichen Finanzierung ohne und mit Einbezug der Pflegeleistungen aus der Sicht von Bund, Kantonen, Versicherern und Versicherten**

Die für die Zukunft zu erwartende Finanzierungslast für Kantone und OKP unterscheidet sich je nachdem, welches von drei Szenarien vom Gesetzgeber gewählt wird. Erstens könnte am heutigen System einer unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie am System von Beiträgen der OKP und gleichzeitiger Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen festgehalten werden (Status quo). Zweitens könnten ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert werden bei gleichzeitigem Beibehalten der heutigen Regelung der Pflegefinanzierung. Drittens könnten alle Leistungen nach KVG einheitlich finanziert werden.

Im Anhang 2 sind die Finanzflüsse der drei Szenarien für die Jahre 2016 und 2030 grafisch detailliert dargestellt. Basis dafür ist die Annahme, dass eine Umstellung der Finanzierung 2016 erfolgt wäre. Das Jahr 2016 wurde gewählt, weil dafür als einziges Jahr Daten zur Aufteilung der Finanzierung zwischen OKP einerseits und Kantonen und Gemeinden andererseits vorliegen. Ausgehend von einer Umstellung im Jahr 2016 werden die Effekte auf die Finanzflüsse bis im Jahr 2030 berechnet. Dazu werden jeweils Annahmen über die erwartete Kostenentwicklung bis 2030 in den einzelnen Bereichen (ambulant, stationär, Pflegeleistungen) getroffen. Bei einem späteren Umstellungszeitpunkt als 2016 sind die Effekte auf die Finanzflüsse grundsätzlich dieselben, die bis 2030 entstehenden Unterschiede zwischen den Szenarien sind allerdings kleiner, da ja ab 2016 noch einige Jahre im Status quo verbracht würden.

Bei einer Weiterführung des Status quo würden die OKP und damit die Prämienzahlenden sowie durch die Prämienverbilligung auch der Bund durch die fortlaufende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich stärker belastet, während sich die Kantone in diesem Bereich anteilmässig entlasten könnten, soweit sie nicht in gleichem Umfang die Prämienverbilligung erhöhen. Umgekehrt würde im Bereich der Pflegeleistungen die Belastung der OKP und damit der Prämienzahlenden zwar ebenfalls ansteigen, allerdings etwas weniger stark als diejenige der Kantone. Bei einem Festhalten an der bestehenden Pflegefinanzierung ohne Anpassung der Beiträge der OKP würden die Kantone einerseits Preissteigerungen im Bereich der Pflegeleistungen alleine tragen, da sich die OKP nur an den Mengensteigerungen beteiligt. Die OKP und damit die Prämienzahlenden würden somit anteilmässig in diesem Bereich anteilmässig etwas entlastet. Die Projektionen bis zum Jahr 2045 der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) zeigen allerdings, dass die OKP bei einer Weiterführung des Status quo auch künftig die Hauptlast des Ausgabenwachstums tragen wird, wenn nicht nur die Ausgaben für den Pflegebereich, sondern für das Gesundheitswesen insgesamt betrachtet werden.<sup>8</sup>

Kommt eine einheitliche Finanzierung lediglich der ambulanten und stationären Leistungen zustande, also unter Ausschluss der Pflegeleistungen, für welche die bis anhin geltenden Beiträge der OKP unverändert gelten würden bei gleichzeitiger Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung, wäre gegenüber der Beibehaltung des Status quo eine weniger starke Zu-

---

<sup>8</sup> Gemäss den Projektionen der EFV werden sich die gesamten Ausgaben der OKP im Jahr 2045 auf knapp 41 Milliarden Franken belaufen (plus 18,6 Milliarden Franken im Vergleich zum Jahr 2011), davon 5,8 Milliarden Franken für den Bereich Langzeitpflege. Die Gesundheitsausgaben der Kantone und Gemeinden werden 2045 rund 34,6 Milliarden Franken betragen (ebenfalls plus 18,6 Milliarden Franken im Vergleich zum Jahr 2011), davon 11,3 Milliarden Franken für die Langzeitpflege (vgl. Bundesrat 2016: 114).

nahme der Kosten für die OKP und damit die Prämienzahlenden zu erwarten, während die Kantone stärker belastet würden (vgl. Infrass 2019).<sup>9</sup> Die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen bliebe fortan ohne Auswirkung auf den Finanzierungsanteil von Kantonen und OKP, weil ambulante und stationäre Leistungen einheitlich finanziert würden. Hingegen würden die Kantone aufgrund ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen weiterhin einen steigenden Anteil der Kosten der Pflegeleistungen übernehmen, da die OKP bei konstanten Beiträgen zwar die Mengenzunahme weitgehend mitträgt, nicht aber allfällige Preissteigerungen. Für die OKP und die Prämienzahlenden sowie den Bund alleine betrachtet wäre diese zweite Variante somit am vorteilhaftesten, während sie für die Kantone am unvorteilhaftesten wäre. Dies gilt jedoch nur für den Fall, dass die Beiträge der OKP vom Bundesrat dauerhaft nicht angepasst werden. Zudem ist die Höhe der Prämienverbilligung durch die Kantone heute nicht genau definiert, so dass unklar ist, wie sich die Belastung der Kantone unter Einbezug der Prämienverbilligung entwickeln würde. Da eine einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen die Kantone von allen drei Varianten am stärksten belastet und die OKP und damit die Prämienzahlenden am stärksten entlastet, wäre mit der heutigen Regelung der Prämienverbilligung durch die Kantone nicht auszuschliessen, dass sie eine Mehrbelastung durch die Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen mit einer verringerten Prämienverbilligung auszugleichen suchen.

Bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG würde der Finanzierungsanteil von Kantonen und OKP nicht nur im Bereich der ambulanten und stationären Leistungen stabilisiert, sondern über alle Leistungen hinweg. Neu würden nicht mehr nur die Zunahme der Menge der Pflegeleistungen, sondern auch Preissteigerungen von der OKP mitgetragen. Bezogen lediglich auf die Pflegeleistungen würde die Kostenzunahme für die OKP deshalb etwas stärker ausfallen als im Status quo. Bezogen auf alle Leistungen nach KVG ändert das Bild. Zwar lassen einerseits die Projektionen EFV (vgl. hierzu Bundesrat 2016) erwarten, dass die Kosten für Pflegeleistungen angesichts der alternden Bevölkerung in den kommenden Jahren im Vergleich zu den anderen Leistungen nach KVG prozentual überdurchschnittlich zunehmen werden. Andererseits müsste die OKP mit einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen die Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen nicht mehr alleine tragen. Bei einer Fortsetzung des Status quo würde die absolute Mehrbelastung der OKP durch die volumenmässig bedeutendere Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen deshalb vermutlich grösser ausfallen als die Mehrbelastung der OKP durch eine einheitliche Finanzierung der Pflegeleistungen. Im Vergleich zum heutigen System würde die OKP und damit die Prämienzahlenden und über die Prämienverbilligung auch der Bund also mutmasslich von einer einheitlichen Finanzierung leicht entlastet werden, auch wenn die Pflegeleistungen miteinbezogen werden (vgl. Infrass 2019, basierend auf den Projektionen der EFV und des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan). Umgekehrt würden die Kantone bei einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen stärker belastet als im Status quo, aber deutlich weniger stark als bei einer einheitlichen Finanzierung lediglich der ambulanten und stationären Leistungen. Wiederum ist unklar, wie sich die Belastung der Kantone unter Einbezug der Prämienverbilligung

---

<sup>9</sup> Gemäss den Schätzungen von Infrass (2019: 51ff.) würde die OKP bei einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG (ohne Pflegeleistungen) im Jahr 2030 mit zusätzlichen Ausgaben in der Höhe von 11,3 Milliarden Franken belastet (im Vergleich zu den Ausgaben im Jahr 2016, + 40 %), im Status quo betrüge die Zusatzbelastung 12,7 Milliarden Franken (+ 45 % gegenüber 2016). Die Kantone hätten bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflege zusätzliche Ausgaben für Leistungen nach KVG in der Höhe von 4,7 Milliarden Franken (+ 49 % gegenüber 2016) zu tragen, im Status quo betrügen die Mehrausgaben 3,3 Milliarden Franken (+ 34 %).

durch die Kantone entwickeln würde, da deren Höhe heute im Unterschied zur Prämienverbilligung durch den Bund nicht genau definiert ist.

Die Kantone könnten in allen diskutierten Varianten, also auch bei der für sie finanziell günstigsten Weiterführung des Status quo, versuchen, eine steigende Belastung durch die Mitfinanzierung der Leistungen durch eine Reduktion der Prämienverbilligungen teilweise auszugleichen. Allerdings wurde die gesetzliche Verpflichtung der Kantone, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewähren, durch ein Urteil des Bundesgerichts<sup>10</sup> dahingehend präzisiert, dass die Ausführungsbestimmungen der Kantone zur Prämienverbilligung nicht gegen Sinn und Geist der Bundesgesetzgebung verstossen und deren Zweck nicht beeinträchtigen dürfen. Es sei die Absicht des Gesetzgebers gewesen, auch Familien mit mittleren Einkommen respektive bis in den Mittelstand hinein durch die Prämienverbilligung zu entlasten. Zudem ist im indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)», zu dem am 21. Oktober 2020 die Vernehmlassung eröffnet wurde, vorgesehen, dass die Kantone so wie bereits heute der Bund ebenfalls einen fixen Anteil (je nach Situation 4 bis 7,5 Prozent) an den Bruttokosten als Prämienverbilligung ausschütten müssen. Genauere Vorgaben für die Kantone, wie sie von diesem indirekten Gegenvorschlag angestrebt werden, würden unabhängig von einer einheitlichen Finanzierung mehr Klarheit bringen, wie die Kantone auf einen Anstieg der Prämienbelastung reagieren.

Der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung ist hingegen auf 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP fixiert und soll sich im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung nicht verändern. Der Bundesbeitrag kann weiterhin so berechnet werden, wie dies in der Verordnung über den Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK; SR 832.114.4) festgelegt ist. Die Bruttokosten im Sinne von Artikel 66 KVG werden ermittelt über die Addition des Prämiensolls und der Kostenbeteiligung. Da die Einführung einer einheitlichen Finanzierung im Übergang prämienneutral ausfallen soll, verändert sich auch die Höhe der Prämienverbilligung durch den Bund im Übergang nicht. In den darauffolgenden Jahren wird sich die Prämienverbilligung durch den Bund proportional zum Anstieg der Bruttokosten in den einzelnen Varianten entwickeln. Die Beiträge der Kantone und des Bundes nach Artikel 60 sind also für die Bestimmung der Bruttokosten nicht massgebend. Diese Beiträge der Kantone und des Bundes entsprechen in ihrer Höhe denjenigen Kosten, welche heute von Kantonen und Gemeinden für die Mitfinanzierung der stationären Leistungen und für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen getragen werden. Würden diese Beiträge neu ebenfalls zu den Bruttokosten der OKP hinzugezählt, würden diese mit der Reform massiv ansteigen und damit auch die Prämienverbilligung des Bundes. Die Höhe der Prämienverbilligung des Bundes soll durch die Einführung einer einheitlichen Finanzierung aber nicht direkt verändert werden.

Auf Basis der geschätzten Kosten der Pflege nach KVG für das Jahr 2016 hat Infras (2019: 51ff.) im Auftrag der GDK verschiedene Szenarien berechnet, wie sich die Kosten bis 2030 entwickeln, wenn die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung einbezogen würden. Für die Entwicklung der Kosten in den drei relevanten Leistungsbereichen geht Infras (2019) davon aus, dass der Bereich der Pflege am stärksten wachsen wird, gefolgt vom Bereich der ambulanten Leistungen. Das tiefste Kostenwachstum ist im stationären Bereich zu erwarten. Konkret trifft Infras (2019) die Annahme, dass bis zum Jahr 2030 im Bereich der ambulanten Leistungen ein jährliches Kostenwachstum von zwischen 2,9 und 3,2 Prozent erwartet werden kann, im Bereich der stationären Leistungen ein solches von 1,0 bis 1,5 Prozent und im Bereich

---

<sup>10</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2019 (8C\_228/2018)

der Pflegeleistungen 2,8 bis 4,5 Prozent. Diese Schätzungen basieren grösstenteils auf bestehenden Projektionen der EFV und des Obsan.<sup>11</sup> Da sich seit den Projektionen der EFV das Kostenwachstum im stationären Bereich (ohne Pflege) gedämpft hat und in den Projektionen sich bereits abzeichnende Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich nicht berücksichtigt wurden, hat Infrac (2019) allerdings die Wachstumsrate für den stationären Bereich nach unten korrigiert. Die Schätzungen sind aufgrund der Unsicherheiten bei den Kostenprognosen mit Vorsicht zu interpretieren – insbesondere in Bezug auf die Höhe der erwarteten Veränderungen.

Aufgrund der unterschiedlichen Kostenentwicklungsdynamiken in den Bereichen Pflege, ambulante und stationäre Leistungen sind die finanziellen Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden laut Infrac (2019) bei einer Weiterführung des Status quo am geringsten (Kostensteigerung von + 34 %) und bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen nach KVG am höchsten (Kostensteigerung von + 49 %). Bei einer Integration der Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung liegt die geschätzte Kostensteigerung zulasten der öffentlichen Hand dazwischen (+ 4,1 Mia. Fr. bzw. + 42 %). Für die OKP fiele umgekehrt die Kostenentwicklung bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflegeleistungen nach KVG am geringsten aus (+ 40 % gegenüber + 45 % im Szenario Status quo), bei einer Integration der Pflegeleistungen nach KVG in eine einheitliche Finanzierung würde die Belastung wie für die Kantone und die Gemeinden um 42 Prozent steigen (+ 11,9 Mia. Fr.).

**Tabelle 2: Geschätzte Entwicklung der Ausgaben pro Jahr 2016-2030**

Variante	Kantone/Gemeinden	OKP
Weiterführung Status quo	+ 3,3 Mia. Fr. (+ 34 %)	+ 12,7 Mia. Fr. (+ 45 %)
Einheitliche Finanzierung ohne Pflege	+ 4,7 Mia. Fr. (+ 49 %)	+ 11,3 Mia. Fr. (+ 40 %)
Einheitliche Finanzierung mit Pflege	+ 4,1 Mia. Fr. (+ 42 %)	+ 11,9 Mia. Fr. (+ 42 %)

Darstellung BAG auf Basis von Infrac (2019)

Eine Sensitivitätsanalyse der Resultate von Infrac (2019) durch das BAG zeigt, dass bei jeweils etwas stärkerem Wachstum des stationären Bereichs (ab + 2,46 % jährlich, statt wie von Infrac (2019) angenommen + 1,25 % jährlich) oder der Pflegeleistungen nach KVG (ab + 4,65 % jährlich, statt wie von Infrac (2019) angenommen + 3,68 % jährlich) die Belastung für die OKP bei einer einheitlichen Finanzierung inklusive Pflege gleich gross oder grösser sein könnte als bei einer Weiterführung des Status quo. Während die Projektionen der EFV für die Kostenentwicklung im Pflegebereich grösstenteils im Rahmen der Bandbreite liegen, bei welcher eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen nach KVG für die OKP gegenüber dem Status quo vorteilhaft wäre, liegen die Projektionen der EFV für die Kostenentwicklung im stationären

<sup>11</sup> Diese Prognosen berücksichtigen die Bevölkerungsentwicklung, Morbiditätsszenarien, Einkommenseffekte mit dem erwarteten Wirtschaftswachstum sowie die erwartete Teuerung. Im Bereich der Pflege sind zudem Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich berücksichtigt.



Bereich etwas oberhalb dieser Bandbreite. Allerdings berücksichtigen die Projektionen der EFV wie von Infras (2019) erwähnt die zu erwartende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich nicht. Das Kostenwachstum im stationären Bereich lag bereits in den Jahren 2014 bis 2018 unter den Annahmen von Infras (2019) und damit auch deutlich unter der Schwelle,<sup>12</sup> bei welcher eine einheitliche Finanzierung mit Pflege für die OKP kostspieliger wäre als der Status quo.

Insgesamt scheint die Schlussfolgerung von Infras (2019) deshalb nicht unplausibel, dass eine einheitliche Finanzierung auch mit einem Einbezug der Pflege für die OKP finanziell vorteilhafter wäre als der Status quo, umso mehr, wenn man ein gewisses Sparpotenzial durch eine einheitliche Finanzierung berücksichtigt (vgl. Ziffer 10). Falls die Entwicklung der Finanzierungslast für Kantone und OKP von den politischen Präferenzen abweichen würde, könnte sie zudem vom Gesetzgeber mit einer späteren Anpassung des Finanzierungsteilers nachjustiert werden.

## **2.4 Anpassungsbedarf im Gesetz**

Bei einem allfälligen Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, welche gesetzlichen Anpassungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) nötig würden und welche Konsequenzen sich daraus ergeben würden.

Grundsätzlich wird in diesem Bericht davon ausgegangen, dass am bestehenden System so wenig wie möglich geändert werden soll. Skizziert werden somit nur die Änderungen, die für eine Übernahme der Kosten der Pflegeleistungen durch die OKP gegenüber dem vom Nationalrat verabschiedeten Entwurf notwendig sind. Bei einigen Punkten werden Varianten vorgestellt.

### **2.4.1 Einbezug der Pflegeleistungen**

Es sind zwei Varianten für einen teilweisen oder vollständigen Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung denkbar. In der hier im Zentrum stehenden Variante würden sämtliche Pflegeleistungen nach dem heutigen Artikel 25a KVG, für welche die OKP heute einen Beitrag leistet und für welche die Kantone für die Restfinanzierung zuständig sind, in eine einheitliche Finanzierung einbezogen. Davon betroffen wären also sowohl die Leistungen der Behandlungspflege wie auch jene der Grundpflege (Art. 7 Abs. 2 Bst. b resp. c der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung [Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31]) sowie Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art. 7 Abs. 2 Bst. a KLV). Wie für sämtliche anderen Leistungen nach KVG würde die OKP diese Leistungen vollumfänglich übernehmen und die Kantone würden sich mit einem Kantonsbeitrag anteilmässig daran beteiligen. Vorbehalten bliebe weiterhin ein spezifischer, zusätzlicher Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen (vgl. Ziffer 2.4.2).

---

<sup>12</sup> Zwischen 2014 und 2018 wuchs das kombinierte Leistungsvolumen von OKP und Kantonen/Gemeinden für stationäre Leistungen laut Statistik der OKP (Tabelle 2.26), kombiniert mit Angaben der GDK zum Finanzierungsteiler in den Kantonen und Berechnungen des BAG, jährlich um 1,03 Prozent, also deutlich unterhalb der Schwelle von 2,46 Prozent und auch unterhalb der Annahme in Infras (2019) von 1,25 Prozent).

Denkbar wäre auch, unterschiedliche Regelungen für die Grund- und für die Behandlungspflege vorzusehen. Es würden lediglich die Leistungen der Behandlungspflege sowie Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination in eine einheitliche Finanzierung einbezogen, während die OKP für die Leistungen der Grundpflege einen Beitrag leisten würde. In der Botschaft des Bundesrates vom 16. Februar 2005 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (05.025) wurde bereits vorgeschlagen, dass die OKP die Kosten für jene medizinischen Massnahmen voll vergüten sollte, welche ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit verfolgen (Behandlungspflege), während an die auf die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse ausgerichtete Grundpflege ein Beitrag entrichtet werden sollte.<sup>13</sup> Bei dieser Variante wären Kosten der Leistungen der Grundpflege, die über den Beitrag der OKP hinausgehen, von den versicherten Personen selbst zu tragen, wie dies in der Botschaft des Bundesrates im Jahr 2005 vorgesehen war. Die Kantone würden gegenüber dem heutigen Zustand von ihrer Verantwortung für die Regelung der Restfinanzierung der Leistungen der Grundpflege entlastet. Die abweichende Regelung für die Leistungen der Grundpflege könnte in Artikel 25 Absatz 2 KVG in einem neuen Buchstaben a<sup>bis</sup> festgehalten werden, wie in der Botschaft des Bundesrates von 2005 vorgeschlagen.<sup>14</sup>

#### **2.4.2 Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen**

Bei einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung stellt sich zweitens die Frage, ob sich Patientinnen und Patienten auch künftig – zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung – an den Kosten für Pflegeleistungen beteiligen müssen. Die versicherten Personen leisten nach Artikel 64 KVG generell eine Kostenbeteiligung, bestehend aus Franchise und Selbstbehalt. Spezifisch für die Pflegeleistungen kann jedoch noch ein zusätzlicher Beitrag erhoben werden, welche über die ordentliche Kostenbeteiligung hinausgeht. Das heisst, auch wenn Franchise und Selbstbehalt schon vollumfänglich ausgeschöpft sind, sei es durch die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG auf dem OKP-Beitrag für Pflegeleistungen oder für andere, von der versicherten Person bezogene Leistungen nach KVG, kann heute von den versicherten Personen ein zusätzlicher Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen erhoben werden, in der Höhe von maximal 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten OKP-Beitrags an Pflegeleistungen. Der Begriff «Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen» wird in Abgrenzung zum Begriff «Kostenbeteiligung» hier also für diejenigen Kosten verwendet, welche der versicherten Person spezifisch bei Pflegeleistungen zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung überwält werden.

---

<sup>13</sup> Unter Grundpflege sind Leistungen nichtmedizinischer Art zu verstehen, welche nicht mehr Teil der ärztlichen Behandlung sind, sondern die Folgen der Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen ausgleichen. Die OKP sollte mit dem 2005 vom Bundesrat vorgeschlagenen Modell im Pflegebereich ihre Leistungen deutlicher darauf ausrichten, krankheitsbedingte medizinische Leistungen zu vergüten. Eine solche Lösung wurde jedoch in der Folge vom Parlament verworfen zugunsten der heute geltenden Regelung mit Beiträgen der OKP sowohl für die Grund- wie für die Behandlungspflege.

<sup>14</sup> Zu klären wäre in dieser zweiten Variante (L2), welche Auswirkungen sich ergäben auf weitere sozialpolitische Instrumente (Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung etc.), da die Belastung der versicherten Personen durch Leistungen der Grundpflege gegenüber heute allenfalls erhöht würde, und wie eine für OKP, die Kantone und für die versicherten Personen kostenneutrale Überführung erfolgen soll. Denkbar wäre, dass zum Ausgleich für den Wegfall der Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung der Leistungen der Grundpflege der Beitrag der Versicherten an die Kosten der Leistungen der Behandlungspflege reduziert würde (vgl. Ziffer 2.4.2). Dafür müsste jeweils separat für die Leistungen der Grund- und der Behandlungspflege bekannt sein, welcher Anteil der Kosten heute durch OKP, durch die Kantone und durch den Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen finanziert wird.

Vorliegend wird davon ausgegangen, dass sich die versicherten Personen, die OKP und die Kantone weiterhin mit denselben Anteilen an der Finanzierung beteiligen sollen, eine mögliche Reform soll also für alle Beteiligten kostenneutral sein. Es sind verschiedene Varianten denkbar, wie dies umgesetzt werden könnte.

Im Zentrum steht die Variante, weiterhin einen spezifischen, zusätzlichen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen vorzusehen. Die Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen würden sich im gleichen Umfang wie bisher an der Finanzierung der Kosten der beanspruchten Leistungen beteiligen. Den Kantonen würde weiterhin die Möglichkeit bleiben, den Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen ganz oder teilweise zu übernehmen, wobei eine allfällige Übernahme auf die Berechnung des kantonalen Finanzierungsanteils jedoch keinen Einfluss haben soll. Dies hat auch die GDK vorgeschlagen.<sup>15</sup> Der Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen könnte statt als Prozentsatz des maximalen vom Bundesrat festgesetzten Beitrags neu als Frankenbetrag definiert werden. In der einfachsten Variante könnte dieser Frankenbetrag vom Bundesrat in derselben Höhe wie heute festgesetzt werden (maximal Fr. 23.–).

Denkbar wäre auch, dass auf die Erhebung eines spezifischen, zusätzlichen Beitrags der Versicherten für Pflegeleistungen verzichtet wird und dafür die ordentliche Kostenbeteiligung für alle Leistungen so erhöht wird, dass die Summe der Kostenbeteiligung für alle Versicherten gerade der Summe aus heutiger Kostenbeteiligung und Beiträgen der Versicherten an die Pflegeleistungen entspricht. Damit wären Pflegeleistungen auch aus Sicht der Versicherten einheitlich finanziert. Allerdings würde dies zu entsprechenden Verteilungswirkungen zwischen den Versicherten führen. Pflegebedürftige Versicherte würden entlastet zuungunsten von nicht pflegebedürftigen Versicherten. Es wäre zu erwarten, dass jüngere bis mittelalte Versicherte gegenüber heute stärker durch die Kostenbeteiligung belastet würden, während vor allem hochaltrige Versicherte entlastet würden. Ausserdem ergäben sich dadurch vermutlich auch finanzielle Auswirkungen auf weitere Sozialversicherungen wie etwa die Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, welche wohl etwas entlastet würden. Bei dieser Variante entfielen eine spezifische Regelung im Gesetz, der Bundesrat müsste für eine kostenneutrale Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Einbezug der Pflegeleistungen aber die von ihm zu bestimmenden Franchisestufen (Art. 64 Abs. 3 KVG) in noch zu ermittelndem Ausmass erhöhen.

Eine weitere denkbare Möglichkeit wäre, den Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen im Pflegeheim und allenfalls auch bei Leistungen der Krankenpflege zu Hause an den heutigen Beitrag der Versicherten an die Kosten des Aufenthalts im Spital anzugleichen. Dieser könnte allerdings im Fall der Pflegeleistungen nicht damit begründet werden, dass Verpflegungskosten eingespart werden, da die Hotelleriekosten bei Aufenthalt im Pflegeheim nicht im Leistungsumfang enthalten sind und auch bei Pflege beziehungsweise Leistungserbringung durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie durch selbstständig tätige Pflegefachpersonen selbst getragen werden müssen. Auch hier ergäben sich gegenüber heute Verschiebungen in der Belastung der versicherten Personen mit Auswirkungen auf weitere Sozialversicherungen.

---

<sup>15</sup> Patientenbeteiligung unter «EFAS mit Pflege», Beschlussvorschlag der Kommission Vollzug KVG z. H. GDK-Vorstand vom 7. Juni 2019.

### 2.4.3 Vergütung der Pflegeleistungen

Drittens muss die Frage der Vergütung der Pflegeleistungen geklärt werden, da die heutige, kantonal unterschiedliche Restfinanzierung wegfallen würde. Einerseits wäre es möglich, diesen Bereich nicht speziell zu regeln. Zur Anwendung kämen dann die generellen Bestimmungen des Gesetzes (Art. 43 KVG), wonach die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen (Zeit-, Einzelleistungs- oder Pauschaltarife) erstellen, welche in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart werden. Falls kein Tarifvertrag zustande kommt, würde die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif festsetzen (Art. 47 KVG), gegen deren Beschlüsse wiederum Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht möglich wäre (Art. 53 KVG). Falls die Tarifpartner Pauschaltarife vereinbaren, wäre die in der Botschaft vom 21. August 2019 des Bundesrates zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) (19.046) vorgeschlagene Änderung von Artikel 43 Absatz 3 KVG zu beachten, wonach Patientenpauschaltarife auf national einheitlichen Strukturen basieren müssen, sofern der Bundesrat keine Ausnahme vorsieht. Für Einzelleistungstarife gilt dies bereits heute.

Allerdings wünschten die Kantone, dass für Pflegeleistungen eine Tariforganisation geschaffen wird, welche die Grundsätze der Vergütung bestimmt<sup>16</sup>. In der Botschaft des Bundesrates vom 21. August 2019 des Bundesrates zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) (19.046) ist in Artikel 47a E-KVG vorgesehen, dass die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung von Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist (vgl. auch Ziffer 6). Der Bundesrat kann die Pflicht zur Einsetzung einer Organisation auf Verbände ausdehnen, die für Tarifstrukturen für andere ambulante Behandlungen zuständig sind. In der Botschaft ist festgehalten, dass nichts dagegen sprechen würde, einen Einsitz der Kantone in die zu bildende Tariforganisation vorzusehen, sollte eine einheitliche Finanzierung eingeführt werden. Um den Kantonen die Sicherheit zu bieten, dass eine solche Tariforganisation auch für Pflegeleistungen zuständig ist, wird diesbezüglich in Artikel 47a E-KVG vorgesehen, dass die Tariforganisation neben ärztlich-ambulanten Leistungen auch für Pflegeleistungen verpflichtend ist, während sie vom Bundesrat zudem auf weitere ambulante Leistungen ausgedehnt werden kann.

Abgesehen davon wäre es möglich, aber nicht zwingend, in Artikel 50 für die Tarife für Pflegeleistungen spezielle Regelungen im Gesetz vorzuschreiben. Für die Pflege im Pflegeheim könnte beispielsweise eine Vergütung mittels Pauschalen vorgeschrieben werden, in Analogie zur bestehenden Regelung betreffend Vergütung von Pflegeleistungen in einem Spital nach Artikel 49 Absatz 1 KVG und zu der für die bereits ähnlich geregelten, nach Pflegestufen abgestuften Beiträge der OKP an Pflegeleistungen von Pflegeheimen. Im Gesetz könnte auch ausgeschlossen werden, dass die Tarifpartner Einzelleistungstarife festlegen können. Die Beiträge der OKP für Pflegeleistungen sind heute so organisiert, dass sie eher Ähnlichkeiten aufweisen mit einem Zeittarif (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, selbständig tätige Pflegefachpersonen) beziehungsweise mit einem Pauschaltarif (Pflegeheime). Im Entwurf für eine gesetzliche Regelung (siehe Ziffer 13) wird auf spezifische Bestimmungen verzichtet, da diese nicht zwingend sind.

---

<sup>16</sup> Pa. Iv. 09.528 Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand, Einführung Monismus, Stellungnahme der GDK vom 27. Juni 2019.

#### 2.4.4 Akut- und Übergangspflege

Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und im Spital ärztlich angeordnet werden, werden heute während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren dazu Pauschalen (vgl. Art. 25a Abs. 2 KVG).

Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung aller Leistungen nach KVG würden sich die Regeln der Spitalfinanzierung kaum mehr von denjenigen der Pflegefinanzierung unterscheiden. Die OKP vergütet alle Leistungen, die Kantone leisten für alle Arten von Leistungen jeweils denselben Prozentsatz als Kantonsbeitrag an die Versicherer. Je nach Regelung des Beitrags der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen (vgl. Ziffer 2.4.2) ist es hingegen möglich, dass von den versicherten Personen bei Pflegeleistungen weiterhin zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung für alle Leistungen eine Beteiligung spezifisch für Pflegeleistungen eingefordert wird. Deren maximale Höhe (heute Fr. 23.– pro Tag) unterscheidet sich jedoch nicht bedeutend von anderen Zusatzbeiträgen wie dem Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Artikel 64 Absatz 5 KVG und Artikel 104 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) (heute Fr. 15.– pro Tag).

Ein Festhalten am Instrument der Akut- und Übergangspflege in der heutigen Ausgestaltung allein aus dem Grund, dass der versicherten Person während maximal zwei Wochen etwas tiefere Kosten entstünden, wenn der spezifische Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen nicht geleistet werden müsste, scheint kaum verhältnismässig. Zudem haben etwa die Evaluationen der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung gezeigt, dass die mit der Einführung von Pauschalen im akutsomatischen Spitalbereich befürchtete Zunahme von verfrühten Entlassungen ausgeblieben ist und das Instrument, welches insbesondere geschaffen wurde, um verfrühte Entlassungen aufzufangen, bis anhin kaum genutzt wurde.

Sollte trotz der obenstehenden Erwägungen gewünscht sein, am Instrument der Akut- und Übergangspflege festzuhalten, könnten in Artikel 50 KVG Pauschaltarife für die Akut- und Übergangspflege vorgeschrieben werden. Der während maximal zwei Wochen entfallende Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen könnte in Artikel 64 KVG geregelt werden. Vorliegend wird jedoch davon ausgegangen, dass das Instrument der Akut- und Übergangspflege mit dem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung aufgehoben wird, da es seinen Sinn weitgehend verliert.

#### 2.4.5 Kostentransparenz

Vorliegend wird davon ausgegangen, dass die Pflegeheime wie bisher zu verpflichten sind, eine Kostenrechnung sowie eine Leistungsstatistik zu führen, welche die notwendigen Daten für eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche und für eine Tarifierung enthalten. Die Umsetzung dieser Bestimmungen ist in der Praxis unterschiedlich weit gediehen, wie der Grundlagenbericht von Polynomics / HSLU (2020) zeigt, es konnten jedoch schon Fortschritte erzielt werden. Für die weiteren Leistungserbringer, die Pflegeleistungen erbringen (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie selbständig tätige Pflegefachpersonen), sind bis anhin keine spezifischen Bestimmungen im Hinblick auf Kostenrechnung und Leistungsstatistik im Gesetz enthalten, so wie dies auch für andere Leistungserbringer im ambulanten Bereich (beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Chiropraktikerinnen und Chiropraktoren, etc.) nicht der Fall ist. Um die Kostentransparenz zu verbessern, scheint es sinnvoll, in Abweichung von diesem Grundsatz für die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie für selbständig tätige Pflegefachpersonen auf Verordnungsstufe spezifische Vorgaben

zur Erhöhung der Kostentransparenz zu machen. Dies bedingt eine gesetzliche Grundlage, welche in Artikel 50 KVG geschaffen werden könnte. Der dadurch mögliche Gewinn an Kostentransparenz, wie er etwa im Grundlagenbericht von Polynomics / HSLU (2020) erwartet wird, wäre abzuwägen gegen den zusätzlichen Aufwand besonders für die betroffenen Leistungserbringer und eine unterschiedliche Behandlung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich. Falls die Kostentransparenz weniger stark gewichtet wird als der damit verbundene Aufwand, könnte auf diese Ergänzung verzichtet werden.

#### **2.4.6 Zuständigkeit für Kantonsbeitrag**

Zuständig für die Regelung und Auszahlung der Restfinanzierung für Pflegeleistungen ist heute derjenige Kanton, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit. Tritt eine versicherte Person in ein Pflegeheim in einem anderen Kanton als ihrem bisherigen Wohnkanton ein, bleibt damit in jedem Fall der Wohnkanton vor dem Eintritt ins Pflegeheim (Herkunftskanton) für die Auszahlung der Restfinanzierung zuständig, unabhängig davon, ob die versicherte Person im Zuge des Eintritts ins Pflegeheim ihren zivilrechtlichen Wohnsitz vom Herkunftskanton in den Standortkanton des Pflegeheims verlegt oder nicht. Zivilrechtlicher Wohnsitz und Verantwortung für die Auszahlung der Restfinanzierung können also auseinanderfallen.

Diese Regelung wurde vom Gesetzgeber im Rahmen der pa. Iv. 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» getroffen, um Klarheit zu schaffen über die Verantwortung für die Auszahlung der Restfinanzierung. Die Regelung lehnt sich an die Regelung im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) an. Die heutige Regelung führt aber auch dazu, dass innerhalb des KVG unterschiedliche Regelungen bestehen. Für die dual-fixe Mitfinanzierung der stationären Leistungen nach Artikel 49a KVG ist nämlich der zivilrechtliche Wohnsitz entscheidend, während bei der Restfinanzierung der Pflege der Herkunftskanton zuständig ist. Bereits im Rahmen des Berichts der SGK-S vom 21. März 2016 zur pa. Iv. 14.417 wurde aufgezeigt, dass es mit der heutigen Regelung im ELG unvermeidlich ist, dass entweder zwischen ELG und KVG oder aber innerhalb des KVG unterschiedliche Abgrenzungen bestehen. Der Gesetzgeber entschied sich damals für eine Kongruenz von ELG und Restfinanzierung der Pflegeleistungen im KVG.

Mit einer einheitlichen Finanzierung unter Einbezug der Pflegeleistungen leistet der Kanton für alle Leistungen nach KVG einen einzigen Beitrag an die Versicherer. Es ist deshalb nicht mehr sinnvoll, dass die Verantwortung für den Kantonsbeitrag für Pflegeleistungen einem anderen Kanton zufällt als für den Kantonsbeitrag für die übrigen, etwa stationären Leistungen. Vorliegend wird davon ausgegangen, dass der zivilrechtliche Wohnsitz einer versicherten Person ausschlaggebend ist für die Zuständigkeit für den Kantonsbeitrag, so wie dies heute bei der Mitfinanzierung der stationären Leistungen der Fall ist. Die Bestimmung im fünften Satz von Artikel 25 Absatz 5 KVG («Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit») kann deshalb entfallen. Es gilt die allgemeine Bestimmung in Artikel 60 Absatz 2 Buchstabe b Ziffer 1 E-KVG (Entwurf Nationalrat), wonach die Leistungen, welche für Versicherte in der Schweiz mit Wohnsitz im Kanton erbracht wurden, für die Bestimmung des Kantonsbeitrags massgebend sind.

### 2.4.7 Kostenübernahme bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt

Bezüglich Wahl des Leistungserbringers und der Kostenübernahme bei (ambulanter und stationärer) Pflege gilt seit der Neuregelung im Zuge der pa. Iv. 14.417 Egerszegi «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» für die ambulante Pflegebehandlung für die Versicherten die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern (vgl. heutiger vierter Satz in Art. 25a Abs. 5 KVG). Bei den Pflegeheimen gilt eine differenzierte Regelung für die Kostenübernahme bei ausserkantonalem Pflegeheimaufenthalt (vgl. heutiger dritter, sechster und siebter Satz in Art. 25a Abs. 5 KVG). Der Wohnkanton (Herkunftskanton) muss die Restfinanzierung des ausserkantonalen Leistungserbringers nach den Regeln des Standortkantons dieses Leistungserbringers nur dann übernehmen, sofern der Wohnkanton der versicherten Person keinen Pflegeheimplatz in geografischer Nähe im Wohnkanton selbst zur Verfügung stellen kann. Andernfalls gelten die Regeln der Restfinanzierung des Wohnkantons. Dies kann dazu führen, dass eine allfällige Differenz zwischen der Restfinanzierung des Wohn- und des Standortkantons von der versicherten Person übernommen werden muss.

Mit einer Integration der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung entfielen die Verantwortung der Kantone für die Festsetzung der Höhe der Restfinanzierung und deren heute sehr unterschiedlicher Umgang damit. Stattdessen würden Tarife vereinbart, welche denselben, für alle Kantone einheitlichen Grundsätzen des KVG unterstünden wie die Tarife für die übrigen, insbesondere auch ambulanten Leistungen. Damit verringerten sich die Unterschiede zwischen den Kantonen respektive entsprechen denjenigen bei anderen ambulanten Behandlungen, wo beispielsweise unterschiedliche Taxpunktwerte gelten, die aber auf einheitlichen Strukturen beruhen, und wo die versicherten Personen unter den Leistungserbringern in der ganzen Schweiz wählen können. Ein zentrales Argument für eine Einschränkung der Freizügigkeit der versicherten Personen bei der Wahl des Pflegeheims fiel gegenüber heute also weg.

Da es sich bei der Behandlung im Pflegeheim um eine ambulante Leistung im Sinne des Gesetzes handelt, wäre es konsequent, parallel zum Wegfall der kantonalen Verantwortung für die Festlegung der Restfinanzierung auch bei den Pflegeheimen die vollständige Wahlfreiheit für die versicherten Personen in der gesamten Schweiz einzuführen, so wie dies bereits für Leistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie selbständig tätigen Pflegefachpersonen wie auch für alle übrigen ambulanten Leistungen im Sinne des Gesetzes gilt. Rechtsstreitigkeiten um die Definition von Ausnahmen erübrigten sich damit.

Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen zur pa. Iv. 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» wünschte der Nationalrat bereits die vollständige Wahlfreiheit, der Ständerat hingegen eine Orientierung an der Restfinanzierung des Herkunftskantons. Allerdings waren die Voraussetzungen damals mit der kantonalen Verantwortung für die Restfinanzierung noch grundlegend anders als bei einer Integration in die einheitliche Finanzierung. Falls trotzdem die heutige Regelung zur Kostenübernahme für ausserkantonale Behandlungen im Pflegeheim (Übernahme des Tarifs des Standortkantons nur, wenn der versicherten Person kein Pflegeheimplatz in geografischer Nähe im Wohnkanton selbst zur Verfügung gestellt werden kann) fortgeschrieben werden soll, könnte dies in einem neuen Absatz 1<sup>quater</sup> in Artikel 41 KVG geregelt werden.

## **2.4.8 Übergangsfrist bis zum Einbezug der Pflegeleistungen**

Um über genügend Zeit für die Schaffung der notwendigen Grundlagen für den Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zu verfügen, gleichzeitig aber die Einführung einer einheitlichen Finanzierung für die ambulanten und stationären Leistungen nicht zu verzögern, kann es sinnvoll sein, ein gestaffeltes Inkrafttreten der einheitlichen Finanzierung vorzusehen. In einer ersten Phase würden lediglich ambulante und stationäre Leistungen unter Ausschluss der Pflegeleistungen einheitlich finanziert, in einer zweiten Phase würde einige Jahre später auch die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung miteinbezogen. Für die beiden Phasen müssten unterschiedliche Finanzierungsteiler festgelegt werden (vgl. Ziffer 4.5). Neben den Finanzierungsteilern für die beiden Phasen müsste auch definiert werden, wie lange die erste Phase dauern soll.

Der Nationalrat hat im von ihm verabschiedeten Entwurf vorgesehen, dass die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen drei Jahre nach Annahme durch das Parlament oder in der Volksabstimmung in Kraft tritt. In Ziffer 2.4.1 wurde gezeigt, dass für die Verbesserung der Kostentransparenz ca. vier bis fünf Jahre benötigt werden, für die Entwicklung einer neuen Tarifierung ebenfalls mindestens fünf Jahre. Um diesen Umständen Rechnung zu tragen, sollte der Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung in einem etwas längeren Zeitrahmen vorgesehen werden. Der Gesetzgeber könnte beispielsweise festlegen, dass die Bestimmungen, welche den Einbezug der Pflegeleistungen betreffen, erst nach sieben Jahren nach Annahme in Kraft treten, und entsprechende Übergangsbestimmungen für die Zwischenzeit vorsehen. Der festzulegende Zeitrahmen könnte vom Gesetzgeber frei gewählt werden.

Alternativ könnte es der Gesetzgeber auch dem Bundesrat übertragen, festzulegen, wann die Bestimmungen zum Einbezug der Pflegeleistungen in Kraft treten. Allerdings wäre so das Anliegen der Kantone, bereits von Beginn an verbindlich zu klären, wann die Pflegeleistungen einbezogen werden, nicht vollständig aufgenommen.

## **2.4.9 Zusammenfassung des Anpassungsbedarfs und Vorschlag des EDI**

Tabelle 3 fasst den gesetzlichen Anpassungsbedarf für eine Integration der Pflege in die einheitliche Finanzierung aus Sicht des EDI zusammen. Die Tabelle ist nach Themen gegliedert. Pro Thema zeigt sie jeweils den aus Sicht des EDI im Vordergrund stehenden Vorschlag und listet die Gesetzesartikel auf, mit denen dieser geregelt werden könnte (vgl. Ziffer 13).



**Tabelle 3: Übersicht zum gesetzlichen Anpassungsbedarf**

Thema	Beschreibung	Regelung in (E-) KVG
Einbezug Pflegeleistungen (Ziffer 2)	Integration aller Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung	Art. 25 Abs. 2 Bst. a Art. 25a Abs. 1, 4 und 5 (Aufhebung) Art. 60 Abs. 2
Beitrag der Versicherten an Kosten der Pflegeleistungen (Ziffer 2.4.2)	Beitrag der Versicherten spezifisch für Pflegeleistungen in bisheriger Höhe, vom Bundesrat als Frankenbetrag festgelegt	Art. 25a Abs. 5 (Aufhebung) Art. 64 Abs. 5 <sup>bis</sup>
Vergütung (Ziffer 2.4.3)	Tariforganisation mit Beteiligung der Kantone (vgl. Ziffer 6) ist verbindlich auch für Pflegeleistungen vorgesehen	Art. 25a Abs. 3 und 4 (Aufhebung) Art. 47a Abs. 1 und 4
Akut- und Übergangspflege (AÜP) (Ziffer 2.4.4)	Abschaffung der Akut- und Übergangspflege	Art. 25a Abs. 2 (Aufhebung)
Kostentransparenz (Ziffer 2.4.5)	Bestimmungen zu Kostenrechnung und Leistungsstatistik auch für Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause und selbständig tätige Pflegefachpersonen	Art. 50 Abs. 2, 3 und 5
Kantonsbeitrag (Ziffer 2.4.6)	Zivilrechtlicher Wohnsitz auch für Kantonsbeitrag Pflege massgebend (Kongruenz innerhalb KVG, Divergenz zu ELG)	Art. 25a Abs. 5 (Aufhebung)
Kostenübernahme Pflegeheim ausserkantonal (Ziffer 2.4.7)	OKP übernimmt Tarif des Standortkantons des Leistungserbringers auch für Pflegeheime, wie für andere ambulante Behandlungen	Art. 25a Abs. 5 (Aufhebung) Art. 41 Abs. 1
Übergangsfrist Einbezug Pflege (Ziffer 2.4.8)	Gesetzgeber legt Dauer Übergangsfrist fest, z.B. drei bzw. sieben Jahre	Abs. 4 und 5 Übergangsbestimmungen Abs. 2 und 3 Schlussbestimmungen
Frist bis zum Erreichen des minimalen Finanzierungsanteils (Ziffer 2.2)	Verlängerung der Frist von drei auf vier Jahre bzw. Reduktion der minimalen Anpassung pro Jahr von 1,5 auf 1,0 Prozentpunkte auf Wunsch der Kantone	Abs. 1, 2 und 3 Übergangsbestimmungen

### 3 Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone

Im Auftrag an die Verwaltung weist die SGK-S darauf hin, dass die Kantone effiziente Steuerungsmöglichkeiten fordern. Diesbezüglich sei aufzuzeigen, was zusätzlich zur KVG-Teilrevision 18.047 «Zulassung von Leistungserbringern» vorzusehen ist und ob weitere Sanktionsmöglichkeiten bei Verletzung der gesetzlichen Vorgaben und der Berufspflichten eingeführt werden sollen.

#### 3.1 Ausgangslage

Die Änderung des KVG «Zulassung von Leistungserbringern» wurde vom Parlament am 19. Juni 2020 verabschiedet (Botschaft des Bundesrates vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; 18.047).<sup>17</sup> Mit dieser Änderung soll den Kantonen die Möglichkeit geboten werden, die Zahl der Leistungserbringer auf ihrem Gebiet nach Fachgebiet und nach Region zu beschränken.

Die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde in der Vergangenheit auf verschiedene Weise beschränkt. Die Möglichkeit einer Zulassungsbeschränkung wurde vom Parlament erstmals im Jahr 2001 eingeführt und ist darauf am 3. Juli 2002 für eine Dauer von drei Jahren in Kraft getreten. Seither wurde die Massnahme bis heute mehrmals verlängert. Lediglich zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 30. Juni 2013 wurde sie für kurze Zeit unterbrochen. Am 1. Juli 2013 wurde sie in Form eines dringlichen Bundesgesetzes erneut eingeführt, um die starke Zunahme der Anzahl neuer Ärztinnen und Ärzte zu bremsen.

Nach rund zehn Jahren mit zeitlich beschränkten Lösungen wollte der Bundesrat eine dauerhafte Lösung schaffen. Dies ist im Übrigen eines der Ziele der Strategie Gesundheit2020.<sup>18</sup> Am 18. Februar 2015 unterbreitete der Bundesrat dem Parlament einen Entwurf zur Änderung des KVG, mit dem neue Steuerungsmöglichkeiten für die ambulante Versorgung eingeführt werden sollten (Steuerung des ambulanten Bereichs; Geschäft 15.020; BBl 2015 2317). Dieser Entwurf sollte den Kantonen insbesondere ermöglichen, auf eine Über- oder Unterversorgung zu reagieren. Die Vorlage wurde vom Parlament so abgeändert, dass sie nur noch eine zeitlich unbeschränkte Verlängerung der bereits geltenden Zulassungsbeschränkung vorsah. Schliesslich wurde sie vom Nationalrat in der Schlussabstimmung vom 18. Dezember 2015 abgelehnt.

Um eine erneute Lücke in der Zulassungsbeschränkung wie zwischen 2012 und 2013 zu verhindern, verabschiedete das Parlament am 17. Juni 2016 eine vorübergehende Verlängerung der Geltungsdauer von Artikel 55a KVG vom 1. Juli 2016 bis am 30. Juni 2019. Schliesslich nahm es am 14. Dezember 2018 die parlamentarische Initiative der SGK-N 18.440 «Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Artikel 55a KVG» an, mit der diese Regelung um zwei weitere Jahre bis am 30. Juni 2021 verlängert wurde (BBl 2018 6357).

---

<sup>17</sup> Schlussabstimmungstext: BBl 2020 5513

<sup>18</sup> Siehe Bericht Gesundheit2020 vom 23. Januar 2013, S. 22

### 3.2 Regulierung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich

Mit der Änderung vom 19. Juni 2020 des KVG sollen die Zulassungsanforderungen für die Leistungserbringer erhöht und den Kantonen die Möglichkeit geboten werden, das Leistungsangebot auf ihrem Gebiet wirksamer zu regulieren. Mit dieser Änderung kommt den Kantonen eine zentrale Rolle bei der Regelung des Angebotes zu: Sie stellen die formelle Bewilligung aus, beaufsichtigen die Leistungserbringer und legen die Höchstzahlen für diese nach Region oder nach Fachgebiet fest. Für das diesbezügliche Ausführungsrecht hat der Bundesrat am 4. November 2020 das Vernehmlassungsverfahren eröffnet, welches bis zum 19. Februar 2021 dauert.<sup>19</sup>

In den Artikeln 36a und 37 nKVG werden die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer festgelegt, um zu gewährleisten, dass zweckmässige und qualitativ hochstehende Leistungen erbracht werden. Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art von Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen. Zudem sieht Artikel 37 besondere Voraussetzungen für Ärztinnen und Ärzte vor, darunter die Sprachkompetenz. Schliesslich können die Aufsichtsbehörden der Kantone künftig die Massnahmen ergreifen, die für die Einhaltung der in den Artikeln 36a und 37 nKVG vorgesehenen Zulassungsvoraussetzungen nötig sind. Die Massnahmen umfassen Verwarnungen, Bussen sowie einen befristeten oder definitiven Entzug der Zulassung zur Tätigkeit zulassen der OKP (vgl. Art. 38 nKVG). Weitere Sanktionen im Fall von Verstössen gegen die gesetzlichen Anforderungen sind grundsätzlich nicht nötig. In den parlamentarischen Beratungen wurde beispielsweise die Pflicht, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Auflagen in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu verbinden, aus dem Entwurf (18.047) gestrichen.

Mit der Änderung soll zudem den Kantonen die Möglichkeit geboten werden, die Zulassung von Leistungserbringern auf ihrem Gebiet zu beschränken, indem sie Höchstzahlen nach Fachgebiet und nach Region festlegen. Diese Zulassungsregelung hat insbesondere zum Ziel, die steigende Inanspruchnahme von Leistungen zulasten der OKP zu beschränken. Davon ausgehend, dass im Gesundheitsbereich das Angebot Auswirkungen auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen hat, können mit einer Angebotsbeschränkung die Gesamtkosten gesenkt werden.

Zudem hat diese Massnahme eine gleichmässige Verteilung des Angebots über das Kantonsgebiet zum Ziel. Für Ärztinnen und Ärzte, die sich in Gebieten mit einer hohen Ärztedichte niederlassen möchten, werden Anreize geschaffen, damit sich diese Gebieten zuwenden, in denen das Angebot als ungenügend beurteilt wird und daher keine Zulassungsbeschränkung besteht.

Artikel 55a nKVG legt die gesetzlichen Grundlagen für die Zulassungsbeschränkung durch die Kantone fest. Er hält fest, dass die Kantone die Anzahl Ärztinnen und Ärzte beschränken, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen. Ist die festgelegte Höchstzahl erreicht, so dürfen Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen möchten, nicht zulasten der OKP tätig sein. Betroffen sind Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals ausüben, sowie diejenigen, die in einer Einrichtung nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe nKVG tätig sind. Die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen werden vom Bundesrat festgelegt. Dabei berücksichtigt dieser insbesondere die interkantonalen

---

<sup>19</sup> [www.admin.ch](http://www.admin.ch) > Bundesrecht > Vernehmlassungen > Laufende Vernehmlassungen > EDI

Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärztinnen und Ärzte.

Neben der Festlegung von Höchstzahlen für die Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet oder nach Region verfügen die Kantone über einen Notfallmechanismus, um den Kostenanstieg zu bremsen. Mit diesem Mechanismus können sie in einem bestimmten Fachgebiet Neuzulassungen zur Tätigkeit zulasten der OKP aussetzen, wenn die jährlichen Kosten je versicherte Person in diesem Fachgebiet mehr als jene der anderen Fachgebiete im Kanton oder mehr als jene des gesamtschweizerischen Durchschnitts in diesem Fachgebiet ansteigen.

### **3.3 Weitere Steuerungsinstrumente**

Die Ablösung der Zulassungsbeschränkung durch andere Steuerungsmechanismen wurde vom Bundesrat bereits geprüft.<sup>20</sup> Im Folgenden werden verschiedene alternative Mechanismen vorgestellt, so die Aufhebung des Vertragszwangs, die Einführung von differenzierten Tarifen oder die Erarbeitung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung.

#### **3.3.1 Vertragsfreiheit und Differenzierung der Tarife**

Bei einer Aufhebung des Vertragszwangs würden die Leistungserbringer und die Versicherer die Partner auswählen, mit denen sie zusammenarbeiten möchten. Im Fall einer Überversorgung an Leistungserbringern können nicht alle Verträge mit den Versicherern abschliessen und gewisse werden vom Markt ausgeschlossen, während andere ihre Tarife senken, damit ihre Kosten von den Versicherern übernommen werden. Dieser Mechanismus führt zu einer Abnahme der Kosten zulasten der OKP. Diese Variante wurde mehrmals diskutiert, aber schliesslich wurde sie vom Parlament abgelehnt.

Mit einer Differenzierung der Tarife würden die Tarifpartner einen grösseren Handlungsspielraum und damit die Möglichkeit erhalten, die Tarife nach Region, Leistungsangebot oder Qualitätskriterien anzupassen. Dadurch würde der Wettbewerb verstärkt, und die Tarifpartner könnten die Unter- und Überversorgung bekämpfen. Konkret bedeutet eine Differenzierung der Tarife, dass die Tarifpartner in ihren Tarifverträgen regional differenzierte Taxpunktwerte festlegen. Mit dieser Massnahme wird jedoch eine Ungleichbehandlung zwischen den Patientinnen und Patienten, die mobil sind, und den anderen eingeführt. Zudem könnte eine Differenzierung der Tarife im Widerspruch zu dem im KVG verankerten Gebot der Wirtschaftlichkeit stehen. Wenn die Taxpunktwerterhöhung allein dem Ziel dient, regionale Ungleichgewichte in der Gesundheitsversorgung zu korrigieren, beruht die Anpassung der Tarife nicht auf wirtschaftlichen Überlegungen.

Weder die Vertragsfreiheit noch die Differenzierung der Tarife fand bei den Tarifpartnern und den politischen Vertretern einen Konsens. Ausserdem handelt es sich bei diesen beiden Instrumenten nicht um eine Steuerungsmöglichkeit, die den Kantonen zur Verfügung steht. Daher gab das Parlament einer anderen Option den Vorzug.

---

<sup>20</sup> Siehe Botschaft zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (Zulassung von Leistungserbringern) BBl 2018 3125, S. 3140 und den Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 16.3000 SGK-S «Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten» vom 3. März 2017, abrufbar unter: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > 16.3000 > Bericht in Erfüllung des parlamentarischen Vorstosses.

### **3.3.2 Zielvorgabe für die Kostenentwicklung**

Zu den Steuerungsinstrumenten, die den Kantonen zur Verfügung gestellt werden könnten, gehört die Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP. Mit dieser Massnahme, bei der es sich um den ersten Punkt des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kosteneindämmung handelt, soll eine Obergrenze für den Anstieg der Kosten zulasten der OKP eingeführt werden, welche möglichst nicht überschritten werden soll. Diese Zielvorgabe wird auf nationaler Ebene vom Bundesrat festgelegt.

Die Kantone definieren im Rahmen einer vom Bund festgelegten Toleranzmarge eine Zielvorgabe. Jeder Kanton hat somit die Möglichkeit, das Ziel unter Berücksichtigung seiner wirtschaftlichen und demografischen Situation sowie seines Versorgungsangebots leicht anzupassen.

Das festgelegte Ziel ist insofern ebenfalls verbindlich, als die Kantone (beziehungsweise der Bund in seinen Zuständigkeitsbereichen) verpflichtet sind, Massnahmen zur Eindämmung des Kostenanstiegs zu ergreifen. Konkret bedeutet dies, dass die Tarifverträge von den Tarifpartnern überprüft werden müssen. Können sich die Akteure nicht einigen, so legen die Kantone selber die zu ergreifenden Massnahmen fest, die beispielsweise den Taxpunktwert betreffen können.

### **3.3.3 Motion 20.3914 des SGK-N «Zulassungssteuerung bei psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen»**

Am 26. Juni 2020 reichte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) eine Motion ein, mit der der Bundesrat beauftragt wird, das KVG dahingehend zu ändern, dass den Kantonen die Möglichkeit gegeben wird, das Leistungsangebot von psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu steuern.

Der Bundesrat möchte eine solche Steuerung im Rahmen einer Erweiterung der Möglichkeiten der Kantone zur Steuerung der Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b–g und m ermöglichen. Er beantragte daher dem Parlament, die Motion anzunehmen, die durch die Einführung eines neuen Artikels 55b KVG umgesetzt werden könnte.

## **3.4 Fazit und Vorschlag des EDI**

Mit der Änderung vom 19. Juni 2020 des KVG sollen den Kantonen zweckmässige Instrumente für eine bessere Steuerung der Zulassung der Leistungserbringer auf ihrem Gebiet bereitgestellt werden.

Es gilt als erwiesen, dass im Gesundheitsbereich die Nachfrage auf das Angebot reagiert. Daher stellt die Einschränkung der Anzahl Leistungserbringer in Regionen oder Fachbereichen mit einer hohen Dichte in den Fachgebieten ein wirksames Instrument zur Reduktion der Gesundheitskosten dar.

Der Bundesrat will auch eine unkontrollierte Ausweitung der Leistungsmenge im Bereich der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verhindern. Aus diesem Grund empfahl er dem Parlament, die Motion 20.3914 der SGK-N anzunehmen, mit der die Zulassungsbeschränkung auf die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgeweitet werden kann.

Mit der Zulassungsbeschränkung verfügen die Kantone über ein wirksames Instrument, das ihnen ermöglicht, das Versorgungsangebot auf ihrem Gebiet zu steuern und Neuzulassungen in

einem Fachgebiet bei einem starken Kostenanstieg auszusetzen. Es ist daher nicht empfehlenswert, die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen, abgesehen von der Umsetzung der Motion 20.3914, mit anderen Massnahmen zu belasten. Zudem haben die Kantone dem Bundesrat weder schriftlich noch im Rahmen der Arbeitstreffen Vorschläge für andere Massnahmen unterbreitet. Die Motion 20.3914 könnte im Gesetz mit einem neuen Artikel 55b KVG umgesetzt werden (vgl. Ziffer 13).

## 4 Berechnung des Kantonsbeitrags: Brutto- vs. Nettokosten

Der Kantonsbeitrag kann entweder als Prozentsatz der Bruttokosten (d. h. Franchise und Selbstbehalt nicht abgezogen) oder als Prozentsatz der Nettokosten (d. h. Franchise und Selbstbehalt abgezogen) festgelegt werden. Da der Kantonsbeitrag in absoluten Zahlen in beiden Fällen gleich hoch sein soll, um einen für den Durchschnitt aller Kantone kostenneutralen und auch prämieneutralen Übergang zur einheitlichen Finanzierung zu gewährleisten, wird der Prozentsatz bei einer Ausrichtung an den Nettokosten jeweils höher sein als bei einer Ausrichtung an den Bruttokosten, da ein gleichbleibender Betrag bei den Nettokosten einem tieferen Gesamtbetrag (Franchise und Selbstbehalt abgezogen) gegenübergestellt wird. Beide Ansätze haben ihre Vor- und Nachteile, welche im Folgenden dargestellt werden.

### 4.1 Kantone finanzieren Anteil an Nettoleistungen der Versicherer, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten (Option 1)

Diese Lösung wurde im vom Nationalrat am 26. September 2019 gutgeheissenen Entwurf gewählt. Auch der Bundesrat sprach sich in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 für diese Lösung aus. Die Option 1 sieht vor, dass die kantonale Mitfinanzierung an den Nettoleistungen der Versicherer ausgerichtet wird. Die Versicherer erhalten also lediglich kantonale Gelder für Leistungen, welche sie nach Abzug der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) 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 die Versicherten, welche ihre Franchise noch nicht ausgeschöpft 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. Zudem haben auch die Versicherer keinen Anreiz, gegenüber heute zusätzliche Rechnungen einzufordern. Es ist aus dieser Quelle also kein Anstieg der administrativen Kosten zu erwarten.

Ein weiterer Vorteil ist, dass diese Option laut dem Bundesamt für Justiz (BJ) verfassungsrechtlich unbedenklich ist. Die Kantone beteiligen sich an der Finanzierung der «Netto»-Kosten der Versicherungsleistungen. Der Kostenanteil der Versicherten wird von den Vergütungen abgezogen, bevor der kantonale Beitrag berechnet wird. Die Kantone werden damit verpflichtet, einen Anteil an die Kosten der Krankenversicherung zu leisten, nicht aber an die Kosten für Leistungen, welche im Rahmen der Kostenbeteiligung von Privatpersonen übernommen werden. Diese Regelung entspricht der Kompetenz des Bundes zur Regelung der Krankenversicherung in Artikel 117 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und wirft keine verfassungsrechtlichen Probleme auf.

### Auswirkungen auf die Prämien nach Franchisestufe

In einem Artikel der NZZ vom 26. September 2019 aufgrund einer Studie im Auftrag von santésuisse (IWSB 2019) wird bei der Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen (Option 1) eine Benachteiligung der hohen Wahlfranchisen befürchtet. Bei Wahl der Option 1 würden sich laut der Studie die Kantonsbeiträge der hohen Franchisen (1500, 2000, 2500) um 295 Millionen Franken verkleinern, während sich jene für die tiefen Franchisen (300, 500,

1000) um denselben Betrag vergrössern. Es stellt sich nun die Frage, ob diese Umverteilung einen direkten Einfluss auf die Prämienhöhe der unterschiedlichen Franchisestufen hat.

Es ist indessen nicht davon auszugehen, dass ein solcher Effekt eintreten wird. Eine Benachteiligung der hohen Wahlfranchisen wäre theoretisch zu erwarten, wenn die Versicherer die Prämien der einzelnen Franchisestufen frei und unabhängig voneinander festlegen könnten. Um die Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten sicherzustellen, sind die Rabatte für Wahlfranchisen aber auf 70 Prozent des von der versicherten Person zusätzlich übernommenen Risikos beschränkt (Art. 95 Abs. 2<sup>bis</sup> KVV). Das heisst, auch wenn die Versicherten mit hohen Wahlfranchisen theoretisch für die Versicherer etwas teurer werden, werden sich deren Prämien nicht erhöhen. Auch IWSB (2019) selbst hält fest, dass seine Studie nicht abschliessend beantworten kann, «ob der Nettoansatz [...] das Prämiengefüge tangiert», und ergänzt, dass «aufgrund der gesetzlichen Maximalrabatte auf Wahlfranchisen [...] sich die Umverteilung der Kantonsfelder nicht 1 zu 1 auf die OKP-Prämien auswirken» wird.

Der Effekt aufgrund fehlender Ausprägungen der Individualdaten (keine Differenzierung von ambulanten und stationären Leistungen; siehe unten) kann zwar nicht exakt quantifiziert und der Betrag von 295 Millionen Franken nicht direkt überprüft werden. Mithilfe einer Berechnung der Rentabilität der einzelnen Franchisestufen<sup>21</sup> mit den verfügbaren Individualdaten im Rahmen von BAGSAN wird aber klar, dass in den höheren Franchisen über mehrere Jahre deutlich höhere Prämien eingenommen als Ausgaben getätigt worden sind. Die Ausgaben umfassen dabei die Nettoleistungen, den Risikoausgleich und die Verwaltungskosten (werden mit 5 % der Prämieinnahmen miteinberechnet). Tabelle 4 zeigt die berechneten Rentabilitäten für die Jahre 2015 bis 2018.

Auch wenn der in der Studie (IWSB 2019) im Auftrag von santésuisse erwähnte Umverteilungseffekt des Kantonsbeitrags von 295 Millionen Franken zutreffen würde, könnte er in sämtlichen betrachteten Jahren klar von den höheren Franchisen getragen werden, ohne dass deren Rentabilität negativ wird. Der Grund für die hohen Gewinne der Versicherer mit Wahlfranchisen ist, dass der Rabatt für Wahlfranchisen wie erwähnt auf 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos begrenzt ist, um eine gewisse Solidarität zwischen gesunden und kranken Versicherten zu erreichen. Die Ausgaben der Versicherer sind bei Wahlfranchisen, welche zumeist von gesunden Versicherten gewählt werden, tiefer als die Prämieinnahmen. Umgekehrt sind bei den ordentlichen Franchisen, welche oft von weniger gesunden Versicherten gewählt werden, die Ausgaben der Versicherer höher als die Prämieinnahmen. Somit hat die Umverteilung, welche mit der Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen (Option 1) im Hintergrund stattfindet, aber durch die Änderung der Versicherer-internen Finanzflüsse gerade wieder ausgeglichen wird, keinen direkten Einfluss auf die Prämienhöhe der einzelnen Franchisestufen. Die Prämien der einzelnen Franchisestufen und auch das Ausmass der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken werden durch eine Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen (Option 1) nicht tangiert.

---

<sup>21</sup> Dabei werden die Kinder (0 – 18 Jahre) ausgeklammert, da die Franchisestufen nicht mit denjenigen der erwachsenen Personen identisch sind.



**Tabelle 4: Rentabilität pro Franchisestufe**

Jahr	Franchise	Erwachsene Personen	Rentabilität in Franken
2015	300	2'918'405	-2'728'062'028
	500	961'629	158'393'556
	1000	311'085	281'232'905
	1500	806'531	736'280'793
	2000	264'384	142'200'076
	2500	1'378'253	656'645'811
2016	300	2'954'505	-2'701'451'408
	500	924'109	190'425'156
	1000	296'663	295'161'120
	1500	749'093	762'461'955
	2000	240'079	156'787'253
	2500	1'551'835	852'882'905
2017	300	2'956'837	-1'720'808'309
	500	875'242	281'983'137
	1000	277'212	239'902'599
	1500	678'762	597'418'340
	2000	208'311	112'864'146
	2500	1'759'010	598'501'725
2018	300	2'961'924	-1'174'567'375
	500	825'674	429'188'108
	1000	255'488	257'054'110
	1500	600'194	632'984'958
	2000	186'617	139'360'679
	2500	1'982'400	876'103'450

## **Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung**

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. Ambulant behandelte Versicherte werden im Gegenzug nicht entlastet, weil auch dort die Kostenbeteiligung auf den gesamten Kosten erhoben wird, so wie dies in diesem Bereich bereits heute der Fall ist.

Die oben erwähnte Studie im Auftrag von santésuisse (IWSB 2019) schätzt die zusätzliche Kostenbeteiligung als relativ klein ein und beziffert sie mit maximal 10 Franken pro Person und Jahr für die höheren Franchisestufen. Versicherte mit unteren Franchisestufen werden keine zusätzliche Kostenbeteiligung zahlen müssen. Genauere Aussagen sind nicht möglich, weil dem BAG Individualdaten zu den Behandlungsverläufen, welche nach stationären und ambulanten Leistungen differenzieren, fehlen. Die Individualdaten, welche das BAG gegenwärtig im Rahmen von BAGSAN von den Versicherern erhält, unterscheiden nicht zwischen ambulanten und stationären Leistungen, deshalb kann der Effekt nicht abgeschätzt werden. Das Parlament behandelt momentan die pa. Iv. 16.411 Eder «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung», in deren Rahmen mit Änderungen des KVG und des KVAG die Datenlieferungen der Versicherer an das BAG neu geregelt werden sollen.<sup>22</sup> Derzeit ist noch unklar, welche Daten das BAG künftig erhalten wird.

Einem wohl eng begrenzten Anstieg der Kostenbeteiligung für wenige steht somit eine wohl sehr geringe Senkung der Prämien für alle im gleichen Umfang gegenüber. In dieser Option vermindert sich der Kantonsbeitrag auf Grund der leicht höheren Kostenbeteiligung ebenfalls, weil dieser auf den Nettoleistungen berechnet wird. Der Rückgang von Prämien und Kantonsbeitrag entspricht zusammen dem Anstieg der Kostenbeteiligung. Falls gewünscht, könnten diese Effekte über tiefere Franchisestufen ausgeglichen werden.

Eine weitere Auswirkung einer Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen (Option 1) ist, dass die Mitfinanzierung durch die Kantone in dieser Option nicht von den gesamten Kosten der Leistungen abhängt, sondern von den Kosten, welche den Versicherern verbleiben. Würden sich im Zeitverlauf mehr Versicherte für eine höhere Franchisestufe entscheiden oder die Franchisestufen allgemein angehoben werden, würde dies den Kanton gemessen an den Gesamtkosten entlasten, weil die höhere Kostenbeteiligung auf den gesamten Kosten der Leistungen fällig wird und sich die Kantone nicht daran beteiligen. Falls dies nicht gewünscht wird, müsste, um eine derartige Entlastung des Kantons zu vermeiden, jeweils der im Gesetz festgelegte Finanzierungsteiler angepasst werden.

---

<sup>22</sup> In EFIND 3 würden die Individualdaten nach ambulanten und stationären Leistungen von den Versicherern getrennt erhoben werden und dies würde dem BAG die Berechnung des Effekts ermöglichen.

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

Eine zweite Option beinhaltet, dass die kantonale Mitfinanzierung an den Bruttoleistungen der Versicherer ausgerichtet wird. Massgebend sind also die Leistungen der Versicherer und der Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt). In der Option 2a würden die Versicherten neu auch im stationären Bereich wie heute im ambulanten Bereich die Kostenbeteiligung auf den Bruttokosten der Leistungen leisten müssen. Die Versicherer würden den Versicherten also auch diejenigen Teilkosten von Leistungen als Kostenbeteiligung in Rechnung stellen, für welche sie eigentlich bereits vom Kanton einen Kantonsbeitrag erhalten haben.

Nachteil dieser Lösung ist, dass es das BJ als sehr zweifelhaft erachtet, 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. Zwar würden im Gegenzug die Prämien aller Versicherten etwas sinken, so dass die Gesamtheit aller Versicherten in finanzieller Sicht schadlos gestellt wäre. Die Kantone würden aber damit verpflichtet, Beiträge auszurichten an Kosten, welche nicht von den Versicherern getragen werden, sondern von den Versicherten. Dieser Teil der Kantongelder kommt den Versicherten lediglich indirekt über Prämienenkungen zugute. Artikel 117 BV besagt, dass der Bund zwar Vorschriften über die Krankenversicherung erlässt. Die verfassungsrechtliche Kompetenz des Bundes, die Kantone zu Finanzierungsbeiträgen zu verpflichten, erstreckt sich nur auf den Bereich der Krankenversicherung. Es ist somit zweifelhaft, ob dies ausreichend dafür wäre, die Kantone zu den erwähnten Zahlungen zu verpflichten. Die Zulässigkeit dieser Lösung aus verfassungsrechtlicher Sicht ist somit sehr zweifelhaft.

### Auswirkungen der heute versteckten Kostenbeteiligung in Form von Out-of-Pocket-Zahlungen auf den Kantonsbeitrag

Die Versicherten im System des *tiers garant* haben zwar ebenso wie in Option 1 und im Gegensatz zu Option 2b (vgl. Ziffer 4.3.) auch in der Option 2a keinen unmittelbaren Anreiz, ihre Rechnungen dem Versicherer einzusenden. Dieser bleibt so von der Abwicklung dieser Rechnungen entlastet. Allerdings ändert sich das Bild, wenn indirekte Effekte miteinbezogen werden. 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 in Option 2a versuchen, diejenigen Rechnungen, welche heute von den Versicherten direkt («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. Bei der Option 2a ist somit nicht auszuschliessen, dass es indirekt zu einem 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 Anstieg der administrativen Kosten ist in der Option 2a möglicherweise etwas geringer als in der Option 2b.

Es ist nämlich 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 KVG als Möglichkeit vorsieht.

Unabhängig vom genauen Ausmass des Effekts ist in Option 2a wie auch in Option 2b damit zu rechnen, dass der Umfang der heute in der Statistik nicht sichtbaren Rechnungen, welche «out of pocket» bezahlt werden, etwas abnimmt. Auf diesen bereits bisher erbrachten Leistungen, welche aber erst mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung mit Kantonsbeitrag auf den Bruttokosten (Optionen 2a und 2b) zumindest teilweise statistisch sichtbar werden, schuldet der Kanton bei Orientierung des Kantonsbeitrags an den Bruttokosten ebenfalls einen Kantonsbeitrag. Wird dafür der Finanzierungsanteil verwendet, welcher auf Basis der heutigen Statistik berechnet wurde, in welcher die erwähnten, bisher nicht sichtbaren Out-of-Pocket-Zahlungen nicht enthalten sind, dürfte der Kantonsbeitrag als absoluter Frankenbetrag gegenüber heute etwas steigen, da der mit den heutigen Zahlen hergeleitete Finanzierungsteiler auf ein neu etwas grösseres Volumen als heute statistisch sichtbar angewendet wird. Die Prämien würden dafür im gleichen Mass sinken, weil die Versicherer in Option 2a vom Kanton Mittel erhalten würden für Leistungen, welche von den Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung getragen werden und deren Rechnungen bisher nicht über die Versicherer liefen. Mit diesen Mitteln können die Versicherer die Prämien der Versicherten senken.

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 860 Millionen Franken pro Jahr durch diesen Effekt denkbar.<sup>23</sup> Es spricht aber sehr vieles dafür, dass diese Eingrenzung stark überhöht ist und der Effekt massiv geringer ausfällt.

### **Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung respektive Prämien**

Die Kostenbeteiligung der Versicherten würde, ähnlich wie in Option 1 beschrieben, 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. Im Unterschied zum Nettoansatz (Option 1) bleibt in Option 2a der Staatsbeitrag bei einer steigenden Kostenbeteiligung derselbe. Der Staatsbeitrag wird auf den Bruttokosten der Leistungen berechnet und hängt deswegen nicht von der Höhe der Kostenbeteiligung ab. Die Höhe der Kostenbeteiligung beeinflusst nur die Nettoleistungen der Versicherer.

---

<sup>23</sup> Dieser maximal denkbare Wert wurde unter unrealistisch hohen Annahmen hergeleitet, ist aber die einzige Möglichkeit zur Eingrenzung. Aus der Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2018 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.

### 4.3 Kantone finanzieren Anteil an Gesamtkosten, Versicherte leisten Kostenbeteiligung auf Kosten abzüglich kantonaler Mitfinanzierung (Option 2b)

Diese Variante sieht vor, dass der Kantonsbeitrag wie bei Option 2a an den Bruttokosten ausgerichtet wird, dass aber die Versicherten im Unterschied zu Option 2a die Kostenbeteiligung lediglich auf den Kosten nach Abzug der kantonalen Mitfinanzierung zu leisten haben. Die Lösung entspricht damit im Bereich der Mitfinanzierung durch den Kanton und der Kostenbeteiligung der Versicherten dem, was heute im stationären Bereich Praxis ist. Der Kanton finanziert (neu über die Versicherer) einen Teil der Gesamtkosten, und auf demjenigen Teil, welcher nicht vom Kanton getragen wird, erheben die Versicherer eine Kostenbeteiligung bei den Versicherten.

Nachteil dieser Lösung ist, dass die Versicherten im System des *tiers garant* neu einen Anreiz haben, sämtliche Rechnungen der Leistungserbringer einzusenden, um – auch bei kleinen Rechnungsbeträgen – 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.

Auch in Option 2b stellen sich verfassungsrechtliche Problemstellungen. Allerdings ist die Natur des Problems in Option 2b ein anderes. In Option 2a leistet der Kanton Beiträge an die Versicherer für Leistungen, welche nicht von diesen übernommen werden, sondern von den Versicherten. Dies ist in Option 2b nicht der Fall. Im System von Option 2b beteiligen sich die Kantone an der Finanzierung aller Leistungen, welche die Voraussetzungen für die Kostenübernahme im Sinne des KVG für die Versicherten mit Wohnsitz im Kanton und die mit ihm verbundenen Personen erfüllen. Dieses System impliziert, dass bei allen Leistungen der Betrag, der dem kantonalen Beitrag entspricht, aus rechtlicher Sicht immer zuerst von der Versicherung getragen wird. Diese wiederum hat gegenüber dem Kanton Anspruch auf Rückerstattung dieses Kantonsbeitrags: Im System des *tiers garant* hat die versicherte Person einen Anspruch auf diesen Betrag gegenüber der Versicherung, während im System des *tiers payant* dieser Betrag von der Versicherung getragen wird. Die Besonderheit dieses Systems besteht darin, dass im Verhältnis zu den tatsächlich von der Versicherung getragenen Kosten der kantonale Beitragsatz bei Vergütungen, auf welche die Franchise voll anwendbar ist, 100 Prozent beträgt: Immer dann, wenn die Franchise einer versicherten Person noch nicht ausgeschöpft ist, kann es vorkommen, dass der Kanton einen Beitrag leistet (beispielsweise ca. Fr. 25.– bei einer einzigen Arztrechnung pro versicherte Person und Jahr von Fr. 100.–), der Versicherer hingegen keine Leistungen übernimmt (weil im Beispiel die verbleibenden Fr. 75.– vollumfänglich zulasten der versicherten Person gehen). In diesem Fall müsste der Kanton für bestimmte Leistungen einen Kostenbeitrag bezahlen, obwohl der Krankenversicherer selbst keinen Beitrag bezahlt, weil die Franchise der versicherten Person eben nicht erreicht ist.

Es ist nicht klar, ob die Verfassung ein solches Finanzierungssystem zulässt. Einerseits, weil ein Teil der Lehre der Ansicht ist, dass die Krankenversicherung hauptsächlich durch Prämienzahlungen finanziert werden müsse bzw. der Verfassungsbegriff der Versicherung eine ausschliesslich öffentliche Finanzierung der Leistungen der sozialen Krankenversicherung verbiete. Andererseits ist unklar, ob dieses von der Lehre vertretene Finanzierungsprinzip nur aus der Gesamtschau (Berücksichtigung aller Leistungen) oder für jeden einzelnen Leistungsfall bzw. jeden einzelnen Versicherten gelten muss. Über alle Leistungen hinweg wäre das erste Kriterium erfüllt, da die Kantonsbeiträge lediglich ungefähr ein Viertel der Kosten der Leistungen ausmachen. Im geschilderten Beispiel wäre das zweite Kriterium allerdings nicht erfüllt, da dort der Versicherer keine Leistungen übernimmt, der Kanton aber doch einen Beitrag leistet. Es könnte argumentiert werden, dass damit der in der Verfassung geforderte Charakter einer

Versicherung nicht mehr in allen Fällen (d. h. bei allen Versicherten) erfüllt ist, zumal ein beträchtlicher Teil der Versicherten von den Versicherern im Laufe eines Jahres gar keine Leistungen empfängt (45 % für das Jahr 2018)<sup>24</sup>.

Mit anderen Worten: Die Frage, ob für ein bestimmtes Leistungssegment (konkret die Fälle, in denen die Franchise nicht erreicht wurde) den Kantonen eine Finanzierung ohne Beteiligung der Krankenversicherer (Prämien) auferlegt werden kann, ist bis anhin noch nicht gerichtlich geprüft worden und wird vom BJ als verfassungsrechtlich diskutabel bezeichnet. Das potentielle verfassungsrechtliche Problem scheint insgesamt allerdings weniger gravierend als dasjenige in Option 2a.

### **Auswirkungen der heute versteckten Kostenbeteiligung in Form von Out-of-Pocket-Zahlungen auf den Kantonsbeitrag**

Ebenso wie in Option 2a, womöglich noch etwas stärker, ist damit zu rechnen, dass durch den Anreiz für die Versicherten, alle Rechnungen einzusenden, der Umfang der heute in der Statistik nicht sichtbaren Rechnungen, welche von den Versicherten direkt («out of Pocket») bezahlt werden, etwas abnimmt. Der Kantonsbeitrag würde bei Verwendung des auf Basis der heutigen Statistik berechneten Finanzierungsteilers als absoluter Frankenbetrag gegenüber heute etwas steigen, da der mit den heutigen Zahlen hergeleitete Finanzierungsteiler auf ein neu etwas grösseres Volumen als heute statistisch sichtbar angewendet wird. Im Unterschied zu Option 2a würden im Gegenzug für den Anstieg des Kantonsbeitrags nicht die Prämien sinken, sondern die Kostenbeteiligung.

### **Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung respektive Prämien**

Weil neu ein höherer Anteil der Kosten (statt maximal 45 Prozent neu je nach gewähltem Finanzierungsteiler ungefähr drei Viertel) der stationären Leistungen der Kostenbeteiligung unterstehen, 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 Versicherte, 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 einem Teil der Kosten (je nach gewähltem Finanzierungsteiler ungefähr drei Viertel) 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 unbestimmtem 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

---

<sup>24</sup> Dabei wurden die Individualdaten aus BAGSAN verwendet.

sie neu zu einem höheren Anteil mitfinanzieren müssen (Spital stationär, ca. drei Viertel statt 45 %), in manchen Fällen nicht mehr so viel Kostenbeteiligung einfordern können wie sie in dem Bereich, wo sie entlastet werden (ambulante Behandlungen, ca. drei Viertel statt 100 %), heute noch einfordern können. Die Kantongelder sind von diesem Effekt nicht betroffen, weil sie auf den Bruttokosten erhoben werden und damit nicht durch die Aufteilung der Kosten zwischen Versicherern und Versicherten (Kostenbeteiligung) beeinflusst werden.

Genauere Berechnungen zum Umfang des Effekts sind leider nicht möglich. Dafür wären spezifische Individualdaten notwendig. Diese stehen dem BAG momentan nicht zur Verfügung (siehe auch Ausführungen im Abschnitt 4.1).

#### 4.4 Übersicht über die drei Optionen und Vorschlag des EDI

**Tabelle 5: Überblick über die drei Optionen**

	Option 1: Kantonsanteil an Nettoleistungen der Versicherer, Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten	Option 2a: Kantonsanteil an Gesamtkosten, Kostenbeteiligung auf Gesamtkosten	Option 2b: Kantonsanteil an Gesamtkosten, Kostenbeteiligung auf Kosten nach Kantonsbeitrag
Prämien	Sinken	Sinken	Steigen
Kantonsbeitrag	Sinkt	Steigt	Steigt
Kostenbeteiligung	Steigt	Steigt	Sinkt
Korrekturmöglichkeiten (Auswahl)	Periodische Anpassung Finanzierungsteiler, tieferer Selbstbehalt, tiefere Franchisestufen	Anpassung Finanzierungsteiler nach Übergangsfrist, tieferer Selbstbehalt, tiefere Franchisestufen	Anpassung Finanzierungsteiler nach Übergangsfrist, höherer Selbstbehalt, höhere Franchisestufen
Anzahl durch Versicherer abgerechnete Rechnungen (Administrative Kosten)	unverändert	Steigen indirekt	Steigen direkt
Verfassungsrechtliche Problemstellungen	Unproblematisch	Potentiell problematisch: Zahlungspflicht der Kantone für Leistungen welche nicht direkt vom Versicherer bezahlt werden und den Versicherten nur indirekt über Prämienenkungen zukommen	Diskutabel: Finanzierung eines gewissen Leistungssegments (Franchise nicht erreicht) ohne Beteiligung der Krankenversicherer alleine durch Kantonsbeitrag könnte verfassungsrechtlich problematisch sein
Weitere Bemerkungen	Vom Nationalrat beschlossen, vom Bundesrat in Stellungnahme vom 14. August 2019 unterstützt	Versicherer haben Anreize für <i>tiers payant</i>	Hat Gemeinsamkeiten mit heutiger Regelung der stationären Spitalfinanzierung



Aufgrund der administrativen Einfachheit und der verfassungsrechtlichen Unbedenklichkeit schlägt das EDI vor, die vom Nationalrat gewählte Lösung (Option 1, Kantonsbeitrag an Nettoleistungen der Versicherer) zu übernehmen, wie dies auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 empfohlen hat. Von dieser Lösung sind auch keine Auswirkungen auf das Prämiengefüge der verschiedenen Franchisestufen zu erwarten. Die Prämien der einzelnen Franchisestufen und auch das Ausmass der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken werden durch eine Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen (Option 1) nicht tangiert.

#### **4.5 Festlegung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag**

Ausgangslage bildet die vom Nationalrat beschlossene Formulierung in Artikel 60 E-KVG zur Berechnung des Kantonsbeitrags. Der Nationalrat sah vor, lediglich die ambulanten und stationären Leistungen unter Ausschluss der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zu integrieren. Für die stationären Spitalleistungen ist der Umfang der heutigen Mitfinanzierung durch die Kantone relativ präzise bestimmbar. Entsprechend ist es mit den vorhandenen Daten auch möglich, einen Finanzierungsanteil der Kantone an allen Leistungen (mit Ausnahme der Pflegeleistungen) so zu bestimmen, dass der Übergang vom alten zum neuen Regime sowohl für die Kantone als auch für die Gesamtheit der Versicherer jeweils gerade kostenneutral ist. Der Nationalrat hat in der Folge einen Finanzierungsteiler für den Kantonsbeitrag von 25,5 Prozent der Nettoleistungen der OKP festgelegt. Dieser Anteil ist so bemessen, dass das resultierende Volumen für die Mitfinanzierung aller Leistungen nach KVG mit Ausnahme der Pflegeleistungen gerade dem heutigen Kantonsanteil von 55 Prozent an den stationären Leistungen entspricht.

Bei der Festlegung des kostenneutralen Finanzierungsanteils unter Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung (vgl. Ziffer 2) stellt sich allerdings das Problem, dass die heutigen Kosten, welche die Kantone (zusammen mit den Gemeinden) im Rahmen ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen nach KVG übernehmen, nicht genau bekannt sind. Eine Abgrenzung von Beiträgen der Kantone für andere als KVG-Leistungen (beispielsweise Betreuung) ist nicht immer möglich, da sich etwa die Umlageschlüssel für gemeinsame Fixkosten von KVG-Leistungen und Nicht-KVG-Leistungen zwischen den Kantonen und auf Ebene der Leistungserbringer unterscheiden. Ausserdem unterscheidet sich auch die Festlegung der maximal zu übernehmenden Restfinanzierung bzw. Pflegekosten zwischen den Kantonen. Es ist somit zum jetzigen Zeitpunkt auf Basis der vorliegenden Daten (noch) nicht möglich, auf präzise Weise einen Finanzierungsanteil zu berechnen, welcher den Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung so ermöglicht, dass er für die Kantone und Versicherer im Übergang jeweils gerade kostenneutral ausfällt.

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass ein Einbezug der Pflegeleistungen in einem zweiten Schritt einige Jahre nach dem Inkrafttreten einer einheitlichen Finanzierung für die übrigen Leistungen nach KVG (erster Schritt) erfolgen soll. Zugleich soll dieser spätere Einbezug aber von Beginn an im Gesetz festgelegt werden. Die Dauer der Übergangsfrist soll vom Gesetzgeber mittels dem Zeitpunkt des späteren Inkrafttretens der Bestimmungen zum Einbezug der Pflegeleistungen in die Einheitliche Finanzierung festgelegt werden. Dies wird in den Schlussbestimmungen so festgehalten (vgl. Ziffer 2). In dieser Situation ergeben sich verschiedene Möglichkeiten, wie mit der Festlegung des Finanzierungsteilers umgegangen werden kann, falls ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung gewünscht wird. Die verschiedenen Möglichkeiten werden in der folgenden Tabelle dargestellt und anschliessend erläutert:

**Tabelle 6: Möglichkeiten zur Festlegung des Finanzierungsteilers**

		Zeitpunkt der Festlegung des Finanzierungsteilers	
Mechanismus für Kostenneutralität	\	Sequentielle Festlegung	Gleichzeitige Festlegung von Übergangs- und definitivem Finanzierungsteiler
	Kein Mechanismus für Kostenneutralität	1) – Überganganteil heute festgelegt, Auftrag zur Ausarbeitung eines neuen Anteils	2) – beide Anteile von Beginn an festgelegt, kein Mechanismus für Kostenneutralität
	Mit Mechanismus für Kostenneutralität		3) – beide Anteile von Beginn an festgelegt, Mechanismus für Kostenneutralität

#### 4.5.1 Option 1: Finanzierungsteiler für ersten Schritt im Gesetz und Auftrag zur Ausarbeitung eines Finanzierungsteilers für zweiten Schritt

Der Finanzierungsteiler für den ersten Schritt wird im Gesetz mit einem fixen Prozentsatz festgelegt (beispielsweise auf 25,5 %), so wie es in der vom Nationalrat verabschiedeten Vorlage bereits vorgesehen ist. Dem Gesetzgeber steht es frei, diesen Finanzierungsteiler im Hinblick auf die Integration der Pflegeleistungen zu einem späteren Zeitpunkt, das heisst nach Inkrafttreten der ersten Phase ohne Pflegefinanzierung, anzupassen, so dass der geänderte Finanzierungsteiler idealerweise gleichzeitig mit dem Einbezug der Pflegeleistungen in Kraft treten kann. Um dem Gesetzgeber die notwendigen Grundlagen für eine solche Entscheidung zu liefern, könnte der Bundesrat beauftragt werden, eine Gesetzesänderung mit einem angepassten Finanzierungsteiler nach Einbezug der Pflegeleistungen auszuarbeiten. Dabei wären die gewünschten Leitlinien für die Festlegung des Finanzierungsteilers festzulegen. Alle Finanzierungsträger (versicherte Personen, Versicherer und Kantone) sollen grundsätzlich über die Zeit hinweg jeweils konstante Anteile an der Finanzierung der Leistungen nach dem Gesetz übernehmen.

Zu definieren wäre, ob der Finanzierungsteiler für die zweite Phase (nach Einbezug der Pflegeleistungen) so festgelegt werden soll, dass sich beim Übergang von der ersten Phase (einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen) zur zweiten Phase keine Änderungen der Finanzierungsanteile ergeben, oder ob der Finanzierungsteiler für die zweite Phase so festgelegt werden soll, dass sich die Finanzierungsanteile in der zweiten Phase nicht gegenüber der Situation vor der einheitlichen Finanzierung unterscheiden.

Beides zugleich ist nicht möglich, wenn die Pflegeleistungen erst in einem zweiten Schritt in eine einheitliche Finanzierung integriert werden. Die Kosten für Pflegeleistungen steigen mutmasslich schneller als die der übrigen KVG-Leistungen<sup>25</sup> und es ist zu erwarten, dass der Anteil

<sup>25</sup> Die Projektionen der EFV etwa gehen bis 2030 von einem jährlichen Wachstum der Kosten der Pflegeleistungen von 4,5 bis 5,5 Prozent aus, während es im stationären Bereich lediglich jährlich 3,1 bis 4,5 Prozent und im ambulanten Bereich jährlich 2,9 bis 3,2 Prozent sind. Infrac (2019) rechnet in der Studie im Auftrag der GDK bis 2030 mit einem jährlichen Wachstum der

der Kantone an den Pflegeleistungen aufgrund ihrer Verantwortung für die Restfinanzierung über die Zeit hinweg steigt. Während der ersten Phase verschieben sich somit die Finanzierungsanteile über alle Leistungen hinweg betrachtet (d. h. auch inklusive der immer noch über OKP-Beiträge mitfinanzierten Pflegeleistungen) fortlaufend. Entweder werden beim Übergang zur zweiten Phase diese in der Zwischenzeit eingetretenen Verschiebungen mitgenommen oder aber es wird wieder der Zustand bei Inkrafttreten der ersten Phase wiederhergestellt, allerdings mit entsprechenden Prämiensprüngen beim Übergang von der ersten zur zweiten Phase.

Solange der Gesetzgeber sich nicht auf einen neuen Finanzierungsteiler einigt (sei es der vom Bundesrat vorgeschlagene oder ein anderswie angepasster Finanzierungsteiler) gilt weiter der Finanzierungsteiler der ersten Phase. Für die Festlegung der Dauer der Übergangsfrist bis zum Einbezug der Pflegeleistungen (vgl. Ziffer 2) sollte neben der notwendigen Zeitdauer bis zum Vorliegen der notwendigen Daten auch die Zeitdauer des Gesetzgebungsverfahrens berücksichtigt werden.

#### **4.5.2 Option 2: Finanzierungsteiler im Gesetz für beide Phasen**

Der Finanzierungsteiler für den zweiten Schritt (nach Einbezug der Pflegeleistungen) wird von Beginn an im Gesetz festgelegt auf Basis einer Annäherung an den «wahren», kostenneutralen Wert, die verbleibende Unsicherheit wird toleriert. Zudem ist es dem Gesetzgeber unbenommen, zu einem späteren Zeitpunkt den Finanzierungsteiler wieder anzupassen, es sind in dieser Option aber keine expliziten Bestimmungen oder Mechanismen vorgesehen. Falls gewünscht wäre es auch möglich, die Unsicherheit respektive das finanzielle Risiko einer Zusatzbelastung eher auf die Kantone (Steuerzahlende) oder eher auf die Versicherer (Prämienzahlende) zu legen. Diese Frage müsste in der (heute vorgenommenen) Berechnung des Kantonsbeitrags angeschnitten und beantwortet werden. In den Übergangsbestimmungen wird für den ersten Schritt ein Finanzierungsteiler festgelegt (beispielsweise wie vom Nationalrat vorgesehen 25,5 %), welcher in den Einführungsjahren mit einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen ohne Pflegeleistungen gilt. Im eigentlichen Gesetzestext wird der Finanzierungsteiler für die darauffolgende, definitive Regelung nach Einbezug der Pflegeleistung festgelegt. Falls sich dieser festgelegte Finanzierungsteiler für diese spätere Phase im Nachhinein als nicht korrekt erweisen sollte, hat der Gesetzgeber auch nach Inkrafttreten der zweiten Phase mit Einbezug der Pflegeleistungen jederzeit die Möglichkeit, den Finanzierungsteiler erneut anzupassen. Allerdings ist dafür kein automatischer Mechanismus und keine Rückwirkung vorgesehen.

#### **4.5.3 Option 3: Finanzierungsteiler im Gesetz für beide Phasen, inkl. Überprüfungsauftrag**

In Ergänzung zur Festlegung des definitiven Finanzierungsteilers im Gesetz und des Finanzierungsteilers in der ersten Phase in den Übergangsbestimmungen (siehe Option 2) könnte der Bundesrat beauftragt werden, nach einer bestimmten Zeit zu überprüfen, ob bei der Festlegung des Finanzierungsteilers der Grundsatz der Kostenneutralität eingehalten wurde. Falls die Prüfung ergäbe, dass dies nicht der Fall ist, müsste vom Bundesrat ein angepasster Finanzie-

---

Kosten der Pflegeleistungen von 3,7 Prozent und lediglich 1,3 Prozent für stationäre Leistungen und 3,1 Prozent für ambulante Leistungen.

nungsteiler vorgeschlagen werden. Der spätere Vorschlag des Bundesrates würde dem Gesetzgeber dann eine definitive, nachträgliche Anpassung des Finanzierungsteilers nach Vorliegen belastbarer Daten erlauben.

#### **4.5.4 Vorschlag des EDI**

Mit der bis heute erreichten Kostentransparenz im Pflegebereich ist es noch nicht möglich, den Finanzierungsanteil der Kantone im Bereich der Pflegeleistungen exakt zu bestimmen. Hingegen ist eine Eingrenzung des Finanzierungsteilers für eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen nach KVG beispielsweise für das Jahr 2016 auf 27,5 bis 27,9 Prozent möglich, das heisst auf einen Unsicherheitsbereich von ungefähr 0,4 Prozentpunkten (vgl. Ziffer 2.1.2.). Dieser Unsicherheitsbereich bewegt sich im Rahmen weiterer Unsicherheiten, etwa der Abgrenzung zwischen verschiedenen Leistungsarten (Akutbehandlung, Langzeitpflege in Spitälern, gemeinwirtschaftliche Leistungen) im stationären Bereich.

Eine gesetzliche Festlegung der beiden Finanzierungsteiler (Übergangsfrist und definitiv) von Beginn an hat den Vorteil, allen Akteuren Sicherheiten hinsichtlich der zukünftigen Finanzierungsteiler zu geben, und vermeidet, dass zu einem späteren Zeitpunkt vom Gesetzgeber nochmals ein Finanzierungsteiler beschlossen werden muss, die Reform mithin also noch nicht abgeschlossen wäre. Um den dennoch bestehenden Unsicherheiten, nicht nur im Bereich der Pflegefinanzierung, Rechnung zu tragen, kann es sinnvoll sein, dass das Parlament den Bundesrat beauftragt, nach einer bestimmten Frist die Kostenneutralität der Reform zu überprüfen und nötigenfalls dem Gesetzgeber einen neuen Finanzierungsteiler vorzuschlagen. Einen solchen Auftrag kann das Parlament dem Bundesrat ausserhalb des Regelungsentwurfs erteilen, etwa mittels einer Motion. Das EDI schlägt dem Gesetzgeber somit die Option 3 vor, welche in Artikel 60 Absatz 3 KVG und in den Übergangsbestimmungen geregelt werden könnte (vgl. Ziffer 13).

## 5 Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherer

Nachdem festgelegt ist, an welchen Leistungen sich der Kanton mit einem Kantonsbeitrag beteiligt (mit oder ohne Pflegeleistungen) und ob der Kantonsbeitrag an den Brutto- oder den Nettokosten ausgerichtet wird und nachdem auch das Vorgehen bei der Festlegung des Prozentsatzes für den Kantonsbeitrag bestimmt ist, bleibt noch zu entscheiden, mit welchem Mechanismus der Kantonsbeitrag auf die einzelnen Versicherer aufgeteilt werden soll.

### 5.1 Vergleich einer Aufteilung proportional zu den entstandenen Kosten mit einer Aufteilung proportional zu den erwarteten Kosten (Risiken)

Bisher wurden primär zwei Ansätze diskutiert. Zum einen ist dies eine Verteilung des Kantonsbeitrags proportional zu den bei den einzelnen Versicherern entstandenen Kosten für Leistungen (also ohne Verwaltungskosten der Versicherer), zum anderen eine Verteilung proportional zu den bei den einzelnen Versicherern basierend auf den Daten des Risikoausgleichs erwarteten Kosten für Leistungen.

Eine Verteilung proportional zu den entstandenen Kosten hat den Vorteil, dass sie administrativ einfach umzusetzen ist und keiner grossen Berechnung bedarf. Des Weiteren sichert es die Geldflüsse der Versicherer, da diese zum Beispiel quartalsweise<sup>26</sup> von den Kantonen die entsprechenden Beträge einfordern werden. Dies ist insofern wichtig, da die Versicherer neu viel höhere stationäre Leistungen bezahlen werden und über diese flüssigen Mittel dementsprechend auch verfügen müssen.

Der Anreiz zur Risikoselektion sollte sich gegenüber dem heutigen Zustand nicht bedeutend ändern. Allenfalls ist diesbezüglich eine leichte Verschlechterung zu erwarten, weil der Risikoausgleich in seiner heutigen Ausprägung die Höhe der stationären Kosten etwas schlechter vorhersagen kann als die Höhe der ambulanten Kosten. Mit einer einheitlichen Finanzierung wird das Gewicht der stationären Kosten für die OKP grösser, was die Vorhersagekraft des Risikoausgleichs etwas mindert.

Der Risikoausgleich könnte daher falls gewünscht angepasst werden, um diesem Umstand Rechnung zu tragen. Zum Beispiel könnte der bereits existierende Morbiditätsfaktor «Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr» von heute massgebenden drei aufeinanderfolgenden Nächten folgendermassen aufgeteilt werden: kein Aufenthalt, weniger als drei aufeinanderfolgende Nächte, zwischen drei und sechs aufeinanderfolgende Nächte, sechs und mehr aufeinanderfolgende Nächte. Diese Aufteilung könnte auch anders ausgestaltet werden.<sup>27</sup>

Nachteil dieses Ansatzes ist es, dass die Versicherer einen Teil der Kosten zu einem relativ geringen Prozentsatz (ca. 25 %) vom Kanton erstattet erhalten, so wie heute im stationären Bereich zu einem grösseren Prozentsatz (55 %). Der Kostensparanreiz wird gegenüber heute also nicht maximiert, sondern bleibt unverändert, behoben wird lediglich die Verzerrung zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Eine Verteilung proportional zu den durch den Risikoausgleich vorhergesagten Kosten hat den Vorteil, dass die Kostensparanreize der Versicherer maximiert werden. Sie erhalten einen Pauschalbetrag basierend auf den Risiken und können ihre Prämien senken, wenn ihre entstandenen

---

<sup>26</sup> Die Abrechnungsmodalitäten müssen zuerst definiert werden.

<sup>27</sup> Es handelt sich um eine noch nicht ausgereifte und nicht analysierte Anpassung an den geltenden Risikoausgleich. Zudem müsste eine genaue Überprüfung der Wirksamkeit in jedem Fall vollzogen werden.

Kosten gemessen an den Risiken im Vergleich zu anderen Versicherern unterdurchschnittlich sind. Dies trifft vor allem bei Versicherern mit hohem Anteil an hohen Franchisen zu.

Nachteilig ist, dass die Messung der Risiken so sehr viel Gewicht erhält. Diese Messung wird nie perfekt sein, sondern kann objektiv gerechtfertigte Kostenunterschiede, welche nicht durch effiziente oder ineffiziente Behandlung bedingt sind, nur teilweise abbilden. Da das vom Risikoausgleich erfasste Kostenvolumen grösser ist als heute, steigt auch der Anreiz zur Risikoselektion. Zudem gilt auch hier, dass die Aussagekraft des Risikoausgleichs mit einer einheitlichen Finanzierung allenfalls etwas sinken dürfte. Da in vollem Umfang auf dieses Instrument vertraut wird, würde sich dieser Umstand entsprechend ebenfalls stärker nachteilig auswirken als bei einer Aufteilung proportional zu den entstandenen Kosten.

Der Nationalrat hat sich in seiner Mehrheit mit Artikel 60a E-KVG für eine Aufteilung des Kantonsbeitrags proportional zu den bei den einzelnen Versicherern entstandenen Kosten entschieden.

## **5.2 Vorschlag einer offenen Formulierung im Gesetz mit Möglichkeit einer Hochkostenmitfinanzierung**

Dieser neue Vorschlag sieht für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherer eine unverbindliche Formulierung im Gesetz vor, mit dem Ziel, dass der Bundesrat neben einer kosten- und einer risikobasierten Aufteilung auf die Versicherer noch weitere Formen prüfen und allenfalls berücksichtigen könnte, wie der Kantonsbeitrag auf die einzelnen Versicherer aufgeteilt werden könnte. Die Art der Aufteilung auf die Versicherer wäre so flexibler als mit einer Bestimmung im Gesetz, und der Bundesrat könnte auf Verordnungsebene Aufteilungsformen festlegen, welche möglicherweise ein optimiertes Verhältnis von Anreiz zur Kosteneinsparung und Verhinderung der Möglichkeit von Risikoselektion bieten, etwa eine teilweise Mitfinanzierung von Hochkostenfällen durch die Kantone.

Bei einer solchen Hochkostenmitfinanzierung würde der Kantonsbeitrag dafür verwendet, den Versicherern einen Teil der entstandenen Kosten zu vergüten, welche bei von ihnen versicherten Personen entstanden sind. Falls versicherte Personen hohe Kosten oberhalb einer gewissen Schwelle aufweisen, würde durch den Kantonsbeitrag ein Teil der Kosten, welche oberhalb der definierten Schwelle liegen, übernommen. Es wäre davon auszugehen, dass bei hohen Kosten ein relativ grosser Anteil der oberhalb der Schwelle liegenden Kosten – beispielsweise 80 Prozent – vom Kantonsbeitrag übernommen würde. Um Schwelleneffekte zu verhindern oder abzumildern, könnten auch mehrere Kostenschwellen definiert werden, oberhalb derselben dann 60, 70, 80 oder 90 Prozent der Kosten vom Kantonsbeitrag übernommen würden. Unterhalb der Kostenschwelle würden sämtliche Leistungen vollumfänglich von den Versicherern übernommen.

Um zu gewährleisten, dass der Kantonsbeitrag immer genau den festgelegten Prozentsatz an den Gesamtkosten erreicht (dieser wäre ja im Gesetz fixiert, beispielsweise auf 25,5 %), könnten die Kostenschwellen jeweils erst im Nachhinein festgelegt werden, und ihre Höhe wäre jedes Jahr unterschiedlich. Sobald die entstandenen Gesamtkosten eines Behandlungsjahres bekannt sind (beispielsweise 100 Mio. Fr.), wäre auch der Kantonsbeitrag in seiner Höhe definiert (beispielsweise 25,5 Mio. Fr.). Für die Aufteilung auf die einzelnen Versicherer würden sodann sämtliche versicherten Personen eines Kantons nach Höhe der Kosten absteigend geordnet. Ausgehend von der versicherten Person mit den höchsten Kosten im Kanton würde dann ein definierter Anteil (beispielsweise 80 %) der Hochkostenfälle vom Kantonsbeitrag übernommen und dem jeweils zuständigen Versicherer zugeteilt. Dies solange, bis die Summe der Hochkostenbeiträge die zuvor festgelegte Höhe des totalen Kantonsbeitrags (beispielsweise

25,5 Mio. Fr.) erreicht und dieser somit vollständig «aufgebraucht» und verteilt ist. Die Kosten derjenigen versicherten Person, deren Versicherer gerade noch von der Hochkostenmitfinanzierung profitiert, bevor der Kantonsbeitrag für Hochkostenfälle vollständig verteilt ist, definieren also die Kostenschwelle für die Hochkostenmitfinanzierung.

Der Vorschlag hat den Vorteil, dass er im Verbund mit dem Risikoausgleich vermutlich relativ gut verhindert, dass der Anreiz zur Risikoselektion ansteigt. Hochkostenfälle können vom Risikoausgleich tendenziell schlechter vorhergesagt werden als Fälle mit mittleren und tiefen Kosten. Genau bei diesen Fällen würde ein relativ grosszügiger Kantonsbeitrag ausgeschüttet, während bei Fällen mit mittleren und tieferen Kosten der Kantonsbeitrag hingegen null wäre und somit bei diesen Fällen der Anreiz der Versicherer zur Kosteneinsparung maximiert würde. Allerdings sind die Anreize zur Kosteneinsparung bei den Hochkostenfällen aufgrund der grosszügigen Mitfinanzierung durch den Kanton wohl deutlich reduziert. Falls man davon ausgeht, dass die Versicherer mit ihren Massnahmen vor allem die Kosten im mittleren und tieferen Bereich beeinflussen können und dass der Eigenanteil des Versicherers im Hochkostenbereich zwar prozentual klein, aber in absoluten Zahlen gross genug ist, um die Sparanreize intakt zu lassen, könnte dennoch ein vorteilhaftes Verhältnis von Risikoselektion und Sparanreizen resultieren.

Zugleich ist der Vorschlag aber administrativ kompliziert umzusetzen. Da Rechnungen bis fünf Jahre nach Leistungserbringung eingereicht werden können, wäre erst nach Ablauf dieser Zeit klar, wo die Kostenschwellen endgültig zu liegen kommen. Ein aufwändiges System von Akontozahlungen, provisorischen und definitiven Verrechnungen wäre wohl notwendig, allenfalls auch mit erhöhtem Reservebedarf der Versicherer. Als Folge daraus wäre der Jahresabschluss der Versicherer (wie auch der Kantone) mit einer grossen Unbekannten versehen, da der effektive Kantonsbeitrag erst später berechnet werden kann. Die Tatsache, dass die Kostenschwelle nicht zuvor bekannt ist (und auch im Nachhinein wohl mehrere Jahre nicht definitiv festgelegt ist), kann aber immerhin dazu beitragen (zusammen mit dem Selbstbehalt der Versicherer von beispielsweise 10–20 Prozent der Kosten oberhalb der Schwelle), dass die Fehlanreize für die Versicherer klein bleiben, die Bemühungen zur Kosteneinsparung oberhalb der Schwelle für die Hochkostenmitfinanzierung zu vernachlässigen.

Um die Hochkostenfälle besser auszugleichen, könnte als Alternative zum Vorschlag von curafutura der bereits bestehende Risikoausgleich erweitert werden<sup>28</sup>.

- Ein neuer Morbiditätsfaktor «Hochkostenfall während mehreren Folgejahren» könnte eingeführt werden. Dabei werden versicherte Personen, welche über mehrere Jahre Leistungen oberhalb eines bestimmten Betrages beziehen, besser ausgeglichen. Diese Art von Kriterium wird in den Niederlanden bereits seit längerer Zeit angewendet.
- Innerhalb der seit 2020 eingeführten pharmazeutischen Kostengruppen (sogenannte PCG) könnte eine neue PCG «Extrem hohe Kosten» eingeführt werden. Bill et al. (2019: 34-35) behandeln in ihrer Studie diesen möglichen Ansatz.

---

<sup>28</sup> Bei den präsentierten Möglichkeiten handelt es sich um noch nicht ausgereifte und nicht analysierte Anpassungen an den geltenden Risikoausgleich. Zudem müsste eine genaue Überprüfung der Wirksamkeit in jedem Fall vollzogen werden.

### 5.3 Rechtliche Bewertung des Vorschlags einer offenen Formulierung im Gesetz mit Möglichkeit einer Hochkostenmitfinanzierung

Der Vorschlag einer offenen Formulierung im Gesetz mit Möglichkeit einer Hochkostenformulierung ist im Folgenden aus juristischer Sicht zu bewerten. Er lautet wie folgt:

#### 5. Kapitel: Finanzierung

##### 1. Abschnitt: Kantonsbeitrag

###### Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer

Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer aufgeteilt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Er berücksichtigt die Bemühungen zur Kosteneinsparung und verhindert eine Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion.

Der Vorschlag ist angelehnt an die Formulierung in Artikel 17a Absatz 2 KVG, welcher die Durchführung des bestehenden Risikoausgleichs regelt. Demnach erlässt der Bundesrat die Ausführungsbestimmungen zum Risikoausgleich und berücksichtigt dabei die Bemühungen zur Kosteneinsparung und verhindert einen zunehmenden Kostenausgleich. Die Ausführungsbestimmungen legte der Bundesrat in der Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung vom 19. Oktober 2016 (VORA; SR 832.112.1) fest.

Die gewählte Formulierung des Vorschlags erscheint in zweierlei Hinsicht problematisch. Steht die Formulierung alleine, würde sie für eine genügende Gesetzesdelegation nicht ausreichen. Ein blosser Verweis im erläuternden Bericht bzw. in einer späteren Botschaft auf dieselbe Formulierung in Artikel 17a KVG dürfte nicht genügen. Vielmehr müssten die einzelnen Parameter bzw. eine wesentlich feinere Erwähnung zumindest der Aufteilungsmechanismen im Gesetz selbst erwähnt werden, wie es im Übrigen auch Artikel 17a KVG vorsieht. Zum Vergleich: Das bestehende Gesetz sieht in Artikel 17a KVG selbst immerhin eine Pflicht des Bundesrats zur Anhörung der Versicherer vor Festlegung der Morbiditätsindikatoren vor. Zudem wird der Risikoausgleich als Instrument in mehreren vorangehenden Artikeln spezifiziert, in Artikel 17 KVG werden ausserdem die massgebenden Elemente für die Berechnung des Risikoausgleichs festgelegt.

Ohne das wesentliche Instrument (z. B. sogenannte Hochkostenmitfinanzierung) im Gesetz selbst festzulegen, erscheinen die erwähnten Ziele (Bemühung zur Kosteneinsparung und Verhinderung einer Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion) alleine und ohne Kontext. Einerseits sind sie so vage formuliert, dass eine Überprüfung der vom Bundesrat getätigten Aufteilung der Beiträge unter dem Aspekt dieser im Gesetz vorgesehenen Ziele nur schwer vorgenommen werden kann, andererseits lassen sie dem Bundesrat in Bezug auf die Wahl seiner Instrumente einen so grossen Spielraum, dass kein vernünftiger Bezug zwischen den im Gesetz festgelegten Zielen und dem in der Verordnung ausgearbeiteten Mittel zur Aufteilung mehr erblickt werden kann. Die Spannweite von möglichen Arten der Verteilung der Beiträge auf die Versicherer (entsprechend den Kosten, nach Anzahl Versicherter beziehungsweise im Verbund mit dem Risikoausgleich entsprechend den erwarteten Risiken, Hochkostenmitfinanzierung und eventuell weitere Möglichkeiten oder Kombinationen) ist zudem gross und ihre Wirkungen voraussichtlich sehr unterschiedlich. Somit könnte, wenn nicht das Instrument explizit gewählt werden soll, so doch z. B. zumindest ein grundlegender Ausschluss von einigen Möglichkeiten im Gesetz vorgesehen werden.



Schliesslich sind die beiden festgehaltenen Ziele einerseits ziemlich vage («berücksichtigt die Bemühung zur Kosteneinsparung») und andererseits sehr strikt («verhindert eine Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion») formuliert, was die gleichzeitige Erfüllung erschweren oder verunmöglichen könnte. Die beiden Ziele stehen materiell in einem Spannungsverhältnis zueinander. Wenn nun ein Kriterium sehr strikt formuliert ist (Verhinderung einer Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion) könnten dadurch Lösungen verhindert werden, welche zwar zu einer leichten Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion führen, aber im Zusammenspiel mit Anreizen zur Kostenreduktion und weiteren Überlegungen insgesamt ein vorteilhaftes Verhältnis von Vor- und Nachteilen bieten.

Davon könnte etwa eine Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherer basierend auf den Kosten betroffen sein, bei welcher ein leichter Anstieg des Anreizes zur Risikoselektion im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung nicht ausgeschlossen ist, welche aber andere Vorteile hat. Praktisch verunmöglicht würde wohl eine Aufteilung basierend auf den erwarteten Risiken, zumal bei dieser Lösung von einem gewissen Anstieg des Anreizes zur Risikoselektion ausgegangen werden muss. Auch mit einer Hochkostenmitfinanzierung wäre eine Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion nicht a priori vollständig ausgeschlossen. Es scheint also offen, ob mit einer strikten Formulierung des Kriteriums «Verhinderung einer Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion» überhaupt Aufteilungsarten gefunden werden können, welche insbesondere auch aus Sicht der Praktikabilität überzeugen.

Wenn eine Delegation der Bestimmung der Art der Aufteilung an den Bundesrat trotz der geschilderten Probleme (sehr vage Bestimmung der Kriterien zur Gesetzesdelegation) in Erwägung gezogen werden soll, dann sollten zumindest die beiden Kriterien ausgewogen strikt formuliert werden, etwa im Sinne von «Er [der Bundesrat] berücksichtigt die Bemühungen zur Kosteneinsparung und zur Verhinderung einer Zunahme des Anreizes zur Risikoselektion».

Des Weiteren impliziert der erste Satz im Vorschlag grundsätzlich eine gleichmässige Verteilung des Bundes- und des Kantonsbeitrags auf die Versicherer. Je weiter der vom Bundesrat zuletzt gewählte Verteilschlüssel von dieser absoluten Gleichverteilung abweicht, desto mehr müsste durch ihn gleichzeitig nachgewiesen werden, dass dieser Verteilschlüssel notwendig ist um die im dritten Satz geforderten Ziele zu erreichen. Für die Vornahme einer korrekten Modifikation wiederum reicht die vorgeschlagene Formulierung nicht aus, und sie müsste mit einer Auflistung von Kriterien ergänzt werden, aus denen der Bundesrat zur Umsetzung der Kriterien wählen könnte, etwa im Sinne von «Der Bundesrat kann den Beitrag nach der Höhe der zu erwartenden eingetretenen Kosten differenzieren» oder «Der Bundesrat kann die Beiträge auf Versicherte mit hohen Kosten konzentrieren». Die Auflistung könnte aus konkreten Beispielen bestehen, aus denen der Bundesrat wählen könnte oder aus verschiedenen Parametern, die er seiner Entscheidung zugrunde zu legen hätte.

#### **5.4 Vorschlag des EDI**

Das EDI empfiehlt, die bereits vom Nationalrat beschlossene und auch vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 unterstützte Lösung zu übernehmen, welche eine Verteilung des Kantonsbeitrags auf die einzelnen Versicherer proportional zu den ihnen jeweils entstandenen Kosten vorsieht. Diese Lösung ist administrativ einfach umsetzbar, transparent und in Bezug auf das Potenzial zur Risikoselektion vorteilhaft gegenüber einer Aufteilung proportional zu den erwarteten Kosten (Risiken). Mit dieser Lösung werden ungefähr drei Viertel der Bemühungen der Versicherer zur Kosteneinsparung prämienvirksam, was einen genügend grossen Anreiz für die Versicherer darstellen sollte, die Leistungserbringer etwa durch geeig-

nete Tarifmodelle oder eine sorgfältige Auswahl von Leistungserbringern in alternativen Versicherungsmodellen dazu anzuhalten, mittels guter Koordination, effizienter Leistungserbringung etc. die Kosten wo möglich zu reduzieren.

## **6 Tariforganisation**

Im Bericht über die Auswirkungen der einheitlichen Finanzierung wünscht die SGK-S einen Einbezug der Thematik einer möglichen Tariforganisation. Konkret wird die Frage gestellt, welche Änderungen des KVG nötig wären, um die Kantone in die Tariforganisation im ambulanten Bereich, welche der Bundesrat im Rahmen des ersten Kostendämpfungspaketes (19.046) vorgeschlagen hat, einbinden zu können. Ausserdem sollen die Finanzierungsgrundsätze und Genehmigungsverfahren dargestellt werden.

### **6.1 Einbezug der Kantone in die Tariforganisation**

Die vom Bundesrat am 21. August 2019 verabschiedete Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1; BBl 2019 6071) sieht keine Beteiligung der Kantone an der Tariforganisation im ambulanten Bereich vor.

Die Kantone respektive die GDK forderten bereits in den Stellungnahmen anlässlich der Vernehmlassung zu diesem Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung sowie zur Vorlage der SGK-N zur pa. Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung der Monismus» jeweils einen Einbezug der Kantone. Eine Zustimmung zu einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sei nur möglich, wenn u.a. nationale Tariforganisationen gesetzlich vorgeschrieben würden. Dabei solle es sich um eine nationale Tariforganisation (oder mehrere Organisationen) für ambulante Tarife und auch Pflegeleistungen handeln, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind.

### **6.2 Tariforganisation im stationären Bereich**

Im stationären Bereich sind die Kantone an der Finanzierung der Leistungen beteiligt. Die stationären Leistungen werden vom Kanton und den Versicherern anteilmässig übernommen, wobei der kantonale Anteil mindestens 55 Prozent betragen muss.

Leistungsbezogene Fallpauschalen im stationären Bereich werden heute bereits von einer Tariforganisation erarbeitet und weiterentwickelt. Nach Artikel 49 Absatz 2 KVG setzen die Tarifpartner die Organisation gemeinsam mit den Kantonen ein. Für die Vergütung der stationären akutsomatischen Spitalleistungen kommt seit 1. Januar 2012 das Tarifsysteem SwissDRG zur Anwendung, seit 1. Januar 2018 wird im Bereich der Psychiatrie die Tarifstruktur TARPSY angewendet.

Weil sich die Kantone im stationären Bereich an der Finanzierung der stationären Leistungen beteiligen, ist es sinnvoll, dass sie bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen mitwirken, obwohl sie nicht Tarifpartner sind.

### **6.3 Tariforganisation im ambulanten Bereich**

Im Gegensatz zum stationären gibt es im ambulanten Bereich heute keine gesetzlich vorgeschriebene Tariforganisation. Die Schaffung einer nationalen Tariforganisation ist allerdings eine der vorgeschlagenen Massnahmen des ersten Kostendämpfungspaketes des Bundesrates. Hierfür ist eine Änderung des KVG notwendig.

In seiner Botschaft hat der Bundesrat neu den Artikel 47a zur Schaffung einer Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen vorgeschlagen. Die Tarifpartner würden gesetzlich verpflichtet, analog zum stationären Bereich eine nationale Tariforganisation einzusetzen, die für die Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die Tarifpartner, d.h. die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer, müssen darin paritätisch vertreten sein. Mit der Einsetzung der Tariforganisation soll die Tarifpartnerschaft gestärkt und die seit Jahren anhaltenden Blockaden im ambulanten Bereich gelöst werden.

Eine Beteiligung der Kantone an der Tariforganisation ist im Vorschlag des Bundesrates nicht vorgesehen. Dies, weil sie sich im ambulanten Bereich nicht direkt an der Vergütung der Leistungen beteiligen. In der Botschaft ist diesbezüglich aufgeführt, dass nichts gegen eine Beteiligung der Kantone in der Organisation spricht, sollte die einheitliche Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen eingeführt werden (vgl. BBl 2019 6087). Sinnvollerweise ist der Einsitz der Kantone im Rahmen der Einführung der einheitlichen Finanzierung zu beschliessen und nicht in der parlamentarischen Beratung zum ersten Kostendämpfungspaket. In Ziffer 13 wird eine Formulierung unter Einbezug der Kantone im Rahmen der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung vorgeschlagen.

Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Vernehmlassungsverfahren sieht das erste Kostendämpfungspaket vor, dass die Organisation anstatt für sämtliche Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen vorerst nur für die Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Der Bundesrat hat allerdings die Möglichkeit, die Organisation für weitere Tarifstrukturen für zuständig zu erklären. Da die Beiträge an die Pflegeleistungen von Seiten des Bundes festgelegt werden und somit nicht in der Tarifautonomie der Tarifpartner liegt, ist es dem Bundesrat nicht möglich, unter der geltenden Gesetzeslage die Organisation mit deren Pflege zu betrauen.

Grundsätzlich obliegt es der Organisation, ihre Finanzierung zu regeln. Gemäss Vorschlag Bundesrat wird dem Bundesrat in Artikel 47a Absatz 3 E-KVG die Möglichkeit eingeräumt, Grundsätze zur Finanzierung aufzustellen. Dies könnte beispielsweise über einen Beitrag pro versicherte Person oder indirekt via Tarifpartner sein.

Auch die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen müssen vom Bundesrat genehmigt werden. Die Einreichung der Tarifstrukturen verbleibt Aufgabe der Tarifpartner (vgl. Art. 47a Abs. 7 E-KVG).

Nachdem der Bundesrat am 21. August 2019 die Botschaft zum ersten Kostendämpfungspaket verabschiedet hat, wurde das Paket vom Nationalrat in zwei Teilpakete unterteilt. In Paket 1a sind die eher unbestrittenen Massnahmen, zu welchen auch die Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zählt, und in Paket 1b die eher bestrittenen Massnahmen enthalten. Nach der Beratung und Verabschiedung des Pakets 1a durch die Kommission des Erstrats (SGK-N) und des Nationalrats, wurde es in der Kommission des Zweitrats beraten und anschliessend in der Herbstsession 2020 vom Zweirat behandelt. Nach einer ersten Differenzvereinbarung durch die SGK-N ist es für die Wintersession 2020 des Nationalrats traktandiert. Das Paket 1b wurde von der Kommission des Erstrats (SGK-N) beraten und am 28. August 2020 verabschiedet und vom Nationalrat in der Sondersession am 29. Oktober 2020 behandelt.

#### **6.4 Vorschlag des EDI: Ausformulierung Artikel 47a E-KVG (Tariforganisation mit Beteiligung der Kantone)**

Wird die einheitliche Finanzierung eingeführt, spricht nichts dagegen, dass die Kantone ebenfalls an der Tariforganisation im ambulanten Bereich beteiligt werden. Deshalb können die Kantone im Rahmen der pa. Iv. 09.528 in Artikel 47a E-KVG als in der Tariforganisation vertretene Partei aufgenommen werden (vgl. Ziffer 13).

## 7 Technischer Ablauf Finanzierungsmodell

Im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung zu klären ist auch die Frage, wie der Daten- und Geldfluss ablaufen soll und welche Daten und Informationen die Kantone und Versicherer austauschen müssen, allenfalls über Mittler wie die gemeinsame Einrichtung der Versicherer, damit sie ihre Rollen wahrnehmen können.

### 7.1 Vorlage des Nationalrates

Die vom Nationalrat am 26. September 2019 verabschiedete Vorlage sieht in Artikel 18 Absatz 2<sup>sexies</sup> E-KVG vor, dass die gemeinsame Einrichtung den Kantons- und Bundesbeitrag auf die Versicherer aufteilt. Dieses Vorgehen wurde vom Nationalrat als zweckmässig erachtet, weil die Kantone andernfalls mit einer Vielzahl von Versicherern abrechnen müssten. Die gemeinsame Einrichtung kennt – unter anderem aus ihrer bereits bestehenden Aufgabe beim Risikoausgleich – bereits die meisten massgeblichen Daten der Versicherer, namentlich Versichertenbestände und Kostendaten der Versicherer. Gegenüber heute muss die gemeinsame Einrichtung mit der Vorlage des Nationalrates bei den Versicherern lediglich zusätzlich die Kosten der Versicherer für Beiträge an die Langzeitpflege nach heutigem Artikel 25a Absatz 1 KVG und Leistungen an Vertragsspitäler gemäss heutigem Artikel 49a Absatz 4 KVG erheben sowie auch Daten zu Kindern, Asylsuchenden, Grenzgängern, Rentnern im Ausland und weiteren Versicherten, welche heute nicht Teil des Risikoausgleichs sind.

In Artikel 60 Absatz 5 E-KVG ist im Entwurf des Nationalrates zudem vorgesehen, dass die Versicherer dem Kanton beziehungsweise dem Bund die Daten übermitteln, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung. Welche Daten konkret notwendig sind, wird in der Vorlage des Nationalrates nicht auf Gesetzesstufe geregelt. Im erläuternden Bericht wird präzisiert, dass der Bundesrat festlegt, wie die Daten übermittelt werden und die Kantone ihre Kantonsbeiträge der gemeinsamen Einrichtung zu übertragen haben. Verschiedene methodische Details seien zu regeln, unter anderem die Periodizität der kantonalen Zahlungen (monatlich, quartalsweise, jährlich, etc.), ob der Behandlungsbeginn oder das Abrechnungsdatum für die Berechnung des Kantonsbeitrags massgebend sein soll, wie der Zahlungsprozess ausgestaltet werden soll mit Akontozahlungen und nachträglicher definitiver Verrechnung, sobald die Kostendaten bekannt sind, und welcher Zeitrahmen für diesen Prozess vorzusehen ist.

In Artikel 60a E-KVG schliesslich wird geregelt, dass der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag auf die einzelnen Versicherer entsprechend deren für die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags massgebenden Kosten aufgeteilt werden.

Die Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung der Versicherer beschränkt sich in der Vorlage des Nationalrates also darauf, die von den Kantonen und vom Bund erhaltenen Kantons- respektive Bundesbeiträge korrekt, das heisst nach Massgabe der ihnen entstandenen Kosten, auf die einzelnen Versicherer aufzuteilen. Die einzelnen Versicherer übermitteln die für die Berechnung des Kantons- respektive Bundesbeitrags notwendigen Daten hingegen direkt dem Kanton respektive dem Bund. Die Umsetzung im Detail soll der Bundesrat auf Verordnungsebene regeln.

## 7.2 Offene Fragen zum technischen Ablauf

Zur Klärung ihrer Haltung zu den offenen Fragen hat das BAG die GDK und die beiden Versichererverbände am 22. April 2020 gebeten, sich zu den verschiedenen zur Diskussion stehenden Möglichkeiten zu äussern. Zudem fand am 3. Juli 2020 ein Arbeitstreffen mit Vertretern der GDK und der beiden Versichererverbände statt, an welchem das Thema diskutiert wurde.

Die Vertretung der GDK hält fest, dass es auch mit einem neuen, angepassten Kostenteiler keinen Grund gebe, im stationären Bereich an der bisherigen dualen Rechnungsstellung an Krankenversicherer und Wohnkanton etwas zu ändern. Insofern betreffen die offenen Fragen zur zukünftigen Abwicklung der Daten- und Finanzflüsse für die Vertretung der GDK nur den ambulanten Bereich, wo es angesichts der sehr hohen Anzahl an Einzelrechnungen sinnvoll sein könnte, eine einzige Rechnungs- und Zahlstelle zu definieren. Falls Modelle einer integrierten Versorgung vorliegen mit entsprechenden Tarif- und Finanzierungslösungen über die Versorgungskette hinweg könne auch der stationäre Bereich in eine Abwicklung über eine einzige Zahlstelle einbezogen werden.

### 7.2.1 Benötigte Daten

Curafutura und santésuisse halten fest, dass abgesehen von den Netto- bzw. Bruttoleistungen der Versicherer (pro Behandlungsjahr, Versicherer und Kanton) keine weiteren Daten für die Berechnung des Kantonsbeitrags notwendig sind. Insbesondere seien keine Versichertenbestände notwendig. Weicht die Anzahl der bei einem Versicherer versicherten Personen massgeblich von der Anzahl im Vorjahr ab, würde dies also erst bei der definitiven Zahlung ausgeglichen, da sich die Akontozahlungen an den Leistungen in einer Vorperiode orientieren würden.

Die Vertretung der GDK hingegen hält fest, dass Pauschalabrechnungen über Gesamtsummen von Netto- oder Bruttoleistungen sowohl die Prüfung der Korrektheit der auszurichtenden Beiträge als auch die Erstellung einer für die Steuerung notwendigen statistischen Basis verunmöglichen würden. Die Vertretung der GDK geht davon aus, dass für die Abwicklung einer einheitlichen Finanzierung Daten zu sämtlichen Leistungen auf Einzelfallbasis notwendig sind, namentlich die Art der Leistung und des Leistungserbringers, das Behandlungsdatum und die Kosten der Leistung, sowie Daten zur tagesgenauen Abgrenzung der Zuständigkeit eines Kantons bei Zu- und Wegzügen über die Einwohnerregister und Versichertenbestände.

Wie von der Vertretung der GDK implizit festgestellt, scheinen diese Daten aber eher für die Rechnungskontrolle (vgl. Ziffer 8) relevant als für die Abwicklung der Zahlungsflüsse. Einigkeit zwischen den Parteien bestand hingegen hinsichtlich der nötigen Berechnungsgrundlage. Alle sind der Ansicht, dass das Finanzierungsmodell auf der Kostenermittlung nach Behandlungsjahr und nicht nach Abrechnungsjahr basieren muss.

### 7.2.2 Akontozahlungen

Ebenfalls einig waren sich die Partner über den Grundsatz, dass die kantonale Finanzierung in Form von Akontozahlungen während des laufenden Jahrs und einer Schlussabrechnung im Folgejahr erfolgen soll. Mit den Akontozahlungen an die Versicherer kann eine ausreichende Liquidität der Versicherer sichergestellt und so die Funktionsfähigkeit des Systems gewährleistet werden.

Um die Liquidität der Versicherer zu gewährleisten, schlägt curafutura vor, dass die Zahlungen der provisorischen Kantonsbeiträge für das Ausgleichsjahr (t) an die GE-KVG zu Beginn des

Ausgleichsjahrs (Anfang Januar bis 15. Februar) stattfinden. Diese sollen dem anteiligen Umfang der definitiven Kantonsbeiträge des vorletzten Ausgleichsjahres (t-2) entsprechen. Weitere Akontozahlungen würden in jedem Quartal erfolgen. Insgesamt wären also vier Akontozahlungen pro Jahr vorschüssig vorzusehen. Korrekturfaktoren wie das erwartete Kostenwachstum sollen laut curafutura keine vorgesehen werden, sondern erst mit den definitiven Schlusszahlungen miteinbezogen werden. Die GE-KVG soll Anfang Juli bis zum 15. August des Abrechnungsjahres (d.h. Jahr nach dem auszugleichenden Jahr, t+1) die definitiven Kantonsbeiträge bekannt geben und diese, abzüglich den bereits geleisteten provisorischen Kantonsbeiträgen, den Kantonen in Rechnung stellen. Die Kantone sollen den in Rechnung gestellten Betrag der GE-KVG überweisen.

Für die Vertretung der GDK stehen aus Gründen der Liquidität der Versicherer ebenfalls Akontozahlungen im Vordergrund, deren Periodizität (monatlich, quartalsweise oder jährlich) sei für die Kantone nicht sehr relevant. Wichtig sei aber, dass die Periodizität schweizweit und für alle Versicherer einheitlich ist.

Santésuisse könnte sich auch ein alternatives Vorgehen vorstellen, bei welchem nach jedem Monat (oder Quartal) von den Versicherern die Summe der abgerechneten Nettoleistungen geliefert wird, gruppiert nach dem Behandlungsjahr. Das Behandlungsjahr ist wichtig, weil der prozentuale Kantonsanteil über die Zeit ändern kann. Für eine Behandlung in Jahr x wäre der prozentuale Kantonsbeitrag des Jahres x massgebend, unabhängig davon, wann sie abgerechnet wurde. Mit diesem Ansatz könnte die Liquidität der Versicherer gewahrt bleiben, ohne dass zusätzliche Akontozahlungen notwendig wären. Allerdings ist santésuisse auch mit einer Abwicklung über Akonto- und definitive Zahlungen einverstanden. Die Vertretung der GDK weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Kantone den Spitälern heute Akontozahlungen zur Liquiditätssicherung leisten. Wenn diese wegfallen, weil die Kantonsbeiträge einer Zahlstelle zufließen, sei die Zahlstelle zu verpflichten, ihrerseits Akontozahlungen an die Spitäler zu leisten.

Die Vertretung der Kantone und die beiden Versichererverbände sind sich einig, dass Korrekturen des Kantonsbeitrags auch nach mehreren Jahren nach der definitiven Abrechnung möglich sein müssen, etwa wenn Rechnungen erst nach mehreren Jahren von den versicherten Personen oder den Leistungserbringern an die Versicherer übermittelt werden oder wenn Rechnungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Rückgriffen oder anderen Verfahren nachträglich abgeändert werden. Die Einnahmen der Versicherer aus Rückgriffen könnten entweder von den massgebenden Nettoleistungen der Versicherer abgezogen und allfällige nachträglich eingereichte Rechnungen hinzugezählt werden, oder es könnte ein separater Rückzahlungsprozess zwischen Versicherern und Kantonen definiert werden.

### **7.2.3 Zahlstelle**

Zur Frage der Zahlstelle gehen die Meinungen auseinander. Die Vertretung der GDK wünscht, dass eine neue paritätische Organisation geschaffen wird, in der die Kantone und die Versicherer paritätisch vertreten wären und die mit der Bezahlung des kantonalen Anteils an die Versicherer betraut würde. Auch die Rechnungskontrolle soll von dieser neuen Organisation übernommen werden (vgl. Ziffer 8). Die Organisation soll eine zentrale Datenbank führen, die sämtliche ambulanten Leistungsdaten der Versicherer und die entsprechenden Personendaten der Kantone (Wohnsitz, Umzüge, Geburten, Todesfälle etc.) beinhaltet. Eine direkte Abwicklung zwischen Versicherern und Kantonen würde die administrative Belastung laut der Vertretung der GDK vermutlich auf beiden Seiten massiv erhöhen.



Auf der Seite der Versicherer wünscht curafutura, dass die gemeinsame Einrichtung KVG mit dieser Aufgabe betraut wird, während santésuisse einen direkten Geldfluss zwischen den Kantonen und Versicherern ohne Umweg über eine Drittstelle bevorzugen würde. Curafutura führt an, dass die gemeinsame Einrichtung bereits über alle notwendigen Daten verfügt, weil sie den Risikoausgleich durchführt. Eine Abwicklung über diese bestehende Organisation sei die effizienteste Lösung. In Ergänzung zur vom Nationalrat beschlossenen Vorlage schlägt curafutura vor, die gemeinsame Einrichtung auch mit der Berechnung und Einforderung des Kantons- und Bundesbeitrags zu beauftragen.

Santésuisse argumentiert, dass nicht klar sei, weshalb zwischen Versicherer und Kanton eine weitere Stelle dazwischengeschaltet werden soll. Das Vorgehen bei Problemen müsste über eine weitere, eigentlich nicht involvierte Partei laufen. Im direkten Kontakt seien die Kantone und Versicherer flexibler und schneller. Die bilaterale Lösung ermögliche auch die entsprechende Transparenz und Offenheit. Rechnungsstellung durch Versicherer und Bezahlung könnten rasch (z.B. monatlich) erfolgen. Die Frage, ob die Zahlungsflüsse zwischen Kantonen und Versicherern direkt organisiert werden oder über die gemeinsame Einrichtung, ist für santésuisse im Vergleich zu anderen Punkten allerdings etwas weniger zentral.

Die Vertretung der GDK räumte ein, dass die gemeinsame Einrichtung ebenfalls als Drittstelle fungieren könnte, wenn ihre Statuten so geändert würden, dass eine Beteiligung der Kantone an ihren Abläufen und Entscheidungen möglich ist (vgl. Ziffer 8.2).

### **7.3 Vorschlag des EDI**

Die einheitliche Finanzierung muss weiterhin die Vereinfachung und Entlastung des Systems zum Ziel haben. Der Vorteil einer Einbindung der gemeinsamen Einrichtung besteht darin, dass diese bereits existiert und sie über Strukturen verfügt, die für eine Verwaltung der Geldflüsse zwischen Versicherern geeignet sind. Mit der Übertragung von neuen Kompetenzen zur Abwicklung der kantonalen Zahlungen wird kein Tätigkeitsgebiet geschaffen, das den bereits heute wahrgenommenen Aufgaben völlig fremd wäre.

Ähnlich wie bei ihrer Aufgabe, den Risikoausgleich (Art. 17a Abs. 1 KVG) und die Prämienverbilligung (Art. 18 Abs. 2<sup>quinquies</sup> KVG) durchzuführen, würde die gemeinsame Einrichtung lediglich aufgrund der vorliegenden Daten der einzelnen Versicherer berechnen, wie viele Kantons- und Bundesbeiträge geschuldet sind, die von ihr eingeforderten Kantons- und Bundesbeiträge, welche ihr überwiesen werden, sammeln und anschliessend auf die einzelnen Versicherer verteilen. Dies gälte sowohl für die Aufteilung der Akontobeiträge wie der definitiven Beiträge. Die Rechnungskontrolle und die Prüfung der Angemessenheit und Korrektheit der Angaben der einzelnen Versicherer zu den ihnen entstandenen Kosten, für welche sie Beiträge einfordern, wäre hingegen nicht Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung. Fragen in Zusammenhang mit der Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle (vgl. Ziffer 8) können unabhängig von der Abwicklung der Zahlungsflüsse betrachtet werden. Insofern scheint es auch sinnvoll, der gemeinsamen Einrichtung auch die Berechnung der Kantons- und Bundesbeiträge zu übertragen. Diese Berechnung stellt für die gemeinsame Einrichtung, die durch den Risikoausgleich über ausreichend Fachwissen in diesem Bereich verfügt, keine besonders schwierige Aufgabe dar.

Eine mögliche Lösung wäre daher, der gemeinsamen Einrichtung KVG die Verwaltung der Zahlungen der Kantone an die Krankenversicherer zu übertragen, die in Form von Akontozahlungen während des laufenden Jahrs und einer Schlussabrechnung im Folgejahr erfolgen, wobei die Kosten nach Behandlungsjahr als Berechnungsgrundlage dienen. Zu diesem Zweck müsste geprüft werden, wie die Kantone in die gemeinsame Einrichtung einbezogen werden können

(vgl. Ziffer 8.2). Falls die gemeinsame Einrichtung nicht nur, wie in der Vorlage des Nationalrates vorgesehen, die Aufteilung der Kantone und des Bundes auf die einzelnen Versicherer übernehmen soll, sondern die Beiträge der Kantone und des Bundes auch berechnen und einfordern soll, könnte dies in Artikel 18 Absatz 2<sup>sexies</sup> E-KVG geregelt werden. Die einzelnen Versicherer müssten dann die notwendigen Angaben dafür der gemeinsamen Einrichtung übermitteln, was in Artikel 60 Absatz 5 E-KVG festgelegt werden könnte (vgl. Ziffer 13). Darüber hinaus sind auf Gesetzesstufe keine Änderungen gegenüber dem vom Nationalrat verabschiedeten Entwurf notwendig.

## 8 Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle

Die Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle trägt dazu bei, dass nur wirtschaftliche, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen zulasten der OKP abgerechnet werden, das Wachstum der Gesundheitskosten bzw. der Prämien gedämpft wird und die Belastungen korrekt auf die Wohnkantone und Prämienregionen verteilt sind. Sowohl die Kantone wie auch die Versicherer haben ein finanzielles Interesse, dass die Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle zufriedenstellend durchgeführt wird. Die Kantone können so die Belastung ihrer Haushalte begrenzen, und die Versicherer können attraktive OKP-Prämien anbieten und damit Versicherte anziehen, welche dann allenfalls auch Zusatzversicherungen nachfragen, wo Gewinne erzielt werden dürfen.

Im Zusammenhang mit einer einheitlichen Finanzierung stellt sich die Frage, wie die Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle künftig organisiert werden soll. Neu würden die Kantone neben stationären auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, welche ein um ein Vielfaches grösseres Rechnungsvolumen mit sich bringen als die stationären Leistungen alleine. Während es aus Effizienzüberlegungen sinnvoll sein kann, dass die Rechnungen nur von einer einzigen Stelle geprüft werden, haben die Kantone ein legitimes Interesse an einer gewissen Sicherheit, inwiefern die von ihnen verlangten Kantonsbeiträge tatsächlich ausschliesslich für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen verwendet werden. Umgekehrt ist die Rechnungskontrolle für die Versicherer eine zentrale Möglichkeit, sich voneinander zu differenzieren. Im Folgenden wird zuerst die heutige Situation der Rechnungskontrolle von ambulanten und stationären Leistungen betrachtet und danach die Wünsche von Kantonen und Versicherern und mögliche Lösungsmöglichkeiten im Bereich der Rechnungskontrolle einerseits und der Wohnsitzkontrolle andererseits besprochen.

### 8.1 Aktuelle Situation

Heute unterscheiden sich die Verfahren der Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle für Rechnungen des ambulanten und jene des stationären Bereichs. Die Daten der ambulanten Leistungen werden nicht an die Kantone übermittelt, da sich diese nicht an deren Finanzierung beteiligen. Somit werden die ambulanten Rechnungen lediglich von den Versicherern kontrolliert. Die Rechnungen der stationären Leistungen hingegen werden an die Versicherer und die Kantone übermittelt, damit beide ihren Anteil bezahlen können.

Die Versicherer und die Kantone betonen, dass eine strenge Kontrolle der Rechnungen wichtig ist. Nach Ansicht der Versicherer handelt es sich dabei sogar um einen wesentlichen Wettbewerbsfaktor: Auf diese Weise würden sich gemäss *santésuisse* Einsparungen bis zu 3 Milliarden Franken realisieren lassen (IWSB 2018). Dies würde einen Anreiz schaffen für die Versicherer, ihre Kontrollinstrumente weiterzuentwickeln und sie immer effizienter zu machen. Die Kantone ihrerseits argumentieren, dass mit der Wohnsitzkontrolle ungerechtfertigte Kosten zulasten der Steuerzahlenden verhindert werden könnten. Die Kantone sprechen von jährlichen Einsparungen von mehreren Millionen bis mehreren Dutzend Millionen Franken in den grössten Kantonen.

Gemäss eigenen Aussagen führen die Versicherer eine detaillierte Prüfung der Rechnungen durch, wobei hauptsächlich kontrolliert werde, ob die versicherte Person Anspruch auf die Übernahme der Leistung hat, ob der Leistungserbringer zugelassen ist und ob der Tarif korrekt angewendet wurde. Zudem werde eine Kontrolle der Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit (Kriterien nach Art. 32 KVG) durchgeführt. Neben den eher technischen Daten der Rechnungen möchten die Versicherer auch den Wohnsitz der Versicherten prüfen, der relevant für die richtige Berechnung der Prämien ist. In den Kantonen sind

die Kontrollverfahren gemäss den Informationen der GDK eher uneinheitlich: Gewisse Kantone führen neben der Wohnsitzkontrolle auch eine Rechnungskontrolle durch. Sie prüfen allfällige Regressmöglichkeiten, die Kostengutsprache und die Leistungsaufträge. Während die meisten Kantone über Instrumente für eine automatische Kontrolle der Rechnungen gemäss bestimmten Kriterien verfügen, haben einige Kantone kein solches System eingeführt. Aus Datenschutzsicht könnte eine Kontrolle der gesamten Rechnung, also auch der medizinischen Daten, problematisch sein. Gemäss den Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der GDK anlässlich des Arbeitstreffens (vgl. Ziffer 1) seien diese Verfahren jedoch von den kantonalen Datenschutzbeauftragten, zum Beispiel im Kanton Basel-Stadt, überprüft worden. Für die Versicherer hingegen gelten die Bestimmungen von Artikel 59a KVV, wonach sichergestellt werden muss, dass nur eine nach Artikel 11 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz (DSG; SR 235.1) zertifizierte Datenannahmestelle, über welche jeder Versicherer verfügen muss, Zugang zu den medizinischen Angaben auf der Rechnung des Leistungserbringers hat. Die Datenannahmestelle bestimmt, für welche Rechnungen eine weitere Prüfung benötigt wird, und leitet die dazu notwendigen Angaben an den Versicherer weiter. Der Versicherer darf der Datenannahmestelle keine Weisungen bezüglich der Datenweitergabe in Bezug auf einzelne Rechnungen erteilen. Der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte kann von der Datenannahmestelle oder von der Zertifizierungsstelle jederzeit die für die (Re-)Zertifizierung relevanten Dokumente einfordern und veröffentlicht eine Liste der zertifizierten Datenannahmestellen.

Zurzeit werden zwischen den Kantonen und Versicherer nur sehr wenige Informationen über die Rechnungskontrolle ausgetauscht: Wenn die Kantone oder die Versicherer einen Fehler in einer Rechnung entdecken, melden sie diesen dem Leistungserbringer. Dieser informiert dann die andere Zahlstelle, damit der Rechnungsbetrag angepasst wird.

## 8.2 Rechnungskontrolle

Bei der Rechnungskontrolle zeigten sich im Fragenkatalog wie auch am Arbeitstreffen (vgl. Ziffer 1) sehr unterschiedliche Vorstellungen zwischen den Versicherern und den Kantonen. Da dies bei der Wohnsitzkontrolle etwas weniger der Fall ist, werden die beiden Fragestellungen hier getrennt beschrieben.

Die GDK hält fest, dass die Kantone bereits heute die stationären Rechnungen prüfen und dass sich dies für sie lohne (vgl. Ziffer 8.1). Da der Kanton einen Anteil an einzelnen Rechnungen bezahlt, habe er auch das Recht, die zugrundeliegenden Daten zu erhalten. Aufgrund des grossen Volumens der jährlich anfallenden ambulanten Rechnungen könne es sinnvoll sein, durch eine gemeinsame paritätische Organisation ein Prüfkonzept mit gemeinsam definierten Prüfkriterien zu etablieren, welches eine einheitliche, standardisierte und revisionstaugliche Prüfung aller Rechnungen durch diese Organisation ermögliche. Zentral für die Kantone sei vor allem auch der Zugriff auf die Daten, etwa für Steuerungszwecke. Aggregierte Daten würden dafür nicht ausreichen. Die Kantone müssten jedoch (analog zum stationären Bereich) eigenständig darüber entscheiden können, ob, wie bzw. in welchem Umfang sie weitergehende Prüfungen vornehmen wollen, um die Fälligkeit des Kantonsbeitrags zu prüfen.

Um den ambulanten Bereich zukünftig besser steuern zu können, möchten die Kantone zwingend zeitnahen Zugriff auf jede einzelne Rechnung inkl. sämtlicher auf der Rechnung vorhandenen und für die Kontrolle notwendigen Daten erhalten. Dies gelte gleichermaßen für stationäre wie auch für ambulante Rechnungen. Der Datenfluss bzw. -zugriff müsse zwingend elektronisch, jederzeit und ohne Anfrage bei der paritätischen Organisation erfolgen können.

Die Versicherer hingegen betonen, dass die Rechnungskontrolle eine ihrer Kernkompetenzen sei. Die Versicherer seien darauf spezialisiert, Fehler und Missbräuche konsequent zu bekämpfen, wozu sie über langjähriges Know-how und die nötige Infrastruktur verfügen würden. Im wettbewerblichen System sei die Rechnungskontrolle zudem ein essenzieller Wettbewerbsfaktor für die einzelnen Versicherer. Sie werde deshalb laufend verbessert. Das Ziel einer einheitlichen, monistischen Finanzierung sei unter anderem eine Vereinfachung der administrativen Abläufe. Eine doppelte Rechnungsprüfung durch die Kantone oder eine paritätische Organisation im Rahmen einer einheitlich dual-fixen Finanzierung wäre ineffizient sowie unverhältnismässig und würde dem Ziel einer einheitlichen Finanzierung zuwiderlaufen. Auch sei die zusätzliche Kontrolle von individuellen Rechnungen durch die Kantone datenschutzrechtlich problematisch.

Die bestehenden Kontrollinstrumente (Revision, Audit durch das BAG) sind laut den Versicherern eine ausreichende Grundlage, um sicherzustellen, dass die Zahlungen der Versicherer und damit auch der Kantone rechtmässig erfolgen. Sollte das nicht ausreichen, könnte sich *santésuisse* darüber hinaus im Sinne eines Controllings vorstellen, dass den Kantonen die Möglichkeit eingeräumt wird, detailliertere Auskunft zu verlangen oder bei Verdacht auf Unregelmässigkeiten auch stichprobenartig bei den Versicherern durch eine Revisionsfirma Kontrollen vor Ort zu im Gesetz oder Verordnung definierten Punkten vorzunehmen zu lassen. Aus Sicht von *curafutura* wäre es sinnvoll, einen standardisierten Informationsaustausch-Prozess zu etablieren, mit Nutzen auch im Hinblick auf die Umsetzung von Verbesserungen im Bereich Qualität und Zulassung der Leistungserbringer.

Für die Kantone ist eine Möglichkeit zur Rechnungskontrolle unerlässlich, um einer einheitlichen Finanzierung zustimmen zu können. Gleichzeitig halten die Versicherer fest, dass sie bei einer faktischen Abgabe der Rechnungskontrolle der Vorlage nicht zustimmen können. Dementsprechend herausfordernd ist es, bei diesem Punkt eine Lösung zu finden. In der Antwort der GDK auf den Fragenkatalog des BAG und am gemeinsamen Arbeitstreffen hat sich gezeigt, dass für die Kantone neben der Rechnungsprüfung selber besonders auch der schnelle Zugang zu Daten für Steuerungszwecke (Budgetierung, Zulassungen, Versorgungsplanung, etc.) bedeutsam ist.

Im Rahmen des ersten Pakets von Massnahmen zur Kostendämpfung hat der Bundesrat eine Verstärkung der Aufsicht des BAG über die Rechnungskontrolle durch die Versicherer vorgeschlagen, indem die Audits vor Ort ausgebaut werden. Da kein Rechtssetzungsbedarf bei der verstärkten Aufsicht der Rechnungskontrolle bestand, konnte diese Massnahme bereits umgesetzt werden. Bis 2017 wurden im Rahmen der Vor-Ort-Kontrollen vorwiegend ergebnisorientierte Prüfungen vorgenommen. Ab 2018 werden neu hauptsächlich prozessorientierte Prüfungen durchgeführt. Dabei werden die massgebenden Prozesse, das interne Kontrollsystem sowie die Kontrollinstrumente im Bereich der Rechnungskontrolle des geprüften Versicherers auf ihre Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Wirksamkeit beurteilt. Bei Feststellung von Schwachstellen werden die Versicherer angewiesen, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, um ihre Prozesse oder Kontrollsysteme zu verbessern und zu verstärken. Damit wird angestrebt, dass die Prozesse zur Rechnungskontrolle bei jedem Versicherer ein zufriedenstellendes Mindestniveau erreichen. Diese verstärkte Aufsicht durch das BAG über die Prozesse zur Rechnungskontrolle könnte den Kantonen aus Sicht des EDI somit eine gewisse Absicherung bieten, dass die von den Versicherern ausgewiesenen Kosten, von welchen die Kantone einen Teil übernehmen müssen, durch eine ausreichende Rechnungskontrolle der Versicherer zustande kommen, auch wenn die Kantone nicht mehr selbst Rechnungen kontrollieren können. Bei Bedarf könnte die Aufsicht des Bundes über die Rechnungskontrolle der Versicherer zudem weiter verstärkt werden. Es könnte ergänzend auch vorgesehen werden, dass die Kantone vom BAG bei der

Definition des Prüfkonzpts, mit dem das BAG den Prozess der Rechnungskontrolle der Versicherer im Rahmen seiner Aufsicht überprüft, angehört werden.

Die Krankenversicherer haben nach Artikel 56 KVG den gesetzlichen Auftrag, die eingehenden Rechnungen zu kontrollieren und dürfen nach Artikel 34 KVG im Rahmen der OKP keine anderen Kosten als diejenigen nach den Artikeln 25–33 KVG übernehmen. Es scheint sinnvoll, diese Kompetenz weiterhin bei den Versicherern zu belassen, da eine doppelte Rechnungskontrolle, sei es durch die Kantone selbst oder durch eine paritätische Organisation, wenig effizient ist. Die Rechnungskontrolle kann damit ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal der Versicherer in einem wettbewerblichen System bleiben. Zugleich werden mit einer grundsätzlichen Zuweisung der Kompetenz zur Rechnungskontrolle an die Versicherer weitere Umsetzungsprobleme vermieden. Bei einer zusätzlichen Rechnungskontrolle durch die Kantone oder eine paritätische Organisation wäre namentlich die Frage zu klären, wie bei nachträglichen Korrekturen durch die Kantone mit bereits geleisteten Kostenbeteiligungen der Versicherten umzugehen wäre.

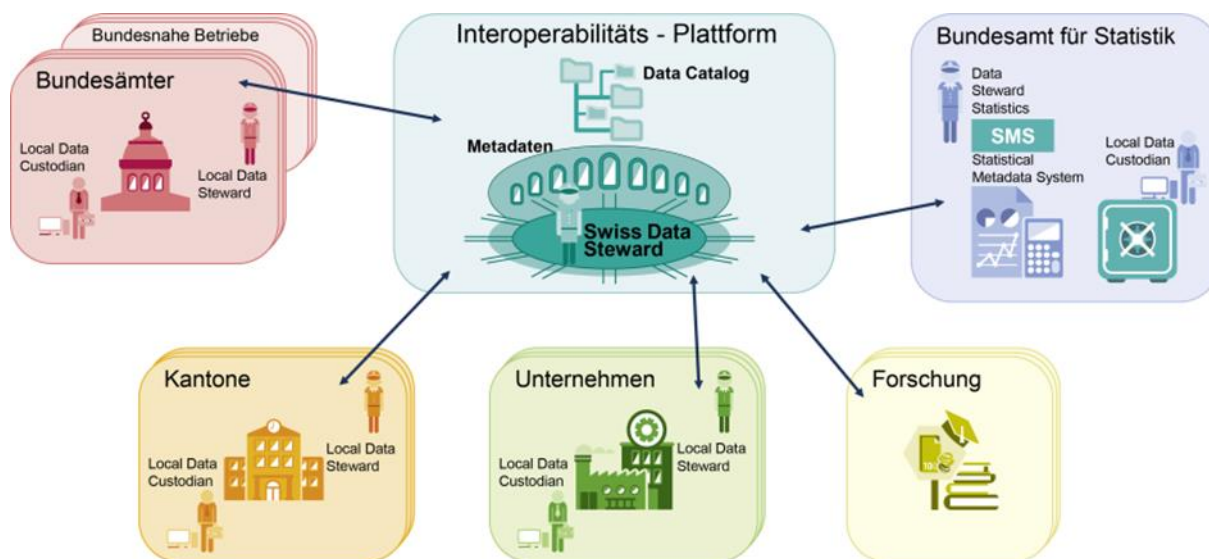
Wie oben beschrieben ist den Kantonen neben der Möglichkeit zur Rechnungsprüfung vor allem auch der schnelle Zugang zu den Daten für Planung und Steuerung wichtig. Rechnungsprüfung und Datenverfügbarkeit können allerdings getrennt voneinander betrachtet werden, da der Zugang zu Daten auch über andere Wege als über die Kontrolle aller Rechnungen erreicht werden kann. Zudem ist die Rechnungskontrolle nicht primär dazu gedacht, um an Daten für die Steuerung zu gelangen. Es ist nachvollziehbar, dass die Kantone eine gewisse Kontrollmöglichkeit über ihre Ausgaben und Daten zu Steuerungszwecken wünschen. Anstatt mit der Rechnungskontrolle könnte dies aber auch über zeitlich schnell verfügbare Daten zu den Kosten bewerkstelligt werden. Wie dieser Datenaustausch im Detail ausgestaltet werden könnte, müssten weitere Abklärungen aufzeigen. Eine Konzeption ähnlich dem laufenden Projekt Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB)<sup>29</sup> könnte sich aber hierfür aus Sicht des EDI eignen.

Ziel der NaDB ist es die Datenbewirtschaftung der öffentlichen Hand so zu gestalten, dass die Mehrfachnutzung von Daten einfacher und effizienter oder überhaupt möglich wird. Personen und Unternehmen sollen den Behörden ihre Angaben nur noch einmal melden müssen. Dazu hat der Bundesrat an seiner Sitzung vom 27. September 2019 beim Bundesamt für Statistik vier Pilotprojekte in die Wege geleitet. Damit werden die Grundlagen für die Umsetzung des sogenannten «Once-Only»-Prinzips geschaffen. Die Verantwortung für die Umsetzung des Programms NaDB liegt beim Bundesamt für Statistik (BFS). Um die Mehrfachnutzung von Daten langfristig zu fördern, wird ein Datenkatalog genutzt, in dem ersichtlich ist, wo welche Daten in welcher Qualität gehalten werden. Als System wird eine Interoperabilitäts-Plattform aufgebaut, welche allen beteiligten Stellen zur Verfügung steht. Die nachfolgende Darstellung veranschaulicht das Konzept.

---

29 Bundesamt für Statistik, Nationale Datenbewirtschaftung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/nadb/nadb.html>

**Abbildung 1: Konzept zur Umsetzung der Nationalen Datenbewirtschaftung (NaDB)**



Quelle: Bundesamt für Statistik

Ein rascher Zugang der Kantone zu den für Budgetierung und Steuerung benötigten Kostendaten über die NaDB bringt verschiedene Vorteile. Da bereits ein Projekt im stationären Bereich integriert ist, sind bereits die wichtigsten Stakeholder wie die GDK, Vertreter der Kantone, die Leistungserbringer und die beiden Versichererverbände vertreten. Das Projekt läuft an und für den Datenaustausch müsste nicht eigens eine neue Plattform oder Lösung erarbeitet werden, da diese mit der NaDB bereits vorhanden sein würde, womit dem «Once-Only»-Prinzip Rechnung getragen würde.

Je nach Ausgestaltung hat diese Lösung unterschiedliche Auswirkungen auf die datenrechtliche Grundlage. Je detaillierter die verfügbaren Daten für die Kantone sein sollen, desto wichtiger wird die Frage der rechtlichen Grundlage. Die Diskussionen während des Arbeitstreffens haben gezeigt, dass die Kantone gerne möglichst vollständige Individualdaten hätten, während dies die Versicherer ausschliessen. Falls ein solcher Lösungsansatz weiterverfolgt werden soll, gälte es demnach vor allem zu klären, auf welche Daten und auf welcher Aggregationsstufe die Kantone Zugriff benötigen, damit sie ihre Kontroll- und Planungsaufgaben wahrnehmen können, und welche datenschutzrechtlichen Implikationen sich daraus ergeben. Auch der genaue Datenfluss und die zeitliche Komponente wäre zu definieren.

Ergänzend dazu bestünde die Möglichkeit, dass die Kantone Einsitz im Stiftungsrat der gemeinsamen Einrichtung der Versicherer KVG nehmen. Allenfalls wäre es aus stiftungsrechtlicher Sicht notwendig, die Stiftung gemeinsame Einrichtung KVG aufzulösen und neu zu gründen, wenn die Stiftungsträgerschaft im Gesetz um eine Vertretung der Kantone erweitert werden soll. Da es sich bei der gemeinsamen Einrichtung KVG um eine Vollzugsinstitution des KVG handelt, die keine Steuerungsaufgaben hat, sind die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten der Kantone bei einem Einbezug in die gemeinsame Einrichtung sehr beschränkt. Die Versicherer könnten aufgefordert werden, die Kantone in den Stiftungsrat aufzunehmen, ohne eine Gesetzesänderung vorzusehen. Die Versichererverbände sehen einen Einsitz der Kantone in die gemeinsame Einrichtung KVG eher skeptisch. Santésuisse etwa sieht keinen Grund für den Einbezug der Kantone in den Stiftungsrat, da die der Stiftung zugeordnete Rolle, das Inkasso der kantonalen Gelder und deren Weiterleitung an die Versicherer vorzunehmen, einen vernachlässigbaren Aufwand darstelle und den Einsitz der Kantone nicht rechtfertige. Zudem sei

die Abwicklung der Daten- und Finanzflüsse über die gemeinsame Einrichtung auch nicht notwendig, da die einzelnen Versicherer direkt mit den Kantonen abrechnen könnten (vgl. Ziffer 7).

Zusammenfassend könnte eine Kombination von Rechnungskontrolle durch die Versicherer, verstärkter Aufsicht durch den Bund, Einbezug der Kantone in die gemeinsame Einrichtung und erweiterte und rasche Verfügbarkeit von Daten für Kantone und Bund eine Stärkung der gesetzlich bereits vorgeschriebenen Rollen der verschiedenen Akteure ermöglichen. Die Kompetenz zur Rechnungskontrolle verbliebe bei den Versicherern und die Kantone könnten ihren Pflichten zur Steuerung des Angebots, zur Budget- sowie zur Versorgungsplanung durch verbesserte Daten verstärkt nachkommen. Die Umsetzung einer solchen Stossrichtung im Detail und deren Akzeptanz ist allerdings noch ungeklärt.

### 8.3 Wohnsitzkontrolle

Wie bereits dargelegt, ist laut den Aussagen der GDK, von curafutura und von santésuisse die Wohnsitzkontrolle sowohl für die Kantone als auch die Versicherer von Bedeutung. Die Kantone möchten damit verhindern, dass sie Rechnungen von Patientinnen und Patienten bezahlen, die nicht in ihrem Kanton wohnen und somit dort keine Steuern bezahlen. Die Versicherer ihrerseits möchten, dass die Versicherten Prämien entsprechend der Prämienregion bezahlen, in der sie wohnen. Somit hätten beide Zahlstellen ein Interesse daran, dass diese Kontrolle so genau wie möglich durchgeführt wird.

Die Kantone sind der Ansicht, dass der Wohnsitz der Versicherten zurzeit von den Versicherern nicht wirksam kontrolliert werden kann. Für die Versicherer ist hingegen der Entwurf des Nationalrats zielführend, der eine Rechnungs- und Wohnsitzkontrolle vorsieht. Zur Begründung dieser Haltung verweist curafutura insbesondere auf den Entwurf des neuen Bundesgesetzes über das nationale System zur Abfrage von Adressen natürlicher Personen.<sup>30</sup> Dieser Entwurf sieht die Schaffung eines nationalen Adressdienstes vor, zu dem die Versicherer Zugang hätten, was es ihnen erlauben würde, eine zuverlässige und wirksame Kontrolle des Wohnsitzes der Versicherten durchzuführen. Vor diesem Hintergrund schlägt curafutura vor, ein Zertifizierungssystem für die Wohnsitzkontrolle einzuführen, auf das sich die Kantone verlassen können, ohne dass sie selber eine zweite Kontrolle durchführen müssen.

Eine korrekte Prüfung des Wohnsitzes ist wichtig, damit die Kantone keine Kosten für Versicherte übernehmen, die nicht in ihrem Kanton wohnen und nicht dort Steuern bezahlen. Ein System mit einheitlicher Finanzierung müsste so organisiert sein, dass diese Forderung der Kantone berücksichtigt werden kann. Die Kontrolle des Wohnorts kann mit einem elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den einzelnen Versicherern verbessert, verschlankt und beschleunigt werden. Die Kantone und die Krankenversicherer tauschen bereits im Bereich der Prämienverbilligung Daten aus (Art. 65 Abs. 2 KVG). Im Zuge der von den beiden Räten angenommenen Motion 18.4209 Hess « Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone. Weniger Bürokratie, weniger Fehler », deren Annahme auch der Bundesrat empfohlen hatte, wird der Bundesrat die gesetzlichen Grundlagen schaffen, die für den elektronischen Datenaustausch zwischen den Kantonen und den einzelnen Versicherern erforderlich sind, wobei er den Schutz der Interessen der Versicherten gewährleistet.

---

30 Die Vernehmlassung der Vorlage dauerte bis am 22. November 2019; Erläuternder Bericht abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/9426022/master>



Das neue Bundesgesetz über das nationale System zur Abfrage von Adressen natürlicher Personen, welches vom BFS erarbeitet wird, könnte für die Versicherer eine zusätzliche Möglichkeit sein, dank zuverlässigen Daten eine wirksame Kontrolle des Wohnsitzes durchzuführen. Zudem könnte ein Zertifizierungssystem für die Wohnsitzkontrolle eine mögliche Lösung in dieser Diskussion sein, beispielsweise indem eine vom Kanton bezeichnete Revisionsstelle den vom Versicherer angewendeten Prozess bei der Wohnsitzkontrolle zertifiziert. Dann müssten die Kantone nicht noch einmal eine solche Kontrolle durchführen, bei einer noch grösseren Zahl von Rechnungen als heute. Die Pflicht der Versicherer zur Prüfung des Wohnsitzes ergibt sich zwar bereits daraus, dass zwangsläufig ein zuständiger Kanton für den Kantonsbeitrag bezeichnet werden muss, allenfalls könnte diese Verpflichtung zur Klarstellung aber auch zusätzlich explizit im Gesetz verankert werden.

#### **8.4 Fazit und Vorschlag des EDI**

Das EDI schlägt vor, die Kantone in die gemeinsame Einrichtung KVG einzubeziehen. Die Versicherer werden deshalb eingeladen, die Kantone in diese Einrichtung zu integrieren. Die Rechnungskontrolle muss jedoch die Aufgabe der Versicherer bleiben. Das BAG als Aufsichtsbehörde führt bereits Audits durch, um insbesondere sicherzustellen, dass die Rechnungskontrolle ordnungsgemäss durchgeführt wird. Bei Bedarf kann die Aufsicht des BAG hinsichtlich der Durchführung der Rechnungskontrolle durch die Versicherer verstärkt werden. Dies gibt den Kantonen die Sicherheit, dass die Rechnungen, die sie teilweise bezahlen, gerechtfertigt sind. Die Kantone könnten vom BAG bei der Definition des Prüfkonzepts, mit dem das BAG den Prozess der Rechnungskontrolle der Versicherer im Rahmen seiner Aufsicht überprüft, angehört werden.

Aus den Diskussionen ging hervor, dass es für die Kantone grundlegend ist, nicht nur für die Rechnungskontrolle selbst, sondern auch zu Steuerungszwecken Zugang zu den Daten zu haben. Wie oben dargelegt (Ziffer 8.2) könnte das Programm Nationale Datenbewirtschaftung (NaDB) in Zukunft eine angemessene Plattform für den Datenaustausch in diesem Bereich sein. Weitere Arbeiten und Abklärungen zu diesem Thema sind jedoch noch erforderlich.

Bei der Wohnsitzkontrolle stellt eine gleichzeitig mit der Rechnungskontrolle durch die Versicherer durchgeführte Prüfung nach Ansicht des EDI die zweckmässigste Lösung dar. Der Bundesrat erarbeitet zurzeit in Beantwortung der Motionen 18.3765 «Zeitgemässer elektronischer Datenaustausch zwischen Gemeinden und Krankenversicherern» und 18.4209 «Wohnsitzfrage, Krankenkassenprämie und stationäre Anteile der Kantone. Weniger Bürokratie, weniger Fehler» eine gesetzliche Grundlage, die den elektronischen Datenaustausch zwischen Versicherern und Kantonen ermöglichen soll. Es ist allerdings legitim, dass die Kantone wünschen, sich auf diese Kontrolle verlassen und somit sicher sein zu können, dass sie nur die Rechnungen ihrer Steuerzahlenden bezahlen. Dazu könnten die Versicherer verpflichtet werden, ihren Prozess der Wohnsitzkontrolle von einer Revisionsstelle zertifizieren zu lassen, allenfalls könnte auch ihre Pflicht zur Wohnsitzprüfung explizit im Gesetz festgehalten werden.

## 9 Umgang mit Vertragsspitalern

### 9.1 Problemstellung

Die Finanzierung der stationären Spitalleistungen erfolgt seit dem 1. Januar 2012 dual-fix. Die Kantone sind verpflichtet, die stationären Spitalleistungen anteilmässig mitzufinanzieren (Art. 49a Abs. 1 KVG). Zuständig für die Mitfinanzierung ist der Wohnkanton der versicherten Person. Dieser setzt jährlich seinen Mitfinanzierungsanteil fest, welcher seit dem Ende der Übergangsperiode, also seit dem 1. Januar 2017, mindestens 55 Prozent betragen muss (Art. 49a Abs. 2 KVG). Die Kantone müssen nur die stationären Leistungen von Spitälern mitfinanzieren, die einer kantonalen Planung entsprechen (Listenspitäler). Die Versicherer können mit Spitälern und Geburtshäusern, welche nicht auf der Spitalliste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von Leistungen der OKP abschliessen (Vertragsspitäler und –geburtshäuser, Art. 49a Abs. 4 KVG). Die Versicherer dürfen für diese Spitäler und Geburtshäuser höchstens 45 Prozent der Kosten aus Mitteln der OKP vergüten. Die übrigen Kosten, welche in Listenspitälern vom Kanton übernommen würden, gehen zulasten der versicherten Person beziehungsweise ihrer Zusatzversicherung. Diese Regelung wurde im Zuge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung unter anderem deshalb vorgesehen, weil befürchtet wurde, dass die Kantone im Rahmen ihrer Spitalplanung Privatspitäler nicht angemessen berücksichtigen.<sup>31</sup>

Mit dem vom Nationalrat am 26. September 2019 beschlossenen Entwurf würde die OKP nicht mehr nur höchstens 45 Prozent, sondern 74,5 Prozent der Leistungen von Spitälern finanzieren. In Abwesenheit einer spezifischen, abweichenden Regelung für Vertragsspitäler könnte die OKP daher auch für Vertragsspitäler und -geburtshäuser ausserhalb von kantonalen Spitallisten einen höheren Anteil der Kosten bezahlen. Die restlichen Kosten, welche in solchen Fällen von den Patientinnen und Patienten oder einer Zusatzversicherung zu tragen sind, werden daher von 55 Prozent der Kosten auf 25,5 Prozent der Kosten sinken. Dies könnte die Prämien von Zusatzversicherungen im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung senken. Umgekehrt würden die Kosten zulasten der OKP im Übergang im selben Ausmass steigen (statischer Effekt).

Zugleich birgt die vom Nationalrat vorgesehene Regelung das Potenzial, die Bedeutung der kantonalen Spitalplanung für die Leistungserbringer zu relativieren, und könnte damit die Bemühungen um eine Dämpfung des Kostenanstiegs in der OKP gefährden. Weil der Finanzierungsanteil der OKP sich gegenüber der heutigen Situation stark erhöht, wird es neu für die Spitäler weniger bedeutend, sich für die kantonale Spitalliste zu qualifizieren. Ein Platz auf der Spitalliste ist für die Spitäler auch mit Auflagen verbunden, insbesondere mit einer Aufnahmepflicht. Verzichtet ein Spital auf den Listenplatz, entfallen auch diese potentiell kostspieligen Auflagen, und es kann sich auf gewinnbringende Patientinnen und Patienten konzentrieren.

Die Kosten für die Umgehung der kantonalen Spitalplanung mittels Zusatzversicherungen sinken und damit auch die Prämien der Zusatzversicherungen. Es ist möglich, dass dadurch die Verbreitung solcher Versicherungen zunimmt und mehr Spitäler als heute als Vertragsspitäler geführt werden beziehungsweise ausserhalb der ihnen zugewiesenen Leistungsaufträge tätig werden. Mit der kantonalen Spitalplanung können die unerwünschte Mengenausweitung und die angebotsinduzierte Nachfrage begrenzt werden. Die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zeigt, dass die Spitalplanung einen direkten Einfluss auf die Kostendämpfung im stationären Spitalbereich gehabt haben dürfte, insbesondere aufgrund der Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Spitäler. Diese dämpfende Wirkung auf die Kosten

---

<sup>31</sup> Vgl. Beratung der Vorlage 04.061 im Ständerat vom 8. März 2006.

könnte durch eine Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler reduziert werden (dynamischer Effekt).

In seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 zum Entwurf des Nationalrates vom 5. April 2019 hat der Bundesrat darauf hingewiesen, dass die Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler die Fehlanreize an der Schnittstelle zum Zusatzversicherungsbereich zu verstärken droht. Bei den nicht der Spitalplanung unterliegenden Vertragsspitalern akzentuieren sich die Anreizprobleme an der Schnittstelle zwischen der OKP, die höchstens kostendeckend sein darf, und den Zusatzversicherungen, wo Gewinne erlaubt sind. Versicherer können einen Anreiz haben, zur Erzielung von Gewinnen in der Zusatzversicherung Mengenausweitungen zulasten der OKP hinzunehmen. Zwar würden sich dadurch ihre OKP-Prämien stärker erhöhen als diejenigen ihrer Mitbewerber, die auf ein solches Vorgehen verzichten. Die Wechselneigung der OKP-Versicherten ist aber bekanntlich recht gering, und durch das Gewinnverbot in der OKP ist für die Versicherer vor allem die Zahl der Versicherten in der Zusatzversicherung, wo Gewinne erlaubt sind, finanziell interessant.

Zudem könnte die Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler die ungelösten Schnittstellenprobleme zwischen OKP und Zusatzversicherungen auch bei Listenspitalern erhöhen. Der Anreiz für Leistungserbringer, aufgrund überhöhter Vergütungen aus der Zusatzversicherung bevorzugt stationär zu operieren, kann in Verbindung mit einer stärkeren Verbreitung von Zusatzversicherungen die Kosten auch abseits von Vertragsspitalern steigern, weil die finanzielle Entlastung der Zusatzversicherungen aufgrund der Erhöhung des Finanzierungsanteils für die Vertragsspitäler zu einer stärkeren Verbreitung von Zusatzversicherungen führen könnte. Mit dem Erlass von Listen von Eingriffen, welche von der OKP im Regelfall nur ambulant übernommen werden, kann einer solchen Entwicklung nur teilweise entgegengewirkt werden.

## **9.2 Kostenvolumen der Vertragsspitäler**

Das BAG verfügt nicht über die notwendigen Daten, um den Anteil der Vertragsspitäler an den gesamten OKP-Kosten zu berechnen oder abzuschätzen. Die beiden Versichererverbände wurden deshalb mittels eines Fragebogens gebeten, mit eigenen Daten oder solchen der ihnen angeschlossenen Versicherer hilfreiche Angaben zu machen. Die notwendigen Daten müssten bei den einzelnen Versicherern grundsätzlich vorliegen, da bei den Vertragsspitalern die Zusatzversicherung den Kantonsanteil übernimmt.

Santésuisse einerseits lieferte eine Auswertung des Datenpools, welche allerdings nur Spitäler umfasst, die auf gar keiner kantonalen Spitalliste aufgeführt sind. Vertragsspitäler, welche zwar für andere Leistungen auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, aber über keinen Leistungsauftrag für die betreffende Leistung verfügen, sind in dieser Auswertung also nicht enthalten. Das Kostenvolumen der Vertragsspitäler wird mit dieser Auswertung also auf jeden Fall unterschätzt, aber in einem nicht zu bestimmenden Ausmass. Laut dieser unvollständigen Auswertung rechneten Spitäler, die auf keiner kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, im Jahr 2018 rund 70 Millionen Franken zulasten der OKP ab. Mit der Aufteilung dieser Kosten nach dem Finanzierungssteiler einer einheitlichen Finanzierung wäre damit bei dieser Teilmenge im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung (statischer Effekt) mit Mehrkosten von knapp 50 Millionen Franken zulasten der OKP zu rechnen. Dazu kommt zusätzlich das unbekannte Kostenvolumen derjenigen Vertragsspitäler, welche für andere Leistungsaufträge über einen Leistungsauftrag eines Kantons verfügen. Einige Mitglieder von santésuisse, welche einen Marktanteil von 40 Prozent an den gesamten OKP-Kosten haben, konnten auch für diesen Bereich Angaben machen. Sie weisen im Jahr 2018 ein Volumen für alle Arten von Vertragsspitalern

zulasten der OKP von rund 90 Millionen Franken auf, was für diese Teilmenge von Versicherern jährliche Mehrkosten für die OKP im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung von rund 60 Millionen Franken bedeuten würde. Rechnet man diese Werte auf einen Marktanteil von 100 Prozent hoch, resultierten jährliche Mehrkosten zulasten der OKP von 150 Millionen Franken. Santésuisse weist aber darauf hin, dass die Datenbasis für eine Hochrechnung ungenügend ist. Vertragsspitäler scheinen insbesondere in der Westschweiz verbreitet zu sein, wo auch die datenliefernden Mitglieder von santésuisse offenbar einen hohen Marktanteil haben. Der wahre Wert für die zu erwartenden jährlichen Mehrkosten zulasten der OKP dürfte somit etwas tiefer liegen.

Curafutura andererseits schätzt auf Basis einer Befragung seiner Mitglieder und einer Abschätzung von deren Marktanteil an allen Versicherern im Zusatzversicherungsbereich das gesamte Volumen von Vertragsspitalern zulasten der OKP auf 150 bis 200 Millionen Franken (inklusive VVG-Anteil 330 bis 440 Millionen Franken), macht aber ebenfalls darauf aufmerksam, dass keine zuverlässige Abschätzung möglich ist. Mit den Zahlen von curafutura wäre bei einer Aufteilung der Kosten nach dem Finanzierungsteiler einer einheitlichen Finanzierung mit jährlichen Mehrkosten zulasten der OKP von ungefähr 100 bis 133 Millionen Franken zu rechnen, während die Zusatzversicherungen jedes Jahr um den gleichen Betrag entlastet würden.

Die Schätzungen von santésuisse und curafutura liefern insgesamt vergleichbare Werte und lassen den Schluss zu, dass ohne korrigierende Eingriffe durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung mit jährlichen Mehrkosten zulasten der OKP von 100 bis 150 Millionen Franken und einer entsprechenden Entlastung der Zusatzversicherungen gerechnet werden muss. Gemessen am Prämienvolumen 2018 von 31,6 Milliarden Franken<sup>32</sup> wäre dies eine Zunahme von 0,3 bis 0,5 Prozent. Mittelfristig könnte durch die sinkende Bedeutung der kantonalen Spitalplanung zudem die Verbreitung der Zusatzversicherungen und Vertragsspitäler zunehmen (dynamischer Effekt). Es kann aber nicht abgeschätzt werden, wie stark der Anteil der Vertragsspitäler und das entsprechende Kostenvolumen zunehmen würden, wenn die Versicherer mehr solche Spitäler unter Vertrag nehmen und wenn die Verbreitung von Zusatzversicherungen in der Bevölkerung aufgrund der Entlastung von deren Prämien steigt.

### 9.3 Lösungsmöglichkeiten und Vorschlag des EDI

Die Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler von 45 auf 74,5 Prozent und die davon ausgehenden Wirkungen könnten mit einer Anpassung von Artikel 49a KVG vermieden werden, wie in einem vom Bundesrat in seiner Stellungnahme unterstützten, aber vom Nationalrat abgelehnten Minderheitsantrag im Nationalrat vorgesehen. Auch die Mehrheit der Kantone forderte in der Vernehmlassung einen Verzicht auf die Erhöhung des Finanzierungsanteils für Vertragsspitäler. Alternativ könnte das Instrument der Vertragsspitäler mit einer Aufhebung von Artikel 49a auch abgeschafft werden, wie dies von einigen Kantonen in der Vernehmlassung gefordert wurde.

Der eigentlich erwünschte Wettbewerb zwischen Leistungserbringern greift ins Leere, wenn die Möglichkeit zur Mengenausweitung nicht begrenzt wird. Dies gefährdet das Anliegen der Dämpfung der Kostenentwicklung in der OKP. Für die Akzeptanz einer einheitlichen Finanzierung kann es problematisch sein, wenn davon eine Gefahr für eine Prämiensteigerung im Übergang und eine im Anschluss daran verstärkte Kostenzunahme in der OKP ausgeht. Von

---

<sup>32</sup> Vgl. Tabelle 3.06 der Statistik der OKP 2018

steigenden OKP-Prämien sind zudem nicht nur die Versicherten betroffen, sondern, über die bei einer Prämiensteigerung erforderliche Aufstockung der Prämienverbilligung, auch der Bund und allenfalls die Kantone. Auch diese Finanzierungsträger haben somit ein legitimes Interesse, die Kosten des prämierten Kostenanteils mitsteuern zu können.

In den Jahren seit der Einführung der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung hat sich zudem gezeigt, dass die Kantone im Rahmen ihrer Spitalplanung die Leistungserbringer unabhängig von ihrer Trägerschaft angemessen berücksichtigen. Auch die Vorgaben des Bundes sorgen dafür, dass die Kriterien für die Spitalplanung transparent und auf die Dimensionen Qualität und Preis fokussiert sind. Das Instrument der Vertragsspitäler sollte nach den gemachten Erfahrungen nicht zusätzlich gefördert werden, weil einerseits die ursprünglichen Befürchtungen nicht eingetreten sind und sich andererseits negative Auswirkungen mit einer einheitlichen Finanzierung zu verstärken drohen. Das EDI unterstützt deshalb ein Beibehalten des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler auf dem heutigen Niveau von 45 Prozent in Artikel 49a (vgl. Ziffer 13).

## **10 Kostendämpfungspotenzial und finanzielle Auswirkungen**

### **10.1 Ausgangslage**

Die aktuelle Unterscheidung bei der Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen kann in den Bereichen Leistungserbringung, Tarifierung und Versorgungsstrukturen zu Fehlansreizen führen. Diese Anreize ergeben sich nicht aus medizinischen Gründen, sondern spezifischen finanziellen Interessen der Kantone und der Versicherer. Polynomics (2016) verweist in einer von santésuisse in Auftrag gegebenen Studie auf mehrere Anreizprobleme im Zusammenhang mit der derzeitigen Finanzierung. Die Studie erwähnt insbesondere das fehlende Gleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Leistungen, was die Transparenz über die Kosten und die Innovationsanreize reduziere und eine spezifische Behandlungsform begünstige, je nach Akteur, welcher die Leistung finanziert.

Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung können grössere Effizienzreize geschaffen und so die Kosten positiv beeinflusst werden. Zwei Studien der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW 2017a und 2017b) legen die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung auf die Entwicklung der Gesundheitskosten dar. Erstens haben die Versicherer ein grösseres Interesse daran, die Zweckmässigkeit des zu wählenden Versorgungsbereichs direkt und indirekt zu kontrollieren, insbesondere durch die Umsetzung einer Strategie ambulant vor stationär. Dies kann sich unter anderem in angemessenen Tarifen äussern. Zudem erhöht eine einheitliche Finanzierung die Attraktivität der Modelle der koordinierten Versorgung. So besteht für die Versicherer, insbesondere dank der neuen finanziellen Gesamtsicht über die ganze Behandlungskette, ein grösserer finanzieller Anreiz, individuelle Tarifverträge auszuarbeiten.

### **10.2 Ambulant vor stationär**

Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung leisten die Versicherer einen grösseren Beitrag an die stationären Leistungen, dafür reduziert sich ihr Aufwand für die ambulanten Leistungen. Die Kantone hingegen müssen ebenfalls einen Teil des ambulanten Bereichs finanzieren, dafür wird ihre Beteiligung am stationären Bereich gesenkt. Dies verändert die Anreize, da die Versicherer und die Kantone den gleichen Anreiz haben, die effizienteste medizinische Versorgung zu fördern, ungeachtet des Bereichs, in dem sie erbracht wird. Mit der einheitlichen Finanzierung werden also die Verzerrungen zwischen den beiden Arten von Leistungserbringung und der heutige Fehlanreiz für die Versicherer beseitigt, der darin besteht, stationären Behandlungen den Vorzug zu geben, wenn deren Kosten nicht mehr als doppelt so hoch wie jene der ambulanten Alternative sind.

In der Schweiz ist der Anteil der stationären Kosten an den Gesamtgesundheitskosten eher hoch. Es lässt sich jedoch eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich feststellen, die insbesondere den technischen Fortschritten zu verdanken ist. Zudem ist eine stationäre Behandlung nicht immer nötig und kostspieliger als eine ambulante Behandlung, wenn eine solche möglich ist. Zur Stärkung des ambulanten Bereichs zulasten des stationären Bereichs sind mehrere Massnahmen möglich, darunter eine einheitliche Finanzierung (ZHAW 2017a: 16). Mehrere Studien haben sich mit der Frage befasst, wie viel dank einer Verlagerung bestimmter Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich eingespart werden könnte.

Eine Studie von PWC (PWC 2016) geht von jährlichen Einsparungen dank der Strategie ambulant vor stationär in der Höhe von einer Milliarde Franken aus. Für die Berechnung dieser Zahl wurden 13 Operationen, die ambulant durchgeführt werden können, ausgewählt. Bei diesen Behandlungen sind die Kosten eines stationären Eingriffs im Durchschnitt 2,3-mal höher

als jene eines ambulanten Eingriffs. Es wurden drei Szenarien entwickelt, um die Entwicklung der Kostenübernahme dieser 13 Eingriffe zu untersuchen. Die so berechneten Einsparungen bewegen sich zwischen 71 Millionen Franken pro Jahr beim pessimistischsten Szenario und 251 Millionen Franken beim optimistischsten Szenario. Anschliessend wurden diese Ergebnisse auf den gesamten Gesundheitsbereich hochgerechnet, was schätzungsweise 1075 Millionen Franken ergibt.

Gemäss Obsan (2018) wären jährliche Einsparungen von 90 Millionen Franken möglich, wenn bestimmte Eingriffe vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert würden. In der Studie wurden sechs Gruppen von Eingriffen analysiert, die heute teilweise bereits ambulant durchgeführt werden. Die Studie hält fest, dass in den meisten Gruppen ein Grossteil (zwischen 70 und 80 %) der Eingriffe in den ambulanten Bereich verlagert werden können.

Vor diesem Hintergrund hat das EDI entschieden, die KLV dahingehend zu ändern, dass die Kosten gewisser elektiver Eingriffe nur noch übernommen werden, wenn diese ambulant erfolgen.<sup>33</sup> Gewisse Kantone haben ihrerseits ebenfalls eine Liste mit Eingriffen erlassen, bei denen sie die Übernahme der stationären Kosten nur zusichern, wenn besondere Umstände einen stationären Eingriff erfordern. Sie können somit bei der Förderung des ambulanten Bereichs über die Vorgaben auf nationaler Ebene hinausgehen.

Das Sparpotenzial einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich ist bedeutend, auch wenn es sich nur schwer quantifizieren lässt. Ein Teil dieses Sparpotenzials kann dank den medizinischen Fortschritten auch ohne Einführung einer einheitlichen Finanzierung erzielt werden. Ein weiterer Teil kann dank den erwähnten Listen erzielt werden. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung hat den Vorteil, dass die Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich von den Versicherern über die Tarifierung oder über Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen überall dort gefördert wird, wo der ambulante Eingriff kostengünstiger ist, ohne dass Listen oder andere Massnahmen von Bund oder Kantonen nötig sind. Solche Listen sind im aktuellen Finanzierungssystem hilfreich und notwendig zur Erzielung von Kosteneinsparungen durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich, sie sind in ihrer Wirkung im Vergleich zu einer einheitlichen Finanzierung aber weniger umfassend. Wenn für die Versicherer, aber über neue Tarifmodelle auch für die Leistungserbringer, ein Anreiz besteht, immer die kostengünstigere Behandlung zu wählen, wird das Sparpotenzial schneller und umfassender erreicht. Zur Vermeidung von weiteren Fehlanreizen, welche nicht aus der heutigen Finanzierung der OKP, sondern aus der Abgrenzung zum Zusatzversicherungsbereich stammen, können Listen des Bundes oder der Kantone mit Behandlungen, welche von der OKP im Regelfall nur als ambulante Behandlung übernommen werden, aber auch bei Einführung einer einheitlichen Finanzierung der OKP weiterhin sinnvoll sein. Damit kann die Belastung der OKP durch Behandlungen, welche aufgrund teilweise lukrativer Tarife im Zusatzversicherungsbereich von den Leistungserbringern allenfalls stationär durchgeführt werden, begrenzt werden.

### **10.3 Koordinierte Versorgung**

Ein anderer Fehlanreiz der heutigen Finanzierung betrifft die Modelle einer koordinierten Versorgung (vgl. Ziffer 11). Diese Modelle sehen eine ganzheitliche Behandlung der Patientinnen und Patienten vor, indem die verschiedenen Behandlungsschritte zentral koordiniert werden.

---

<sup>33</sup> AS 2018 2361

Diese Modelle ermöglichen, die Qualität der Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, und bieten wirtschaftliche Vorteile.

In zahlreichen Studien auf internationaler und schweizerischer Ebene wurde das Potenzial der Modelle einer koordinierten Versorgung untersucht. Die ersten Studien zum Schweizer System gehen von Einsparungen zwischen 4 Prozent und 40 Prozent aus (Blatter / Albin 2015). Die Forschungsarbeit von Huber et al. (2016) weist empirisch einen Rückgang der Gesundheitskosten im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit (Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen) dank einer koordinierten Versorgung im Schweizer Gesundheitssystem nach. Die Arbeit kommt zum Schluss, dass bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Hospitalisierungswahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit ihrer Krankheit mit einer koordinierten Versorgung im Vergleich zu einem klassischen Modell kleiner ist. Zudem stellt sie fest, dass die Gesundheitskosten für alle untersuchten Gruppen mit einer koordinierten Versorgung um 10 Prozent zurückgehen.

In einer im Auftrag von CSS, Helsana und Swica durchgeführten Studie von Polynomics (Polynomics 2018) wurden die Einsparungen durch die koordinierte Versorgung gemessen und in die Prämienreduktionen für die Versicherten mit solchen Modellen umgerechnet, welche mit einer einheitlichen Finanzierung möglich würden. Auf der Grundlage von früheren Forschungsarbeiten berechnete die Studie die Differenz zwischen den im stationären Bereich erzielten Einsparungen, die den Versicherern zugutekommen, und den Einsparungen im ambulanten Bereich, von denen die Kantone profitieren. Demnach wären Nettoeinsparungen pro Jahr und versicherte Person von 187 Franken möglich, was einer Prämienreduktion von rund 6 Prozent entspricht. Mit anderen Worten, der heute bei diesen Modellen gewährte Rabatt könnte mit einer einheitlichen Finanzierung um 20 Prozent erhöht werden.

Mit einer koordinierten Versorgung können der Gesundheitszustand, insbesondere bei multimorbiden Patientinnen und Patienten und bei solchen mit chronischen Krankheiten, verbessert und unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermieden werden, was die Kosten reduziert. Im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung schlagen sich vermiedene stationäre Aufenthalte im Gegensatz zu heute vollständig in den Prämien nieder. Neben diesem statischen Effekt für die Versicherten, die bereits ein Versicherungsmodell mit koordinierter Versorgung abgeschlossen haben, hat die Einführung einer einheitlichen Finanzierung auch einen dynamischen Effekt zur Folge. Denn dank der Erhöhung des Rabatts für die Modelle einer koordinierten Versorgung werden diese attraktiver für die Versicherten, was einen Anreiz für die Versicherer schafft, in diese Modelle zu investieren. Es besteht somit ein grosses, wenn auch schwer quantifizierbares Sparpotenzial.

#### **10.4 Fazit**

Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung kann durch die Beseitigung der Fehlreize, die an den Schnittstellen zwischen den zurzeit unterschiedlich finanzierten Bereichen bestehen, eine neue Dynamik geschaffen werden. Dies kann indirekte Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen haben, insbesondere aufgrund einer stärkeren Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich und der Förderung von Modellen einer koordinierten Versorgung. Damit lässt sich indirekt durch eine Wechselwirkung mit anderen Variablen auch die Versorgungseffizienz und -qualität steigern. Die Komplexität der Auswirkungen macht eine genaue Quantifizierung der erzielten Einsparungen schwierig, aber Studien, die bestimmte Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung untersuchten, zeigen, dass mit bedeutenden Einsparungen im Gesundheitsbereich gerechnet werden kann. SAMW (2012) beziffern die Kostenfolgen einer fehlenden Koordination zwischen dem stationären und dem ambulanten



Bereich auf 3 Milliarden Franken. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung bedeutet nicht, dass alle Koordinationsprobleme gelöst werden, der geschätzte Betrag kann daher bei der Bewertung der Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung nur bedingt herangezogen werden. Es ist somit nicht klar, welcher Teil davon in der Praxis umsetzbar ist. Einsparungen in der Grössenordnung von mehreren hundert Millionen Franken pro Jahr scheinen jedoch mittelfristig nicht ausgeschlossen.

## **11 Auswirkungen auf die Koordinierte Versorgung**

### **11.1 Ausgangslage**

In den kommenden Jahren werden die Schweiz und ihr Gesundheitssystem mehrere Herausforderungen zu bewältigen haben. Erstens werden aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Bevölkerung mehr Personen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten medizinische Versorgung in Anspruch nehmen und eine umfassende Betreuung benötigen. Zudem nimmt die Spezialisierung des Pflegepersonals ständig zu, was zur Folge hat, dass mehr Personen an der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten beteiligt sind. Bei einer Behandlung durch verschiedene Leistungserbringer kommt daher einer guten Koordination der Leistungen grosse Bedeutung zu, vor allem in einem föderalen und dezentralen Gesundheitssystem mit einer fragmentierten Organisation der Leistungserbringung. Aus diesem Grund braucht es eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung, womit sich die Versorgungsqualität steigern und, insbesondere durch die Vermeidung von Doppelspurigkeiten, gewisse Kosten einsparen lassen. Eine zentrale Massnahme der Strategie Gesundheit2020 (Schwerpunkt 5.1) ist daher die Verstärkung der koordinierten Versorgung. Diese wird definiert als die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum stehen die Patientinnen und Patienten: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.

Zurzeit fehlt es an Instrumenten, mit denen echte Koordinationsanreize für die Leistungserbringer geschaffen werden können. Daher soll die koordinierte Versorgung durch verschiedene Massnahmen gestärkt werden, insbesondere im Rahmen des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kosteneindämmung, das am 19. August 2020 in die Vernehmlassung geschickt wurde. Die gezielte Förderung der koordinierten Versorgung durch Netzwerke und Programme der Patientenversorgung soll deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und bestehende Versorgungsmängel im schweizerischen Gesundheitssystem abbauen. Mit dem zweiten Paket von Massnahmen zur Kosteneindämmung sollen im KVG die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden, damit sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen, das gegenüber den Versicherern als eine neue Form von Leistungserbringern auftreten kann. Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung rechnet anschliessend alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherern als ein einziger Leistungserbringer ab. Die Leistungen des Netzwerks zur koordinierten Versorgung sollen über Pauschalen abgegolten werden, die in Tarifverträgen mit den Versicherern festgelegt werden. Diese sollen namentlich auch die Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen regeln. Diese Revision ist nötig, damit die Leistungserbringer konkrete Lösungen erarbeiten und somit der koordinierten Versorgung einen echten Impuls geben können.

### **11.2 Auswirkungen der Einführung einer einheitlichen Finanzierung auf die koordinierte Versorgung**

Neben den oben dargelegten gezielten Massnahmen kann die einheitliche Finanzierung auch in dieser Hinsicht günstige Auswirkungen haben. Die derzeitige fragmentierte Finanzierung der Leistungen ist nicht förderlich für eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung. Eine Änderung der Regeln für die Finanzierung der ambulanten und der stationären Leistungen würde auch die Anreize für die Versicherer und die Kantone schaffen, die koordinierte Versorgung zu fördern.

Mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung erhöht sich der Anteil der Versicherer an den stationären Leistungen, ihr Beitrag an die Kosten der ambulanten Behandlungen wird im Gegenzug kleiner. Die Kantone hingegen müssen auch einen Teil der ambulanten Behandlungen finanzieren. Die Tatsache, dass jeder Akteur, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, einen festen Anteil bezahlen muss, führt zu einer Änderung der Anreize.

So haben die Versicherer heute nur ein Interesse daran, dass eine Patientin oder ein Patient auf einen stationären Aufenthalt verzichtet, wenn dessen Gesamtkosten mindestens doppelt so hoch sind wie die Kosten einer ambulanten Behandlung, da der Kantonsbeitrag nur für stationäre Behandlung bezahlt wird. Mit einer einheitlichen Finanzierung hingegen lohnt sich die Verhinderung eines stationären Aufenthalts für die Versicherer bereits, wenn die Kosten für die notwendigen ambulanten Leistungen zur Verhinderung einer Hospitalisierung, nur leicht unter den Kosten des verhinderten Spitalaufenthalts liegen, da der Kantonsbeitrag für alle – sowohl ambulante als auch stationäre – Behandlungen ausbezahlt wird.

Zwar sieht Artikel 62 Absatz 1 KVG bereits heute Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vor, aber mit einer einheitlichen Finanzierung werden diese für die Versicherten interessanter. Die Versicherer haben bereits heute ein Interesse daran, die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten Leistungserbringern zu fördern, indem sie mit Leistungserbringer-Netzwerken spezifische Pauschaltarife für besondere Versicherungsformen aushandeln, weil damit Doppelspurigkeiten und unnötige Kosten vermieden werden können. Wenn es hingegen um die Förderung einer koordinierten Behandlung im ambulanten Bereich zur Verhinderung eines Spitalaufenthalts geht, ist dieser Anreiz für die Versicherer kleiner. Die Einsparungen durch einen verhinderten Spitalaufenthalt schlagen sich nicht vollständig in den Prämien nieder, da mit den Kantonsbeiträgen lediglich die stationären Behandlungen finanziert werden. Somit kommen diese Beiträge den Prämien für Versicherungsmodelle zugute, die viele Spitalaufenthalte aufweisen und die Wahl nicht auf Leistungserbringer beschränken, die sich zur Koordination der Versorgung und zur Verhinderung von stationären Aufenthalten verpflichten.

Im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung beteiligen sich die Kantone hingegen gleichermaßen an den stationären und den ambulanten Leistungen (und den Pflegeleistungen, wenn diese in die Vorlage einbezogen werden). Dies hat einen Rückgang der Kosten der ambulanten Leistungen für die Prämienzahlenden zur Folge. Versicherungsmodelle, die durch die Bevorzugung von Leistungserbringern, die sich zur Koordination der ambulanten Behandlungen verpflichten und dadurch vermeidbare Spitalaufenthalte reduzieren, werden somit kostengünstiger für die Versicherer. Dies erlaubt ihnen, die Prämien für diese Modelle zu senken und diese dadurch attraktiver für die Versicherten zu machen. Zudem werden sie dazu angeregt, neue Ideen für diese Modelle zu entwickeln.

Dadurch werden sich die Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer vermutlich verändern. Die Versicherer haben zwar nicht die Möglichkeit, die Leistungserbringung direkt zu steuern, da deren Vergütung durch die Versicherer erst nach ihrer Erbringung erfolgt. Die Tarifpartner können aber auf die Tarife Einfluss nehmen und somit indirekt das Verhalten der Leistungserbringer beeinflussen. Bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern könnten die Versicherer somit eine andere Strategie anwenden als heute. Die Versicherer sowie die Kantone werden sich bemühen, die Ineffizienzen entlang der ganzen Behandlungskette zu reduzieren. Die Versicherer tun dies, indem sie für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung angemessene Pauschaltarife aushandeln. Den Kantonen werden die Kosten des ambulanten Bereichs ebenfalls ein Anliegen sein und sie werden sich für eine Stärkung dieser Form von Netzwerken einsetzen, da sich damit die ambulanten Kosten eindämmen lassen. Dies könnte die

Arbeitsweise der Leistungserbringer beeinflussen und diese dazu veranlassen, die Zusammenarbeit und die Koordination ihrer Leistungen stärken, indem sie sich in Netzwerken zur koordinierten Versorgung organisieren.

Eine einheitliche Finanzierung steigert somit – sowohl für die Versicherten als auch die Versicherer – die Attraktivität der Versicherungsmodelle, die die Wahl der Leistungserbringer auf Netzwerke zur koordinierten Versorgung beschränken. Dies hat zur Folge, dass aufgrund des höheren Preises und der weniger guten Qualität weniger Versicherte Versicherungsmodelle wollen, die die Wahl nicht auf Netzwerke zur koordinierten Versorgung beschränken. Die Leistungserbringer werden so in gewissem Mass dazu angeregt, sich in Netzwerken zur koordinierten Versorgung zusammenzuschliessen. Die koordinierte Versorgung wird durch diese neuen Modelle stärker gefördert und unterstützt.

### **11.3 Fazit**

Die Förderung der koordinierten Versorgung stellt eine wichtige Massnahme für die Verbesserung der Leistungsqualität in der Schweiz und die Verhinderung von unnötigen Leistungen dar. Aus diesem Grund ist sie fester Bestandteil des zweiten Pakets von Massnahmen zur Kosteneindämmung, das am 19. August 2020 in die Vernehmlassung geschickt wurde. Die oben dargelegten Ausführungen zeigen auch einen positiven Einfluss einer einheitlichen Finanzierung auf die Koordination der Versorgung. Diese wird gestärkt, weil für die Versicherer und die Kantone aus Spargründen ein Anreiz zur Förderung dieser Verfahren besteht. Es besteht hingegen kein Bedarf, die spezifischen Massnahmen für eine koordinierte Versorgung und die einheitliche Finanzierung miteinander zu verbinden. Diese Vorlagen können unabhängig voneinander zu einer Förderung der koordinierten Versorgung und somit zu Kosteneinsparungen und einer besseren Leistungsqualität beitragen.

## 12 Mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Mit der Vorlage 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» wird eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen im Rahmen der OKP angestrebt. Von der COVID-19-Pandemie wären direkte Auswirkungen dann zu erwarten, wenn sich in deren Zuge die Aufteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vorübergehend oder nachhaltig verändern würde.

Für die Festlegung des Finanzierungsteilers für den Kantonsbeitrag soll zur Sicherstellung eines jeweils für die Gesamtheit der Kantone und der Versicherer kostenneutralen Übergangs der Finanzierungsanteil der Kantone in einer bestimmten Referenzperiode berechnet und für die Zukunft festgelegt werden. Für den vom Nationalrat am 26. September 2019 beschlossenen Finanzierungsanteil für den Kantonsbeitrag waren die Jahre 2012 bis 2015 massgebend. Falls die endgültige Referenzperiode in die Dauer der COVID-19-Pandemie fällt, würden pandemiebedingte, vorübergehende Verschiebungen im Anteil der ambulanten im Vergleich zu den stationären Leistungen für die Zukunft festgeschrieben.

Umgekehrt würden, falls die Referenzperiode vor den Ausbruch der COVID-19-Pandemie fällt, pandemiebedingte, nachhaltige Verschiebungen im Anteil der ambulanten im Vergleich zu den stationären Leistungen für die Zukunft nicht berücksichtigt. Beide Effekte könnten unerwünscht sein, falls für die Festlegung des zukünftigen Finanzierungsteilers vorübergehende pandemiebedingte Verschiebungen nicht berücksichtigt werden sollen, allfällige nachhaltige pandemiebedingte Effekte jedoch schon. Falls sich durch die Pandemie vorübergehende Verschiebungen zwischen stationären und ambulanten Leistungen ergeben, wäre es möglicherweise vorteilhaft, die Pandemiejahre nicht für die Festlegung des Finanzierungsteilers zu berücksichtigen.

Da die Pandemie noch andauert und auch für die bisherige Dauer Daten erst sehr beschränkt verfügbar sind, können keine gefestigten Aussagen gemacht werden. Durch die pandemiebedingt notwendigen Behandlungen entstehen einerseits sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich zusätzliche Kosten. Die Behandlung der Erkrankten erfolgt sowohl stationär wie auch ambulant. Die Virentests erfolgen ambulant, können aber auch wie im Fall der aktuellen Pandemie vom Bund übernommen werden, so dass die OKP in diesen Fällen nicht belastet wird. Eine allenfalls zu einem späteren Zeitpunkt verfügbare Impfung wiederum würde ambulant durchgeführt. Falls keine andere Regelung beschlossen wird, würde dadurch die OKP belastet.

Andererseits entfallen durch die Pandemie und das vorübergehende Verbot von nicht dringlichen medizinischen Eingriffen auch gewisse Behandlungen, oder sie wurden auf später verschoben. Auch hier sind sowohl stationäre wie auch ambulante Eingriffe betroffen. Es kann mit den verfügbaren Daten noch keine Aussage gemacht werden, ob stationäre oder ambulante Eingriffe stärker betroffen sind und ob die Behandlungen im ambulanten oder im stationären Bereich eher nachgeholt werden.

Es ist davon auszugehen, dass es pandemiebedingt zu vorübergehenden Verschiebungen zwischen ambulanten und stationären Leistungen kommen kann, welche den normalen Trend der Verschiebung von stationären zu ambulanten Leistungen überlagern. Hingegen gibt es bis anhin keine Hinweise, dass sich durch die Pandemie die Verteilung zwischen ambulanten und stationären Behandlungen nachhaltig, das heisst auch nach Ende der Pandemie, verändert. Insofern wäre es möglicherweise vorteilhaft, die Pandemiejahre nicht für die Festlegung des Finanzierungsteilers zu berücksichtigen, damit die Festlegung des Finanzierungsteilers zwischen Kantonen und Versicherern nicht durch die Pandemie beeinflusst oder verfälscht wird. Die Pande-

mie begann in der Schweiz im Februar 2020. Die Statistik der OKP, auf welche sich der Finanzierungsteiler stützt, wird für das Jahr 2020 nicht vor Mitte 2021 verfügbar sein. Falls der Finanzierungsteiler schon zuvor oder aufgrund von Daten der Vorjahre festgelegt wird, wird der Finanzierungsteiler nicht durch die Pandemie beeinflusst.

Als indirekte Auswirkung der COVID-19-Pandemie ist zu erwarten, dass sich, bedingt durch den wohl unvermeidlichen konjunkturellen Einbruch und den absehbaren Anstieg der Staatsverschuldung, die finanzielle Lage sowohl der privaten wie auch der öffentlichen Haushalte verschlechtert. Dies dürfte den Druck zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und zu effizienzstärkenden Massnahmen verstärken. Insoweit von einer einheitlichen Finanzierung eine Stärkung der Effizienz erwartet wird, dürfte sich der Druck, eine Lösung zu finden, verstärken. Da von einer einheitlichen Finanzierung aber, auch mit einem Einbezug der Pflegeleistungen, im Vergleich zu einer Weiterführung des Status quo eine etwas verstärkte Belastung der Kantone und eine Entlastung der Prämienzahlenden zu erwarten ist (vgl. Ziffer 2), könnte sich bei einer angespannten Haushaltslage allerdings auch die Unterstützung der Kantone für eine Reform unter Einbezug der Pflege relativieren.

## **13 Zusammenfassung und Regelungsentwurf**

### **13.1 Zusammenfassung der Vorschläge des EDI**

Im Auftrag der SGK-S wurde mit diesem Bericht ein Katalog von Fragen zur Umsetzung einer einheitlichen Finanzierung untersucht. Die Kantone und auch die Verbände der Versicherten wurden dabei in geeigneter Weise einbezogen.

Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung kann Fehlanreize an weiteren Schnittstellen beheben, die prämiens- und steuerfinanzierten Anteile an den Kosten aller Leistungen nach KVG dauerhaft stabilisieren und die kostensparende koordinierte Versorgung fördern. Die voraussichtlich starke Dynamik der Kostenentwicklung im Bereich der Pflegeleistungen bewirkt für die OKP bei einem Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung zwar ein etwas stärkeres Kostenwachstum als bei einer einheitlichen Finanzierung ohne Pflege. Die Kostenentwicklung bis 2030 dürfte aber voraussichtlich immer noch etwas geringer ausfallen als bei einer Weiterführung des Status quo, bei dem die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen vollumfänglich zulasten der OKP geht. Falls ein Einbezug der Pflegeleistungen zu politisch unerwünschten Verteilungswirkungen führen sollte, wäre es zudem einfacher und vorteilhafter, direkt den Finanzierungsteiler anzupassen, als auf eine einheitliche Finanzierung und damit auf die Behebung von Fehlanreizen an Schnittstellen mit unterschiedlicher Finanzierung und auf die Förderung der koordinierten Versorgung ganz zu verzichten.

Ein Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung ist daher sinnvoll und wurde auch vom Bundesrat in der Vergangenheit unterstützt. Die dafür notwendigen Voraussetzungen, insbesondere eine Verbesserung der Kostentransparenz und eine Neuregelung der Tarifierung der Pflegeleistungen, können laut einer externen Studie, welche von den massgeblichen Akteuren des Gesundheitswesens begleitet wurde, innerhalb von gut fünf Jahren geschaffen werden.

Das EDI schlägt daher vor, den Regelungsentwurf des Nationalrats so zu ergänzen, dass auch Pflegeleistungen einheitlich finanziert werden, mit einem angepassten Finanzierungsteiler, welcher eine für jeweils die Gesamtheit der Kantone und Versicherten kostenneutrale Einführung ermöglicht. Die Unsicherheit über den Finanzierungsanteil im Pflegebereich macht bezogen auf alle Leistungen nach KVG weniger als einen halben Prozentpunkt aus. Diese Unsicherheit ist vertretbar und liegt im Bereich anderer Unsicherheiten. Ein festzulegender Finanzierungsanteil für den Kantonsbeitrag könnte ergänzt werden durch einen Auftrag an den Bundesrat, die Kostenneutralität der Einführung zu untersuchen, so dass der Gesetzgeber den Finanzierungsanteil gegebenenfalls später anpassen könnte. Ein Finanzierungsanteil könnte auch im Sinne einer in sich geschlossenen Reform deshalb schon jetzt festgelegt werden. Bezogen auf das Jahr 2016 läge dieser bei ungefähr 27,5 bis 27,9 Prozent, falls weitere Jahre einbezogen werden sollen, könnte dies mit zusätzlichen Studien innerhalb gut eines halben Jahres erfolgen.

Weil die notwendigen Grundlagen erst geschaffen werden müssen, sollte eine Übergangsfrist vorgesehen werden. Der Nationalrat sah die Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen drei Jahre nach Annahme der Vorlage vor. Die Pflegeleistungen könnten beispielsweise sieben Jahre nach Annahme integriert werden. Eine Tariforganisation sollte zuständig für die Tarifierung der Pflegeleistungen sein. Weil die Tarife für Pflegeleistungen neu auf einer schweizweit einheitlichen Grundlage beruhen werden und die Verantwortung der Kantone für die Restfinanzierung wegfällt, kann für die versicherten Personen auch bei den Pflegeheimen wie bei den anderen ambulanten Leistungen im Sinne des Gesetzes die schweizweit freie Wahl des Leistungserbringers eingeführt werden. Um die Datentransparenz zu verbessern, ist ferner eine Gesetzesbestimmung auch für die Kostenrechnung zu Pflegeleistungen

notwendig, welche ausserhalb eines Pflegeheims oder Spitals erbracht werden. Der heutige zusätzliche Beitrag der Patientinnen und Patienten an die Kosten der Pflegeleistungen kann in seiner Höhe unverändert weitergeführt und vom Bundesrat neu als Frankenbetrag festgelegt werden statt als Prozentsatz im Gesetz. Damit wird auch vermieden, dass die Reform Auswirkungen auf weitere Sozialversicherungen wie die Ergänzungsleistungen hat. Für die Restfinanzierung der Pflegeleistungen ist heute analog zu den Ergänzungsleistungen der Wohnsitz vor Heimeintritt massgebend. Für den Kantonsbeitrag entscheidend sollte in jedem Fall der zivilrechtliche Wohnsitz sein, damit Kongruenz innerhalb des KVG geschaffen wird.

Durch eine einheitliche Finanzierung, sei es mit oder ohne die Pflegeleistungen, werden einige Kantone im Vergleich zu heute zusätzlich belastet oder entlastet. Dies, weil in Kantonen, welche vergleichsweise stark auf ambulante Leistungen setzen, sich der Kanton heute vergleichsweise wenig an den Kosten aller Leistungen beteiligt, und umgekehrt. Um die Belastung der Kantone respektive die Prämien in den betroffenen Kantonen nur schrittweise ansteigen zu lassen, sollte der Übergang zum neuen Finanzierungsteiler schrittweise erfolgen. Mit einer Erstreckung der vom Nationalrat vorgesehenen Übergangsfrist zur Anpassung des Finanzierungsteilers auf vier Jahre kann dem Wunsch der Kantone nach einer Anpassung um höchstens einen Prozentpunkt pro Jahr entsprochen werden. Beim Einbezug der Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung in einem zweiten Schritt kann hingegen auf eine zweite Übergangsfrist zum Erreichen des minimalen Finanzierungsanteils verzichtet werden, da die Abweichungen zwischen den Kantonen dort weniger bedeutend sind und die erforderliche Änderung des steuer- respektive prämienfinanzierten Anteils in fast allen Kantonen höchstens ungefähr einen Prozentpunkt beträgt.

Mit der KVG-Änderung vom 19. Juni 2020 zur Zulassung der Leistungserbringer erhalten die Kantone geeignete Instrumente zur Steuerung des Angebots. Dieses Instrument könnte, wie auch von der vom Bundesrat befürworteten Motion 20.3914 verlangt, auf psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und weitere nichtärztliche Leistungserbringer ausgedehnt werden. Das EDI schlägt dazu einen neuen Artikel 55b KVG vor, der den Kantonen die Möglichkeit gibt, auch diese Leistungsbereiche zu steuern. Darüber hinaus sind aus Sicht des EDI keine Gesetzesanpassungen im Bereich der Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone notwendig. Auch die GDK liess dem BAG keine weiteren Vorschläge zukommen, weder schriftlich noch im Rahmen des gemeinsamen Arbeitstreffens.

Aufgrund der administrativen Einfachheit und der verfassungsrechtlichen Unbedenklichkeit schlägt das EDI vor, die vom Nationalrat gewählte Lösung zu übernehmen, den Kantonsbeitrag an den Nettoleistungen der Versicherer auszurichten, wie dies auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 empfohlen hat. Von dieser Lösung sind auch keine Auswirkungen auf das Prämiengefüge der verschiedenen Franchisestufen zu erwarten. Die Prämien der einzelnen Franchisestufen und auch das Ausmass der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken werden durch eine Orientierung des Kantonsbeitrags an den Nettoleistungen nicht tangiert.

Zur Verteilung des Kantons- und Bundesbeitrags auf die einzelnen Versicherer empfiehlt das EDI, die bereits vom Nationalrat beschlossene und auch vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 14. August 2019 unterstützte Lösung zu übernehmen, welche eine Verteilung proportional zu den bei den einzelnen Versicherern jeweils entstandenen Kosten vorsieht. Diese Lösung ist administrativ einfach umsetzbar, transparent und in Bezug auf das Potenzial zur Risikoselektion vorteilhaft gegenüber einer Aufteilung proportional zu den erwarteten Kosten (Risiken).

Wenn die Kantone im Rahmen einer einheitlichen Finanzierung neu auch ambulante Leistungen mitfinanzieren, spricht aus Sicht des EDI nichts dagegen, die Kantone ebenfalls an der



vorgeschlagenen Tariforganisation für den ambulanten Bereich zu beteiligen. Diese Tariforganisation könnte auch für die Tarifierung der Pflegeleistungen zuständig sein, der Bundesrat kann ihre Zuständigkeit zudem auf weitere ambulante Leistungsbereiche ausdehnen.

Im Interesse einer administrativ möglichst schlanken Abwicklung der Daten und Finanzflüsse kann der gemeinsamen Einrichtung KVG die Aufgabe übertragen werden, die Kostendaten der einzelnen Versicherer zu empfangen, den Kantonsbeitrag zu berechnen, ihn als Akonto- und definitive Zahlungen von den Kantonen einzuziehen und auf die einzelnen Versicherer zu verteilen. Damit die Kantone in diesen administrativen Prozess angemessen eingebunden sind, können sie von den Versicherern in die gemeinsame Einrichtung KVG aufgenommen werden.

Die Kontrolle der einzelnen Rechnungen hingegen ist, zusammen mit der Schaffung von Versicherungs- und Versorgungsmodellen, das entscheidende Mittel für die Versicherer, sich voneinander zu differenzieren. Sie sollte auch aus Effizienzgründen weiterhin den Versicherern überlassen sein. Das BAG prüft im Rahmen der Aufsicht über die Versicherer auch den Prozess der Rechnungskontrolle und könnte dies bei Bedarf weiter verstärken. Die Wohnsitzkontrolle kann ebenfalls durch die Versicherer vorgenommen werden, im Rahmen 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 » erarbeitet der Bundesrat momentan die gesetzlichen Grundlagen für einen Austausch von Daten zum Wohnsitz zwischen Kantonen und Versicherern. Die vorgesehenen Neuerungen im Bereich des Adressdienstgesetzes könnten eine ergänzende Möglichkeit für die Wohnsitzkontrolle durch die Versicherer sein. Das Anliegen der Kantone, von den Versicherern Daten zu Steuerungs- und Budgetierungszwecken zu erhalten, kann allenfalls im Rahmen der geplanten nationalen Datenbewirtschaftung berücksichtigt werden. Allerdings sind noch weitere Abklärungen notwendig, ob und wie die Anliegen der Kantone in diesem Rahmen aufgenommen werden können.

Durch die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler von 45 auf rund 75 Prozent ist mit jährlich wiederkehrenden Mehrkosten zulasten der OKP von vermutlich 100 bis 150 Millionen Franken und einer entsprechenden Entlastung der Zusatzversicherungen zu rechnen. Zudem verliert die kantonale Spitalplanung durch den Anstieg des Finanzierungsanteils auch für Spitäler, welche nicht vom Kanton gelistet, sondern von einem (Zusatz-)Versicherer unter Vertrag genommen werden, für die Leistungserbringer an Relevanz. Es ist nicht ausgeschlossen, dass durch die sinkenden Kosten für Zusatzversicherungen deren Verbreitung zunimmt und damit ein grösseres Kostenvolumen ausserhalb der kantonalen Spitalplanung und den damit verbundenen Auflagen, aber doch mit (teilweiser) Abrechnungsmöglichkeit zulasten der OKP und damit zusätzlichen Kostenfolgen für dieselbe abgewickelt wird. Um die Fehlansätze an der Schnittstelle von OKP und Zusatzversicherungen zumindest gegenüber der heutigen Situation nicht zu erhöhen, schlägt das EDI eine Beibehaltung des aktuellen Finanzierungsanteils von 45 Prozent für Vertragsspitäler vor.

Eine einheitliche Finanzierung kann die Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen beschleunigen und die Koordination der Behandlung über verschiedene, heute unterschiedlich finanzierte Leistungsbereiche hinweg fördern. Einsparungen im stationären Bereich, welche im Gegenzug gewisse ambulante Behandlungen erfordern, sind heute für die Versicherer nur dann lohnend, wenn sie weniger als halb so kostspielig sind wie die vermiedene stationäre Behandlung. Andernfalls senken sie zwar die gesamten Gesundheitskosten, werden aber nicht prämienvirksam, sondern erhöhen im Gegenteil die Prämien, es profitiert nur der Kanton. Somit sind Versicherungsmodelle, die mit einer guten Koordination der ambulanten Leistungserbringer dafür sorgen, dass Gesundheitsprobleme, welche zu stationären Aufenthalten führen, vermieden werden können, für die versicherten Personen und damit auch für die Versicherer weniger

attraktiv, als sie mit einer einheitlichen Finanzierung sein könnten. Das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung kann nicht eindeutig quantifiziert werden. Entsprechende Schätzungen reichen bis hin zu drei Milliarden Franken jährlich, wobei allerdings unklar ist welcher Teil davon in der Praxis tatsächlich realisierbar ist. Es kann jedoch von einem substantiellen Sparpotenzial ausgegangen werden.

Von der COVID-19-Pandemie wären direkte Auswirkungen auf eine einheitliche Finanzierung dann zu erwarten, wenn sich in deren Zuge die Aufteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungen vorübergehend oder nachhaltig verändern würde. Die Statistik der OKP, auf welche sich der Finanzierungsteiler stützt, wird für das Jahr 2020 allerdings nicht vor Mitte 2021 verfügbar sein. Falls der Finanzierungsteiler schon zuvor oder aufgrund von Daten der Vorjahre festgelegt wird, wird dieser nicht durch die Pandemie beeinflusst. Als indirekte Auswirkung der COVID-19-Pandemie ist zu erwarten, dass sich die finanzielle Lage sowohl der privaten wie auch der öffentlichen Haushalte verschlechtert. Dies dürfte den Druck zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und zu effizienzstärkenden Reformen verstärken.

### **13.2 Vorgeschlagene Ergänzungen zum Regelungsentwurf des Nationalrates**

*Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>*

<sup>2sexies</sup> Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Artikel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf.

*Art. 25 Abs. 2, Buchstabe a*

<sup>2</sup> Diese Leistungen umfassen:

- a. die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
  1. Ärzten oder Ärztinnen,
  2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
  3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin Leistungen erbringen;

*Art. 25a*

*Aufgehoben*

*Art. 41 Abs. 1*

<sup>1</sup> Die Versicherten können für Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.

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

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

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

<sup>3</sup> Er kann Grundsätze betreffend Form, Betrieb und Finanzierung der Organisation aufstellen.

<sup>4</sup> Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände nach Absatz 1 und die Kantone ein.

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

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

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

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

*Art. 49a* Vertragsspitäler und -geburtshäuser

<sup>1</sup> Mit Spitälern oder Geburtshäusern, welche kein Listenspital im Sinne von Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> sind, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a–c und f erfüllen, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abschliessen.

<sup>2</sup> Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung darf nicht höher sein als 45 Prozent der Vergütung nach Artikel 49 Absatz 1.

*Art. 50* Kostenübernahme für Pflegeleistungen, die in einem Pflegeheim oder ambulant erbracht werden

<sup>1</sup> Der Versicherer übernimmt die Kosten der Pflegeleistungen, die nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a erbracht werden:

- a. in einem Pflegeheim;
- b. ambulant durch einen Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e.

<sup>2</sup> Die Leistungserbringer nach Absatz 1 verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese Instrumente beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung sowie im Fall der Pflegeheime auch die für Betriebsvergleiche und die Planung notwendigen Daten.

<sup>3</sup> Der Bundesrat legt für die Leistungserbringer nach Absatz 1 jeweils eine einheitliche Struktur für die Kostenrechnung und die Leistungsstatistik fest.

<sup>4</sup> Es sind schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, insbesondere zu Kosten und Ergebnisqualität, durchzuführen. Die Pflegeheime und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Durchführung der Betriebsvergleiche regeln. Er veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

<sup>5</sup> Die Leistungserbringer nach Absatz 1 sind verpflichtet, ihre Kostenrechnung und Leistungsstatistik sowie die dazugehörigen Unterlagen zur Einsichtnahme bereitzuhalten. Zur Einsichtnahme berechtigt sind die Tarifvertragsparteien und die für die Tarifvertragsgenehmigung und die Tariffestsetzung zuständigen Behörden.

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

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

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

*Art. 60 Abs. 2 Bst. a sowie 3 und 5*

<sup>2</sup> Massgebend für die Berechnung des Kantonsbeitrags sind die Kosten der Leistungen, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- a. Es handelt sich um Leistungen nach den Artikeln 25–31; ausgenommen sind Leistungen, die gestützt auf einen Vertrag nach Artikel 49a vergütet werden.

<sup>3</sup> Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens neun Monate vor dessen Beginn den Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt bei mindestens 27,7 Prozent.

<sup>5</sup> Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind. Die Kantone und der Bund entrichten ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

*Art. 64 Abs. 5<sup>bis</sup>, 7 Bst. b und 8 erster Satz*

<sup>5bis</sup> Die Versicherten leisten zudem für Pflegeleistungen, welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden, einen Beitrag an die Kosten für die Pflegeleistungen. Der Bundesrat legt die maximale Höhe des Beitrags in Franken fest. Die Kantone können den Beitrag ganz oder teilweise übernehmen.

<sup>7</sup> Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:

- b. Leistungen nach Artikel 25, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.

<sup>8</sup> Kostenbeteiligungen nach den Absätzen 2 und 5 dürfen weder bei einer Krankenkasse noch bei einer privaten Versicherungseinrichtung versichert werden. ...

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom dd.mm.yyyy (Einheitliche Finanzierung)*

<sup>1</sup> Der Prozentsatz für den Kantonsbeitrag muss innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten mindestens dem in Artikel 60 Absatz 3 vorgesehenen Wert entsprechen.

<sup>2</sup> Kantone, in welchen der Anteil der Kosten von stationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, die von der Änderung vom ... bereits vor dem Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a betroffen sind, drei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... unter dem Durchschnitt liegt, müssen einen Prozentsatz für den Kantonsbeitrag von mindestens 21 Prozent festlegen. Danach muss die jährliche Erhöhung des Prozentsatzes mindestens 1,0 Prozentpunkte betragen, sofern der Wert nach Artikel 60 Absatz 3 noch nicht erreicht wurde.

<sup>3</sup> Kantone, in welchen der Anteil von stationären Leistungen im Vergleich zu den Kosten aller Leistungen, die von der Änderung vom ... bereits vor dem Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a betroffen sind, drei Jahre vor Inkrafttreten der Änderung vom ... über dem Durchschnitt liegt, dürfen den Prozentsatz bis zum vierten Jahr jährlich um höchstens 1,0 Prozentpunkte senken. Der festgelegte Prozentsatz für den Kantonsbeitrag darf in keinem Jahr unter dem in Artikel 60 Absatz 3 vorgesehenen Wert liegen.

<sup>4</sup> Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 sind für die Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a ausgenommen.

<sup>5</sup> Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nach Artikel 25a Absatz 2 werden bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet.

<sup>6</sup> Bis zum Inkrafttreten der Aufhebung von Artikel 25a liegt der Prozentsatz nach Artikel 60 Absatz 3 bei 25,5 Prozent.

*Ziff. IV*

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Steht zehn Tage nach Ablauf der Referendumsfrist fest, dass gegen das Gesetz kein Referendum zustande gekommen ist, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 18 Absatz 2<sup>sexies</sup>, 47a Absätze 1 und 4, 49a, 55b und 60: am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt;
- b. die Artikel 25, 25a, 41 Absatz 1, 50 sowie 64 Absätze 5<sup>bis</sup> und 7: am 1. Januar, der auf den Ablauf von sieben Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist folgt.

<sup>3</sup> Wird das Gesetz in der Volksabstimmung angenommen, so tritt es wie folgt in Kraft:

- a. die Artikel 18 atz. 2<sup>sexies</sup>, 47a Absätze 1 und 4, 49a, 55b und 60: drei Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn;
- b. die Artikel 25, 25a 41 Absatz. 1, 50 sowie 64 Absätze 5<sup>bis</sup> und 7: sieben Jahre nach der Abstimmung auf Jahresbeginn.

### 13.3 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln

#### *Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>*

Die Stiftung gemeinsame Einrichtung ist neu zuständig für die Berechnung und Erhebung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags statt nur für dessen Verteilung auf die einzelnen Versicherer. Durch die Konzentration beider Aufgaben bei einem Akteur kann die Effizienz gesteigert werden.

#### *Art. 25 Abs. 2 Bst. a*

Pflegeleistungen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, durchgeführt werden, sind im Leistungsumfang der OKP enthalten. Damit werden die Leistungen nach Artikel 25a Absatz 1 KVG, für welche die OKP heute einen Beitrag leistet, wieder mit dem übrigen Leistungsumfang der OKP in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG zusammengeführt. Damit wird letztendlich die gesetzliche Regelung, die vor der Neuordnung der Pflegefinanzierung galt, wieder hergestellt.

Der Nationalrat hat am 17. Dezember 2019 im Zuge der pa. Iv. 19.401 «Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität» eine Gesetzesvorlage verabschiedet, welche unter anderem eine Ergänzung in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG vorsieht, wo in einer neuen Ziffer 2<sup>bis</sup> auch Pflegefachpersonen als mögliche Durchführende eines Teils der Pflegeleistungen aufgeführt werden sollen. Am 10. Juni 2020 hat der Ständerat einen insgesamt abweichenden, aber im erwähnten Punkt identischen Beschluss getroffen. Sollte diese Ergänzung des KVG von beiden Räten definitiv so beschlossen werden, müsste der Erlassentwurf für eine einheitliche Finanzierung entsprechend angepasst werden.

#### *Art. 25a*

Der heutige Artikel 25a mit seinen gesonderten Bestimmungen zu Pflegeleistungen bei Krankheit, die ausserhalb eines Spitals erbracht werden, kann aufgehoben werden. Der Absatz 1 wird in angepasster Form in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a überführt. Die vom Bundesrat am 27. Mai 2020 vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 25a Absatz 1 und 2 KVG,<sup>34</sup> wonach bei der Vergütung von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen, die für Pflegeleistungen verwendet werden, Artikel 52 KVG gelten soll, kann aufgehoben werden. Einerseits fällt die in Absatz 2 geregelte Akut- und Übergangspflege weg, andererseits sollen die Pflegeleistungen nach Tarifen vergütet werden und nicht mehr mit Beiträgen und Restfinanzierung. Weil in Artikel 50 E-KVG keine Bestimmung analog zu Artikel 49 Absatz 5 KVG, wonach mit den Vergütungen alle Ansprüche für Leistungen nach dem Gesetz abgegolten sind, vorgesehen ist, ergibt sich, dass für weitere Leistungen wie Mittel und Gegenstände die entsprechenden Bestimmungen (wie Art. 52 KVG) gelten. Hingegen müsste die vorgeschlagene Ergänzung von Artikel 52 Absatz 3 KVG teilweise ersetzt werden. Auf Artikel 25a KVG kann nicht mehr verwiesen werden, da dieser aufgehoben wird. Der Verweis auf Pflegeleistungen, die ambulant, im Pflegeheim oder im Spital bei Wartepatientinnen und -patienten im Sinne von Artikel 49 Absatz 4 KVG erbracht werden, nicht aber bei Patientinnen und Patienten in normaler stationärer Behandlung, kann über einen Verweis auf die Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a E-KVG, die nicht über Tarifverträge mit Spitälern nach Artikel 49 KVG vergütet werden, erfolgen. Da die Ergänzung von Artikel 52 Absatz 3 KVG vom

---

<sup>34</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 27. Mai 2020 zur Vorlage 20.046, BBl 2020 4825

Bundesrat aber erst vorgeschlagen, von den Räten jedoch noch nicht beschlossen wurde, ist sie im vorliegenden Regelungsentwurf noch nicht enthalten.

Das Instrument der Akut- und Übergangspflege in Absatz 2 würde aufgehoben (vgl. Ziffer 2.4.4). Die Ergänzungen, welche der National- und Ständerat im Rahmen der pa. Iv. 19.401 «Für eine Stärkung der Pflege – für mehr Patientensicherheit und mehr Pflegequalität» vorgesehen haben (Akut- und Übergangspflege wird von einem Arzt oder einer Ärztin gemeinsam mit einer Pflegefachperson angeordnet), würden damit ebenfalls hinfällig.

Absatz 3 kann ebenfalls aufgehoben werden, da Artikel 33 Absatz 2 KVG bereits generell festhält, dass der Bundesrat unter anderem die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 KVG näher bezeichnet. Das Verfahren der Bedarfsermittlung muss nicht mehr vom Bundesrat geregelt werden, da dies, falls eine Orientierung der Tarife am Pflegebedarf von den Tarifpartnern bevorzugt wird, im Rahmen der Tarifvereinbarungen erfolgen kann. Der Nationalrat und in einer abweichenden Fassung auch der Ständerat haben im Zuge der pa. Iv. 19.401 eine Gesetzesvorlage verabschiedet, welche unter anderem eine Ergänzung in Artikel 25a Absatz 3 KVG vorsieht, wonach der Bundesrat nicht nur die Pflegeleistungen bezeichnet, sondern dabei auch unterscheidet zwischen Leistungen, welche mit und ohne Auftrag oder Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin erbracht werden können. Dass Pflegefachpersonen für bestimmte Leistungen auch ohne ärztliche Anordnung tätig werden können, möchten National- und Ständerat in Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe d<sup>bis</sup> E-KVG regeln. In zwei neuen Absätzen 3<sup>bis</sup> und 3<sup>ter</sup> von Artikel 25a E-KVG haben National- und Ständerat zudem ergänzend vorgesehen, dass der Bundesrat bei der Bezeichnung von Leistungen den Pflegebedarf von Personen mit komplexen Erkrankungen und von Personen, die palliative Pflege benötigen, berücksichtigt. Zudem soll der Bundesrat neben dem Verfahren der Ermittlung des Pflegebedarfs auch die Koordination zwischen den behandelnden Ärzten und Ärztinnen und Pflegefachpersonen regeln. Sollten diese Ergänzungen des KVG von beiden Räten definitiv so beschlossen werden, könnten sie bei einem Einbezug der Pflege in eine einheitliche Finanzierung ebenfalls in Artikel 33 KVG verschoben werden.

Absatz 4 kann zum einen Teil aufgehoben werden, da durch den Bundesrat keine Beiträge mehr festzusetzen sind. Stattdessen sind Tarife zu vereinbaren, es gelten die generellen Artikel 43 und 46 KVG sowie für die Tariforganisation für Pflegeleistungen der angepasste Artikel 47a E-KVG. Zum anderen Teil ist die Qualitätssicherung bereits generell in Artikel 58 KVG geregelt. Mit der am 21. Juni 2019 von den eidgenössischen Räten beschlossenen Revision soll die Qualität der erbrachten Leistungen gesichert und verbessert sowie die Patientensicherheit nachhaltig erhöht werden, wie der Bundesrat in seiner Botschaft vom 4. Dezember 2015 zur Änderung des KVG (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) (15.083) ausführt.<sup>35</sup> Von dieser Änderung sind auch die Pflegeleistungen erfasst.

Der erste Satz von Absatz 5 (maximaler Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen) kann mit Anpassungen in den Artikel 64 KVG verschoben werden, welcher die Kostenbeteiligung regelt. Der zweite Satz kann ersatzlos aufgehoben werden, da die Pflicht der Kantone zur Regelung der Restfinanzierung entfällt. Der dritte Satz entfällt aus demselben Grund, die Verantwortung für die Auszahlung des Kantonsbeitrags wird generell in Artikel 60 E-KVG dem Kanton zugewiesen, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat. Der vierte Satz gewährt die Wahlfreiheit im Bereich der ambulanten Pflege, was bereits in Artikel 41 Absatz 1 KVG geregelt ist. Der fünfte Satz mit der Anlehnung an die Regelung im ELG entfällt,

---

<sup>35</sup> Die Gesetzesänderung tritt voraussichtlich am 1. Januar 2021 in Kraft. Zum Schlussabstimmungstext: BBl 2019 4469.



da für die Zuständigkeit für den Kantonsbeitrag neu für alle Leistungen konsequent der zivilrechtliche Wohnsitz massgebend ist (vgl. Ziffer 2.4.6 und Art. 60 E-KVG). Der sechste und siebte Satz betreffen die Kostenübernahme bei Aufenthalt in einem Pflegeheim ausserhalb des Wohnkantons. Diese Aspekte könnten, falls die volle Wahlfreiheit der Versicherten im Bereich der Pflegeheime vom Gesetzgeber nicht gewünscht wird, in Artikel 41 KVG in einem neuen Absatz 1<sup>quater</sup> geregelt werden.

#### *Art. 41 Abs. 1*

Parallel zum Wegfall der kantonalen Verantwortung für die Festlegung der Restfinanzierung kann auch für den Aufenthalt im Pflegeheim die vollständige Wahlfreiheit für die versicherten Personen in der gesamten Schweiz eingeführt werden, so wie dies bereits für Leistungen von Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie selbständig tätigen Pflegefachpersonen wie auch für alle übrigen ambulanten Leistungen im Sinne des Gesetzes gilt. Die OKP übernimmt jeweils für die ambulante Behandlung und damit auch für die Pflegeleistungen im Pflegeheim den Tarif des Standortkantons des Leistungserbringers.

Die Struktur von Artikel 41 KVG könnte sich mit den geplanten Gesetzesänderungen im Rahmen des zweiten Kostendämpfungspakets noch verändern. Vorliegend werden diese geplanten Änderungen nicht berücksichtigt, sondern auf der bestehenden Struktur aufgebaut, wobei die vom Nationalrat beschlossenen Änderungen im Rahmen der einheitlichen Finanzierung zu Artikel 41 KVG beachtet werden.

#### *Art. 47a*

Die Tarifierung von Pflegeleistungen muss nicht spezifisch im KVG geregelt werden, es gelten die allgemeinen Regeln des KVG zu Tarifen in den Artikeln 43–47. Um den Kantonen die Sicherheit zu bieten, dass für die Tarife der Pflegeleistungen eine Tariforganisation zuständig ist, in welcher sie vertreten sind (vgl. Ziffer 6), kann die in der Botschaft vom 21. August 2019 des Bundesrates zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) (19.046) in Artikel 47a E-KVG vorgesehene Tariforganisation für den ärztlich ambulanten Bereich, welche vom Bundesrat auf weitere Bereiche ausgedehnt werden kann, bereits im Gesetz verpflichtend auf die Pflegeleistungen ausgedehnt und eine Vertretung der Kantone vorgesehen werden. Im Übrigen können die Bestimmungen, wie sie in der erwähnten Botschaft vorgesehen waren, unverändert übernommen werden.

#### *Art. 49a Absatz 1 und 2*

Die Vergütung für Vertragsspitäler und –geburtshäuser aus Mitteln der OKP wird auf 45 Prozent der Vergütung für Listenspitäler und –geburtshäuser beschränkt. Damit bleibt der Finanzierungsanteil der OKP für solche Leistungserbringer gegenüber heute unverändert.

#### *Art. 50 Abs. 1, 2 und 3*

Die Bezeichnung des Artikels umfasst neu nicht nur die Kostenübernahme bei Pflegeleistungen im Pflegeheim, sondern auch bei ambulant erbrachten Pflegeleistungen. In Absatz 1 wird der heutige Bezug auf den Artikel 25a, welcher aufgehoben wird, ersetzt durch einen Verweis auf die Pflegeleistungen nach Artikel 25. Die Kostenübernahme für Leistungen im Pflegeheim umfasst explizit nur die Pflegeleistungen, nicht hingegen allfällige weitere Untersuchungen und

Behandlungen namentlich von Ärzten und Ärztinnen. Diese werden nach wie vor separat vergütet, ausser falls spezielle Pauschalen vereinbart werden, etwa bei Modellen der koordinierten Versorgung.

In den Absätzen 2 bis 5 wird die heutige Regelung in Artikel 50 KVG, wonach die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 KVG sinngemäss für Pflegeheime gelten, neu explizit ausgeschrieben und auf Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e, die Pflegeleistungen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a erbringen (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie selbständig tätige Pflegefachpersonen) ausgedehnt. Dies um eine gewisse Vereinheitlichung der Kostenrechnungen auch in diesem Bereich erzielen zu können. Eine ausreichende Kostentransparenz ist laut dem Grundlagenbericht von Polynomics / HSLU (2020) insbesondere wichtig für die Festlegung von geeigneten Tarifen. Freiwillige Branchenvereinbarungen reichen dafür möglicherweise nicht aus. Allerdings müssen die verlangten Führungsinstrumente weiterhin lediglich bei Pflegeheimen die für Betriebsvergleiche und Planung notwendigen Daten enthalten. Der Bundesrat legt eine einheitliche Struktur für die Kostenrechnung und Leistungsstatistik fest, jeweils für die Pflegeheime einerseits und für die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe e andererseits. Neben den Tarifvertragsparteien sind auch die für die Tarifvertragsgenehmigung und Tariffestsetzung zuständigen Behörden zur Einsichtnahme in die Kostenrechnung und Leistungsstatistik berechtigt.

#### *Art. 55b*

Als zusätzliches Steuerungsinstrument für die Kantone sollen diese neu die Möglichkeit haben, für psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen und weitere nichtärztliche Leistungserbringer die Zulassung verweigern zu können, wenn die Kosten für diese Leistungserbringer im betreffenden Kanton stärker steigen als die Kostensteigerung für Leistungen dieser Leistungserbringer in der gesamten Schweiz. Die Regelung lehnt sich an die vom Parlament beschlossene Kompetenz für die Kantone im Bereich der Ärztinnen und Ärzte, welche im ambulanten Bereich Leistungen erbringen, in Artikel 55a Absatz 6 an.

#### *Art. 60 Abs. 2 Bst. a sowie 3 und 5*

Im Entwurf des Nationalrates muss die Berechnung des Kantonsbeitrags angepasst werden. Für diesen sind neu die Kosten aller Leistungen nach Artikel 25 bis 31 KVG massgebend. Die Ausnahme der Leistungen nach dem aufzuhebenden Artikel 25a KVG wird gestrichen, da diese Leistungen ebenfalls in eine einheitliche Finanzierung integriert sind. Die Übernahme von Kosten durch die Kantone bei der Finanzierung von Pflegemassnahmen, die für Versicherte eine geringere als der maximal festgelegte Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen nach Artikel 64 Absatz 5<sup>bis</sup> zur Folge haben, werden bei der Berechnung des Kantonsbeitrags nicht berücksichtigt. Es handelt sich dabei um eine freiwillige zusätzliche Kostenübernahme durch die Kantone, welche ihren ordentlich zu leistenden Kantonsbeitrag nicht verringert.

Der Mindestanteil für den Kantonsbeitrag in Absatz 3 wird gegenüber der Vorlage des Nationalrats erhöht, da auch die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung aller Leistungen nach KVG einbezogen werden. Der Mindestanteil liegt in Annäherung an eine kostenneutrale Umstellung basierend auf dem Referenzjahr 2016 bei 27,7 Prozent.

Da neu die gemeinsame Einrichtung für die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags zuständig ist (vgl. Art. 18 Abs. 2<sup>sexies</sup>), müssen die Versicherer ihr die dafür notwendigen Daten liefern, was in Absatz 5 geregelt wird.

*Art. 64 Abs. 5<sup>bis</sup>, 7 Buchstabe b und 8*

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Änderungen gegenüber der heutigen Regelung so gering wie möglich gehalten werden sollen, könnten sich die Patientinnen und Patienten im gleichen Umfang wie bisher an den Kosten der beanspruchten Pflegeleistungen beteiligen, welche ambulant oder im Pflegeheim erbracht werden. Dieser Vorschlag wurde auch von der GDK gemacht. Die entsprechende Regelung könnte aus dem heutigen Artikel 25a Absatz 5 KVG zu den Bestimmungen, welche die Kostenbeteiligung der Versicherten regeln (Art. 64 KVG) verschoben werden. Dort ist beispielsweise auch der Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital (Art. 64 Abs. 5 KVG) geregelt.

Da es keinen vom Bundesrat festgesetzten Beitrag der OKP für Pflegeleistungen mehr gibt, muss die Bezugsgrösse angepasst werden. Für den vom Bundesrat weiterhin festzulegenden maximalen Beitrag der Versicherten an die Pflegeleistungen (vgl. Ziffer 2.4.2) kann ein fixer Frankenbetrag vorgesehen werden.

Der Bundesrat müsste in der Verordnung einen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen analog der Franchise und des Selbstbehalts beziehungsweise des Beitrags an die Kosten des Spitalaufenthalts (als fixer Frankenbetrag) festlegen. Vom Bundesrat wäre wie heute auch festzulegen, ob dieser maximale Frankenbetrag pro Tag erhoben wird oder ob dafür eine andere Abgrenzung etwa nach Leistungseinheiten gewählt wird.

Die Option, dass einzelne Kantone wie heute diesen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen auf freiwilliger Basis ganz oder teilweise übernehmen, kann bestehen bleiben, wie dies auch die GDK vorschlägt, und kann explizit im Gesetz festgehalten werden. Eine allfällige Übernahme sollte jedoch auf die Berechnung des kantonalen Finanzierungsanteils keinerlei Einfluss haben.

Die Änderung in Absatz 7 Buchstabe b betrifft bloss den Nachvollzug der Streichung von Artikel 25a KVG.

In Absatz 8 wird zusätzlich präzisiert, dass sich das Verbot der Kostenübernahme lediglich auf die Kostenbeteiligung nach den Absätzen 2 und 5 bezieht und damit der Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen nach Absatz 5<sup>bis</sup> nicht betroffen ist.

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom dd.mm.yyyy (Einheitliche Finanzierung)*

Mit einer Verlängerung der Übergangsfrist, bis der minimale Finanzierungsanteil nach Artikel 60 Absatz 3 erreicht sein muss, auf vier Jahre gegenüber drei Jahren in der Vorlage des Nationalrates und einer Reduktion der minimalen Anpassung des Finanzierungsanteils von 1,5 auf 1,0 Prozentpunkte wird die Geschwindigkeit des Anstiegs der Belastung entweder der Kantone oder der Prämien im Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung gebremst, wie dies auch die Kantone gefordert hatten. Die Frist von vier Jahren nach Inkrafttreten entspricht gerade jener Frist, nach welcher auch die Pflegeleistungen in eine einheitliche Finanzierung einbezogen werden und die entsprechenden Bestimmungen in Kraft treten (siehe Schlussbestimmungen). Dies bedingt Anpassungen der Absätze 1 bis 3 der Übergangsbestimmungen.

Mit dem möglichen gestaffelten Inkrafttreten werden sich während einer Übergangsfrist von vermutlich mehreren weiteren Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung zur Einheitlichen Finanzierung die Kantone, Versicherer und Versicherte die Finanzierung der Pflegemasnahmen nach Artikel 25a KVG entsprechend der vor der Gesetzesänderung für diese Leistungen geltenden Finanzierungsregelung teilen. Dies bedeutet, dass die Bestimmungen des später aufzuhebenden Artikel 25a KVG für diese Zeit massgebend bleiben, namentlich was die Verpflichtung der Versicherer zu vom Bundesrat festgesetzten Beiträgen, die Beschränkung des

Beitrags der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen und die Verantwortung der Kantone für die Festsetzung und Auszahlung der Restfinanzierung betrifft. Der Eintritt in ein Pflegeheim begründet in dieser Zeit weiterhin keine neue Zuständigkeit eines Kantons. Dies wird in einem neuen Absatz 4 der Übergangsbestimmungen geregelt.

Während dieser Periode von beispielsweise vier weiteren Jahren bleiben die Beiträge an diese Leistungen konsequenterweise von der Berechnung des Kantonsbeitrags nach Artikel 60 Absatz 2 KVG ausgenommen. Der Kanton entrichtet für diese Leistungen im Gegenzug auch keinen Kantonsbeitrag nach Artikel 60 Absatz 1 KVG, da er sich dort im Rahmen der vor der Gesetzesänderung für diese Leistungen geltenden Finanzierungsregelung beteiligt.

Weiter muss in den Übergangsbestimmungen in Absatz 5 der Übergangsbestimmungen festgehalten werden, dass bis zur Aufhebung von Artikel 25a KVG die Akut- und Übergangspflege alleine von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird, nachdem die Regeln der Spitalfinanzierung in Artikel 49a KVG – wonach die Akut- und Übergangspflege bislang finanziert worden ist – wegfallen und die stationären Leistungen vorab in die Einheitliche Finanzierung einbezogen werden. Die materielle Grundlage für die Akut- und Übergangspflege in Artikel 25a Absatz 2 KVG bleibt für die Phase bis zum Inkrafttreten der Bestimmungen zum Einbezug der Pflegeleistungen in die Einheitliche Finanzierung gleich, falls der Gesetzgeber während dieser Zeit keine anderweitigen Anpassungen vornimmt.

Aus demselben Grund bleibt nach Absatz 6 der Übergangsbestimmungen bis zur Aufhebung von Artikel 25a der Mindestanteil für den Kantonsbeitrag nach Art. 60 Abs. 3 bei 25,5 Prozent. Dies entspricht dem vom Nationalrat festgelegten Wert für eine einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen.

#### *Schlussbestimmungen zur Änderung vom dd.mm.yyyy (Einheitliche Finanzierung)*

Mit den Schlussbestimmungen soll die Frist bis zum Einbezug der Pflegeleistungen nach dem aufzuhebenden Artikel 25a KVG in eine einheitliche Finanzierung geregelt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die sonstigen ambulanten und stationären Leistungen sofort nach Inkrafttreten der übrigen Bestimmungen einheitlich finanziert werden. In den Schlussbestimmungen des vom Nationalrat verabschiedeten Entwurfs ist bereits vorgesehen, dass das Inkrafttreten erst drei Jahre nach der Annahme durch das Parlament oder gegebenenfalls in der Volksabstimmung auf das Jahresende erfolgt. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen für den Einbezug der Pflege in die Einheitliche Finanzierung hingegen könnte vom Gesetzgeber auf beispielsweise sieben Jahre nach Annahme durch das Parlament oder gegebenenfalls in der Volksabstimmung auf das Jahresende festgelegt werden.

## 14 Literaturverzeichnis

Bill, Marc / Meyer, Delia / Telser, Harry (2019): Aktualisierung der PCG-Liste für den Schweizer Risikoausgleich. Schlussbericht zur Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: BAG.

Blatter, Hannes / Albin, Nina (2015): Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität. Arbeitsbericht IBR 005/2015. Luzern: Hochschule Luzern.

Bundesrat (2016): Bestandesaufnahme und Perspektiven in der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung der Postulate 12.3604, 14.3912 und 14.4165. Bern.

Felder, Stefan / Straumann, Rachel (2019): Kosteneffizienz in der stationären Langzeitpflege – Welchen Einfluss hat die Restfinanzierung? Basel: Universität Basel.

GDK (2018): Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012. Financement hospitalier: Parts de financement cantonales dès 2012. Abrufbar unter: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB\\_Zusammenstellung\\_Kostentiler\\_20180718.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostentiler_20180718.pdf) [Stand: 10.08.2020].

Huber, Carola A. / Reich, Oliver / Früh, Mathias / Rosemann, Thomas 2016. Effects on Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. International Journal of Integrated Care 16(1): 11, pp 1–18.

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

IWSB (2018): Rechnungskontrolle 2016 bei Krankenversicherern: Nutzen und Kosten. Studie im Auftrag von santésuisse. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien.

IWSB (2019): Effekte einer einheitlichen Finanzierung ambulant-stationär auf die Kantonsbeiträge pro Franchisestufe. Kurzgutachten im Auftrag von santésuisse. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien.

Obsan (2018): Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatoire. Obsan Dossier 63. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Polynomics / HSLU (2020): Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung. Olten, Luzern: Polynomics, Hochschule Luzern.

Polynomics (2016): Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge. Olten: Polynomics.

Polynomics (2018): Kosteneinsparungen durch EFAS. Olten: Polynomics.

PWC (2016): Ambulant vor stationär: oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen. PriceWaterhouseCoopers.

SAMW (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

ZHAW (2017a): Sparpotentiale im Gesundheitswesen: Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürichs. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

ZHAW (2017b): Wie wirkt sich eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen auf Effizienz und Versorgungsqualität aus? Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

## Anhang: Berechnung Finanzierungsteiler und Darstellung Finanzflüsse

### Anhang 1: Tabellen zur Berechnung des Finanzierungsteilers

**Tabelle 7: OKP-Ausgaben für alle KVG-Leistungen**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	4'500'407'689	4'952'219'707	5'045'917'542	5'295'916'393	5'530'450'474	5'634'367'959	5'695'388'196
BE	3'376'032'946	3'511'251'391	3'549'150'536	3'797'113'762	3'955'705'566	4'033'407'205	4'085'107'994
LU	1'097'571'425	1'182'196'665	1'213'139'038	1'256'743'844	1'318'036'440	1'355'206'497	1'288'984'232
UR	95'348'317	100'543'061	103'340'322	104'060'894	108'195'629	107'209'440	109'266'986
SZ	428'323'109	458'567'408	466'522'245	492'342'402	514'172'615	526'487'290	532'846'106
OW	98'167'926	109'380'060	107'815'202	113'633'339	119'686'478	120'742'803	118'402'943
NW	110'970'320	121'689'896	121'755'314	125'600'626	131'343'703	136'353'618	135'547'776
GL	116'414'645	121'851'630	126'119'853	133'470'341	135'032'428	138'672'411	141'179'225
ZG	316'235'460	341'382'971	350'021'205	369'913'504	385'174'831	393'508'045	396'371'153
FR	849'945'933	972'927'016	982'655'759	1'026'969'390	1'080'724'247	1'114'425'160	1'160'683'818
SO	825'224'834	895'004'321	928'820'665	981'198'454	1'037'139'226	1'044'835'174	1'052'265'863
BS	787'503'171	832'170'002	851'494'285	889'200'854	918'275'449	934'867'435	935'332'343
BL	981'816'738	1'064'241'522	1'082'031'484	1'172'218'509	1'207'768'027	1'229'462'496	1'231'324'197
SH	243'077'167	260'777'492	269'585'886	278'138'762	294'281'411	305'247'667	298'999'525
AR	149'576'043	159'752'103	165'719'504	171'737'520	181'789'649	182'230'730	183'300'651
AI	37'748'349	39'261'355	41'252'836	43'602'009	44'924'789	43'616'672	44'799'875
SG	1'394'359'129	1'502'888'479	1'564'341'045	1'609'877'910	1'669'154'606	1'717'179'581	1'717'696'287
GR	552'914'620	593'732'179	612'924'718	627'742'402	656'875'244	676'330'345	686'033'336
AG	1'912'177'928	2'066'465'098	2'115'461'554	2'229'049'382	2'304'850'560	2'368'074'200	2'396'935'183
TG	702'609'439	779'895'091	810'459'436	845'637'055	887'200'047	904'262'241	927'952'633
TI	1'203'059'352	1'269'591'226	1'341'340'459	1'411'315'605	1'468'269'899	1'528'313'764	1'557'928'259
VD	2'535'989'009	2'787'970'547	2'859'774'713	2'991'771'990	3'179'140'466	3'292'589'481	3'291'645'721
VS	984'820'630	1'035'150'050	1'072'051'021	1'141'015'775	1'205'555'855	1'251'833'389	1'284'795'021
NE	576'538'348	631'710'330	658'004'508	681'715'730	726'113'559	741'856'966	770'628'829
GE	1'789'782'787	1'877'054'757	1'925'196'717	2'041'857'234	2'118'985'912	2'220'936'577	2'189'476'887
JU	233'087'615	253'427'997	267'400'511	281'107'900	295'240'588	304'653'277	305'586'551
Total CH	25'899'702'927	27'921'102'354	28'632'296'357	30'112'951'586	31'474'087'701	32'306'670'424	32'538'479'591
Ausl.	1'525'365	5'387'555	6'686'823	9'416'109	9'716'607	10'972'819	12'775'902
Total	25'901'228'292	27'926'489'909	28'638'983'180	30'122'367'695	31'483'804'307	32'317'643'243	32'551'255'494

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2018)

**Tabelle 8: OKP-Ausgaben für KVG-Leistungen Spital stationär**

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

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2018)



**Tabelle 9: OKP-Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	393'685'899	389'593'935	371'241'268	371'898'988	392'092'739	405'682'858	394'176'255
BE	387'969'412	386'335'180	417'852'938	422'168'292	435'220'901	431'263'613	355'661'792
LU	111'072'067	113'547'554	118'132'190	120'902'388	131'107'803	129'735'998	129'327'522
UR	10'954'567	10'910'830	11'451'187	10'968'202	11'286'897	11'017'371	10'637'786
SZ	31'948'053	35'352'482	35'302'878	34'642'540	36'455'715	37'054'804	38'169'409
OW	9'170'076	9'599'437	9'428'110	9'128'337	9'698'511	9'664'797	9'003'497
NW	9'475'565	9'887'833	9'974'562	10'265'310	11'115'806	11'678'558	11'598'803
GL	12'197'035	11'920'704	12'193'493	12'173'566	12'097'288	12'165'237	12'048'637
ZG	27'950'402	28'089'065	26'747'767	26'751'801	26'269'290	26'479'924	26'315'869
FR	85'215'976	88'312'440	82'532'791	84'908'783	90'411'151	96'607'396	95'758'238
SO	66'789'201	68'945'935	72'882'659	74'095'684	78'171'821	80'007'559	70'841'194
BS	79'149'140	77'539'156	80'319'520	82'057'852	84'703'492	91'145'815	83'187'884
BL	78'128'235	80'762'498	74'472'804	74'082'542	76'634'094	79'305'096	76'944'450
SH	24'677'364	25'361'046	25'334'477	24'911'567	26'955'809	26'625'093	25'572'668
AR	18'217'925	17'639'721	17'071'420	16'485'051	17'305'972	17'126'661	17'139'377
AI	3'996'393	3'951'541	4'112'549	4'228'817	4'404'537	4'128'893	4'184'570
SG	115'021'861	119'507'887	124'087'677	125'725'915	134'353'380	130'515'246	126'527'078
GR	53'474'770	54'821'742	56'411'572	56'953'104	57'477'719	59'458'683	61'296'155
AG	139'953'309	141'858'865	140'224'007	143'869'362	155'988'486	155'589'104	151'118'114
TG	61'869'668	63'494'315	62'905'280	65'131'502	64'873'223	69'207'686	70'350'771
TI	149'777'595	147'403'580	152'469'739	159'575'146	169'720'902	181'991'506	173'979'010
VD	252'811'331	266'561'441	269'283'994	286'739'040	310'670'463	323'903'232	328'721'244
VS	84'041'996	85'407'937	89'315'611	90'067'432	98'476'312	104'052'492	108'720'492
NE	75'563'045	79'858'013	80'275'229	80'834'871	84'034'181	87'287'589	93'344'463
GE	158'792'807	161'872'405	168'983'145	172'147'806	168'587'772	173'977'284	173'561'867
JU	28'615'151	29'950'690	30'395'933	32'181'233	34'395'037	35'167'292	34'528'095
Total CH	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Ausl.	-	316'707	347'411	316'061	297'361	413'812	60'327
Total	2'470'518'842	2'508'802'938	2'543'750'210	2'593'211'192	2'722'806'659	2'791'253'598	2'682'775'568

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2018)

**Tabelle 10: OKP-Ausgaben für übrige Leistungen nach KVG (inkl. ambulante Leistungen)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ZH	3'137'701'556	3'345'319'423	3'476'086'795	3'677'062'019	3'918'143'819	4'071'548'455	4'197'544'957
BE	2'147'329'516	2'259'026'804	2'313'289'874	2'509'149'713	2'646'088'158	2'725'885'618	2'819'944'967
LU	719'605'271	769'243'948	795'385'164	834'532'257	902'899'074	947'694'733	891'190'749
UR	60'032'936	61'377'146	64'152'458	64'878'828	68'860'406	70'549'915	71'781'323
SZ	293'000'085	308'229'194	318'342'960	343'398'694	360'998'403	377'582'716	382'057'022
OW	66'227'656	71'513'347	73'115'852	77'218'700	83'458'930	86'396'969	85'550'257
NW	73'384'313	78'956'110	81'821'052	86'419'045	90'895'845	96'248'848	95'242'389
GL	75'160'107	77'267'266	82'678'119	87'820'077	91'147'065	94'940'790	93'898'935
ZG	210'949'532	226'941'626	240'144'263	259'444'924	274'936'201	287'682'794	288'176'886
FR	581'656'666	634'161'201	667'887'411	722'229'657	769'208'171	813'795'884	841'915'476
SO	560'312'713	594'252'397	622'926'691	657'589'908	711'160'438	737'828'247	754'219'826
BS	517'185'621	536'498'680	549'517'214	574'841'589	607'038'648	622'718'248	631'497'421
BL	667'153'409	711'651'134	740'053'997	793'579'364	839'509'762	862'005'212	875'065'579
SH	163'609'837	171'555'431	177'457'596	185'309'219	198'073'905	210'092'212	204'545'239
AR	90'158'414	95'083'336	100'891'638	107'396'306	115'258'461	118'658'485	120'114'449
AI	23'456'434	23'740'360	25'343'962	27'173'860	28'442'480	28'713'962	29'210'566
SG	910'752'738	968'937'256	1'029'502'183	1'081'655'839	1'125'093'055	1'173'974'864	1'198'618'513
GR	366'978'694	393'760'814	410'321'726	421'382'444	452'384'604	465'749'037	477'376'429
AG	1'279'610'601	1'371'925'879	1'423'051'383	1'524'921'684	1'600'254'067	1'697'533'761	1'748'216'255
TG	456'652'503	494'069'848	521'342'041	554'691'397	599'506'621	619'074'605	635'913'582
TI	790'835'982	840'106'396	898'829'324	959'793'800	1'014'425'512	1'057'788'236	1'105'361'837
VD	1'846'306'377	1'956'553'662	2'045'516'028	2'146'750'894	2'293'122'870	2'408'847'823	2'400'534'572
VS	671'479'132	708'509'390	750'491'768	783'754'804	848'609'072	890'204'096	916'260'367
NE	392'342'617	421'343'026	441'187'154	466'118'986	507'801'974	529'778'412	537'202'133
GE	1'290'424'071	1'373'286'120	1'405'426'282	1'512'440'247	1'591'724'281	1'664'397'199	1'663'367'862
JU	153'746'566	162'531'195	174'335'476	182'309'420	193'575'654	199'770'241	191'585'824
Total CH	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Ausl.	1'522'906	4'062'403	5'142'009	7'704'160	7'998'807	9'160'821	11'262'750
Total	17'547'576'253	18'659'903'393	19'434'240'417	20'649'567'834	21'940'616'282	22'868'622'185	23'267'656'163

Jährliche Ausgaben der OKP in Franken (Bruttoleistungen). Berechnung BAG auf Basis der Finanzdaten ISAK (2012-2015) bzw. der OKP-Statistik des BAG, T2.26 und T7.14 (2016-2018)

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

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

Darstellung BAG, in Anlehnung an GDK (2018)

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

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

Jährliche Ausgaben der Kantone für stationäre Leistungen nach KVG in Franken (Bruttoleistungen).

Anmerkungen: Berechnung der kantonalen Ausgaben auf Basis der OKP-Ausgaben (Tabelle 8) und der kantonalen Finanzierungsanteile (Tabelle 11).

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben Kantone und OKP für KVG-Leistungen Spital stationär effektiv</b>							
Kantone (Tabelle 12)	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603
OKP (Tabelle 8)	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938
Total	12'307'040'008	14'220'770'378	14'084'601'110	14'708'839'394	14'857'271'106	14'803'093'506	14'676'412'542
<b>Finanzierungsanteile effektiv</b>							
Kantone	52.20%	52.49%	52.72%	53.24%	54.10%	55.03%	55.03%
OKP	47.80%	47.51%	47.28%	46.76%	45.90%	44.97%	44.97%
<b>Hypothetische Ausgaben Kantone bei Finanzierungsanteil 55%<sup>1</sup></b>							
Multiplikationsfaktor <sup>2</sup>	1.0537	1.0479	1.0433	1.0331	1.0166	0.9994	0.9994
Hypothetische Ausgaben Kantone <sup>3</sup>	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Abzüglich effektive Ausgaben Kantone	6'423'909'270	7'463'995'245	7'424'805'961	7'830'646'613	8'038'310'179	8'146'724'232	8'077'041'603
Differenz <sup>4</sup>	344'962'734	357'428'463	321'724'650	259'215'054	133'188'929	-5'022'804	-5'014'705
<b>Hypothetische Ausgaben OKP bei Finanzierungsanteil 45%</b>							
Effektive Ausgaben OKP	5'883'130'738	6'756'775'133	6'659'795'149	6'878'192'782	6'818'960'926	6'656'369'274	6'599'370'938
Differenz <sup>5</sup>	-344'962'734	-357'428'463	-321'724'650	-259'215'054	-133'188'929	5'022'804	5'014'705
Hypothetische Ausgaben OKP	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Quellen: OKP-Ausgaben Spital stationär (Tabelle 8), Ausgaben Kantone Spital stationär (Tabelle 12).

Anmerkungen: <sup>1</sup> Mindestfinanzierungsanteil nach Ende Übergangsfrist KVG-Revision Spitalfinanzierung; <sup>2</sup> Multiplikationsfaktor zur Hochrechnung des effektiven Finanzierungsanteils auf hypothetischen Finanzierungsanteil (55 %); <sup>3</sup> Finanzierungsanteil 55 %; effektive Ausgaben Kantone \* Multiplikationsfaktor; <sup>4</sup> zusätzliche Ausgaben Kantone bei Finanzierungsanteil 55 %; <sup>5</sup> zusätzlich zu subtrahierender Betrag bei Hochrechnung auf 45 %; (Differenz Kantone \* -1).

**Tabelle 14: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben von OKP und Kantonen für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Bruttoleistungen)</b>							
Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Tabelle 10)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644
Hypothetische Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	23'084'221'351	25'055'187'660	25'767'168'908	27'260'841'401	28'618'389'474	29'520'853'442	29'860'779'056
<b>Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)</b>							
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Total Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	29'853'093'355	32'876'611'368	33'513'699'519	35'350'703'068	36'789'888'582	37'662'554'870	37'932'805'954
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	22.7%	23.8%	23.1%	22.9%	22.2%	21.6%	21.3%
Finanzierungsanteil OKP	77.3%	76.2%	76.9%	77.1%	77.8%	78.4%	78.7%

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben von OKP und Kantonen für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege, Nettoleistungen)</b>							
Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) <sup>1</sup>	14'415'468'268	15'350'961'725	15'983'789'934	17'101'434'309	18'266'142'999	19'163'367'872	19'397'110'993
Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für KVG-Leistungen Spital stationär <sup>1</sup>	5'395'764'506	6'282'102'805	6'175'163'602	6'438'023'213	6'421'951'222	6'291'335'763	6'154'962'762
Differenz (zu subtrahierender Betrag bei Hochrechnung der OKP Bruttoleistungen auf 45%) (Tabelle 13)	344'962'734	357'428'463	321'724'650	259'215'054	133'188'929	-5'022'804	-5'014'705
Hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für KVG-Leistungen Spital stationär	5'050'801'772	5'924'674'342	5'853'438'952	6'178'808'159	6'288'762'293	6'296'358'567	6'159'977'468
Hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	19'466'270'040	21'275'636'068	21'837'228'886	23'280'242'468	24'554'905'292	25'459'726'439	25'557'088'461
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Total Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (ohne Pflege)	26'235'142'044	29'097'059'776	29'583'759'497	31'370'104'135	32'726'404'400	33'601'427'868	33'629'115'359
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	25.8%	26.9%	26.2%	25.8%	25.0%	24.2%	24.0%
Finanzierungsanteil OKP	74.2%	73.1%	73.8%	74.2%	75.0%	75.8%	76.0%

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Quellen: OKP-Ausgaben ambulant (Tabelle 10), OKP-Ausgaben Spital stationär (Tabelle 8 für Bruttoleistungen bzw. Datenpool SASIS für Nettoleistungen), hypothetische Ausgaben Kantone und OKP Spital stationär (Tabelle 13).

Anmerkungen: <sup>1</sup> Verwendung der Ausgaben gemäss Datenpool SASIS (Cube Langzeit, Stand 3.8.2020). Diese Angaben weichen leicht von den Angaben der OKP-Statistik (Tabelle T2.20) ab. Die Auswirkungen dieser Abweichung auf den Finanzierungsteiler betragen bis zu 0.1 Prozentpunkte.

**Tabelle 15: Finanzierung der Pflegeleistungen nach KVG durch OKP, Pflegebedürftige und Kantone (inkl. Gemeinden)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben OKP und Pflegebedürftige für Pflegeleistungen nach KVG</b>							
Ausgaben OKP für Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 9) <sup>1</sup>	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Patientenbeteiligung Pflege (Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflegeleistungen) <sup>2</sup>	-	-	-	-	650'000'000	-	-
<b>Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG</b>							
Restfinanzierung Kantone (und Gemeinden) (untere Schätzung) <sup>2</sup>	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Restfinanzierung Kantone (und Gemeinden) (obere Schätzung) <sup>2</sup>	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Total Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG (untere Schätzung)					5'456'509'298		
Total Ausgaben für Pflegeleistungen nach KVG (obere Schätzung)					5'684'509'298		
<b>Finanzierungsanteile (untere Schätzung)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	38.2%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	49.9%	-	-
Finanzierungsanteil Pflegebedürftige	-	-	-	-	11.9%	-	-
<b>Finanzierungsanteile (obere Schätzung)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	40.7%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	47.9%	-	-
Finanzierungsanteil Pflegebedürftige	-	-	-	-	11.4%	-	-

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Quellen: OKP-Ausgaben Pflege (Tabelle 9), Infras (2019).

Anmerkungen: <sup>1</sup> Schätzung Infras (2019); OKP-Ausgaben 2016: CHF 2,78 Mio.; <sup>2</sup> Schätzung Infras (2019, nur Angaben für Ausgaben des Jahres 2016).



**Tabelle 16: Finanzierungsteiler OKP und Kantone bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoprinzip)**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Bruttoleistungen)</b>							
Ausgaben OKP für ambulante KVG-Leistungen (ohne Pflege) (Tabelle 10)	17'546'053'347	18'655'840'990	19'429'098'409	20'641'863'674	21'932'617'476	22'859'461'364	23'256'393'412
Hypothetische Ausgaben OKP für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	5'538'168'004	6'399'346'670	6'338'070'500	6'618'977'727	6'685'771'998	6'661'392'078	6'604'385'644
Ausgaben OKP für Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 9)	2'470'518'842	2'508'486'231	2'543'402'799	2'592'895'130	2'722'509'298	2'790'839'786	2'682'715'241
Total Hypothetische Ausgaben OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	25'554'740'193	27'563'673'891	28'310'571'708	29'853'736'531	31'340'898'772	32'311'693'228	32'543'494'297
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (untere Schätzung Pflege)</b>							
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 15)	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Total hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	10'255'499'108	-	-
Total Ausgaben OKP und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	41'596'397'880	-	-
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip, untere Schätzung Pflege)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	24.7%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	75.3%	-	-

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (obere Schätzung Pflege)</b>							
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 15)	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Total Hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	10'483'499'108	-	-
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip, obere Schätzung Pflege)</b>							
Total Ausgaben OKP und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	41'824'397'880	-	-
<b>Finanzierungsanteile (Bruttoprinzip, obere Schätzung Pflege)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	25.1%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	74.9%	-	-

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Quellen: OKP-Ausgaben Pflege (Tabelle 9), ambulante Leistungen (Tabelle 10), Spital stationär (Tabelle 13), Ausgaben Kantone Spital stationär (Tabelle 13). Restfinanzierung Pflege (Infras 2019, Tabelle 15).

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben OKP für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege, Nettoleistungen)</b>							
Total Ausgaben OKP (Bruttoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege) (Tabelle 7)	25'899'702'927	27'921'102'354	28'632'296'357	30'112'951'586	31'474'087'701	32'306'670'424	32'538'479'591
Abzüglich Kostenbeteiligung Versicherte (Tabelle 2.01 Statistik OKP)	3'704'427'702	3'894'281'084	3'988'349'209	4'135'182'013	4'296'860'043	4'391'523'583	4'492'730'714
Total Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege) (Tabelle 2.20 Statistik OKP)	22'191'847'250	24'026'821'270	24'643'947'149	25'977'769'572	27'177'227'658	27'915'146'841	28'045'748'877
Differenz Bruttoleistungen bei Hochrechnung auf 45% (Tabelle 13)	-344'962'734	-357'428'463	-321'724'650	-259'215'054	-133'188'929	5'022'804	5'014'705
Total hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege) <sup>1</sup>	21'846'884'515	23'669'392'807	24'322'222'499	25'718'554'518	27'044'038'729	27'920'169'645	28'050'763'582
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (untere Schätzung Pflege)</b>							
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 15)	-	-	-	-	2'084'000'000	-	-
Total hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	10'255'499'108	-	-
Total Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	37'299'537'838	-	-
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip, untere Schätzung Pflege)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	27.5%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	72.5%	-	-

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen (obere Schätzung Pflege)</b>							
Hypothetische Ausgaben Kantone für KVG-Leistungen Spital stationär (Tabelle 13)	6'768'872'004	7'821'423'708	7'746'530'611	8'089'861'667	8'171'499'108	8'141'701'428	8'072'026'898
Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für Restfinanzierung Pflegeleistungen nach KVG (Tabelle 15)	-	-	-	-	2'312'000'000	-	-
Total hypothetische Ausgaben Kantone (und Gemeinden) für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	10'483'499'108	-	-
Total hypothetische Ausgaben OKP (Nettoleistungen) und Kantone für ambulante und stationäre KVG-Leistungen (inkl. Pflege)	-	-	-	-	37'527'537'838	-	-
<b>Finanzierungsanteile (Nettoprinzip, obere Schätzung Pflege)</b>							
Finanzierungsanteil Kantone	-	-	-	-	27.9%	-	-
Finanzierungsanteil OKP	-	-	-	-	72.1%	-	-

Jährliche Ausgaben von OKP und Kantonen in Franken. Quellen: Nettoleistungen OKP, Statistik der OKP 2018, Tabelle 2.20, Ausgaben Kantone Spital stationär (vgl. Tabelle 12). Restfinanzierung Pflege (Infras 2019, Tabelle 15).

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bei Annahme, dass Differenz aus Hochrechnung auf 45 Prozent vollumfänglich zugunsten Nettoleistungen geht (Kostenbeteiligung Versicherte bei stationärem Aufenthalt in jedem Fall ausgeschöpft).

**Tabelle 18: Ausgaben OKP und Kanton für KVG-Leistungen (ohne Pflege)**

Kanton	Ausgaben OKP Spital stationär (effektiv) <sup>1</sup>	Ausgaben Kantone Spital stationär (effektiv) <sup>2</sup>	Anteil Kantone GDK <sup>3</sup>	Ausgaben OKP Spital stationär (hypothetisch, 45%) <sup>4</sup>	Ausgaben Kantone Spital stationär (hypothetisch, 55%) <sup>4</sup>	Ausgaben OKP ambulante Leistungen <sup>5</sup>	Ausgaben OKP alle Leistungen (ohne Pflege, hypothetisch)	Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen (ohne Pflege)
ZH	1'220'213'916	1'375'985'906	53%	1'168'289'920	1'427'909'902	3'918'143'819	5'086'433'739	6'514'343'641
BE	874'396'506	1'068'706'841	55%	874'396'506	1'068'706'841	2'646'088'158	3'520'484'664	4'589'191'505
LU	284'029'564	320'288'657	53%	271'943'199	332'375'021	902'899'074	1'174'842'273	1'507'217'294
UR	28'048'326	31'628'964	53%	26'854'781	32'822'510	68'860'406	95'715'186	128'537'696
SZ	116'718'498	137'017'367	54%	114'181'139	139'554'726	360'998'403	475'179'542	614'734'267
OW	26'529'036	29'915'722	53%	25'400'141	31'044'617	83'458'930	108'859'071	139'903'688
NW	29'332'052	33'076'570	53%	28'083'880	34'324'742	90'895'845	118'979'725	153'304'467
GL	31'788'075	37'316'436	54%	31'097'030	38'007'481	91'147'065	122'244'095	160'251'576
ZG	83'969'341	94'688'831	53%	80'396'177	98'261'995	274'936'201	355'332'378	453'594'373
FR	221'104'925	249'331'085	53%	211'696'204	258'739'805	769'208'171	980'904'376	1'239'644'181
SO	247'806'968	279'441'900	53%	237'261'990	289'986'877	711'160'438	948'422'428	1'238'409'305
BS	226'533'310	288'315'121	56%	231'681'794	283'166'637	607'038'648	838'720'442	1'121'887'079
BL	291'624'172	356'429'543	55%	291'624'172	356'429'543	839'509'762	1'131'133'934	1'487'563'476
SH	69'251'697	78'092'339	53%	66'304'816	81'039'219	198'073'905	264'378'721	345'417'941
AR	49'225'216	55'509'286	53%	47'130'526	57'603'976	115'258'461	162'388'987	219'992'963
AI	12'077'772	13'619'615	53%	11'563'824	14'133'563	28'442'480	40'006'305	54'139'868
SG	409'708'171	500'754'431	55%	409'708'171	500'754'431	1'125'093'055	1'534'801'227	2'035'555'658
GR	147'012'921	179'682'459	55%	147'012'921	179'682'459	452'384'604	599'397'525	779'079'984
AG	548'608'007	618'643'072	53%	525'262'985	641'988'093	1'600'254'067	2'125'517'052	2'767'505'145
TG	222'820'203	251'265'336	53%	213'338'493	260'747'047	599'506'621	812'845'113	1'073'592'160
TI	284'123'485	347'262'037	55%	284'123'485	347'262'037	1'014'425'512	1'298'548'997	1'645'811'034
VD	575'347'133	703'202'051	55%	575'347'133	703'202'051	2'293'122'870	2'868'470'003	3'571'672'054
VS	258'470'472	303'421'858	54%	252'851'549	309'040'782	848'609'072	1'101'460'620	1'410'501'402
NE	134'277'405	164'116'828	55%	134'277'405	164'116'828	507'801'974	642'079'379	806'196'206
GE	358'673'860	438'379'162	55%	358'673'860	438'379'162	1'591'724'281	1'950'398'141	2'388'777'303
JU	67'269'898	82'218'764	55%	67'269'898	82'218'764	193'575'654	260'845'552	343'064'316
CH	6'818'960'926	8'038'310'179	54.1%	6'685'771'998	8'171'499'108	21'932'617'476	28'618'389'474	36'789'888'582
Ausland	1'420'439			1'420'439		7'998'807	9'419'246	9'419'246
Total	6'820'381'365	8'038'310'179	54.1%	6'687'192'437	8'171'499'108	21'940'616'282	28'627'808'719	36'799'307'828

Anmerkungen: Berechnung auf Basis der Zahlen für das Jahr 2016. <sup>1</sup> Vgl. Tabelle 8; <sup>2</sup> Vgl. Tabelle 12; <sup>3</sup> Vgl. Tabelle 11; <sup>4</sup> Berechnung der hypothetischen Ausgaben Kantone und OKP bei Finanzierungsteiler Spital stationär von 55 bzw. 45 Prozent; <sup>5</sup> Vgl. Tabelle 10..

**Tabelle 19: Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege**

Kanton	Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen (ohne Pflege)	Ausgaben Kantone Spital stationär (hypothetisch, 55%) <sup>1</sup>	Finanzierungsanteil Kanton <sup>2</sup>	Ausgaben Kantone bei Finanzierungsanteil von 22,21% (hypothetisch)	Kantonale Mehr-/ Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege <sup>3</sup>
ZH	6'514'343'641	1'427'909'902	21.9%	1'446'918'034	19'008'132
BE	4'589'191'505	1'068'706'841	23.3%	1'019'317'419	-49'389'422
LU	1'507'217'294	332'375'021	22.1%	334'772'005	2'396'984
UR	128'537'696	32'822'510	25.5%	28'549'846	-4'272'663
SZ	614'734'267	139'554'726	22.7%	136'540'248	-3'014'477
OW	139'903'688	31'044'617	22.2%	31'074'377	29'760
NW	153'304'467	34'324'742	22.4%	34'050'859	-273'883
GL	160'251'576	38'007'481	23.7%	35'593'900	-2'413'581
ZG	453'594'373	98'261'995	21.7%	100'749'042	2'487'047
FR	1'239'644'181	258'739'805	20.9%	275'340'636	16'600'831
SO	1'238'409'305	289'986'877	23.4%	275'066'354	-14'920'523
BS	1'121'887'079	283'166'637	25.2%	249'185'296	-33'981'341
BL	1'487'563'476	356'429'543	24.0%	330'406'644	-26'022'899
SH	345'417'941	81'039'219	23.5%	76'721'689	-4'317'530
AR	219'992'963	57'603'976	26.2%	48'863'217	-8'740'759
AI	54'139'868	14'133'563	26.1%	12'025'149	-2'108'414
SG	2'035'555'658	500'754'431	24.6%	452'122'632	-48'631'800
GR	779'079'984	179'682'459	23.1%	173'043'509	-6'638'951
AG	2'767'505'145	641'988'093	23.2%	614'697'861	-27'290'232
TG	1'073'592'160	260'747'047	24.3%	238'458'384	-22'288'663
TI	1'645'811'034	347'262'037	21.1%	365'555'426	18'293'389
VD	3'571'672'054	703'202'051	19.7%	793'313'493	90'111'442
VS	1'410'501'402	309'040'782	21.9%	313'290'184	4'249'402
NE	806'196'206	164'116'828	20.4%	179'066'364	14'949'536
GE	2'388'777'303	438'379'162	18.4%	530'577'622	92'198'460
JU	343'064'316	82'218'764	24.0%	76'198'919	-6'019'845
CH	36'789'888'582	8'171'499'108	22.21%	8'171'499'108	0
Ausland	9'419'246				
Total	36'799'307'828	8'171'499'108	22.21%	8'171'499'108	0

Anmerkungen: Berechnung auf Basis der Zahlen für das Jahr 2016. <sup>1</sup> Berechnung der hypothetischen Ausgaben Kantone und OKP bei Finanzierungsteiler Spital stationär von 55 bzw. 45 Prozent; <sup>2</sup> Kantonaler Finanzierungsanteil an Ausgaben OKP und Kanton für alle Leistungen nach KVG (ohne Pflege), berechnet auf Basis der hypothetischen kantonalen Ausgaben für stationäre KVG-Leistungen gemäss Tabelle 18; <sup>3</sup> Hypothetische Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung ohne Pflege gegenüber den hypothetischen kantonalen Ausgaben für stationäre KVG-Leistungen gemäss Tabelle 18, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (22,21 %).

**Tabelle 20: Ausgaben OKP und Kanton für KVG-Leistungen (mit Pflege)**

Kanton	Ausgaben OKP alle Leistungen (ohne Pflege, hypothetisch)	Ausgaben OKP Pflege <sup>1</sup>	Ausgaben OKP alle Leistungen (hypothetisch)	Ausgaben Kantone Spital stationär (hypothetisch, 55%) <sup>2</sup>	Restfinanzierung Kantone und Gemeinden Pflege (Mittelwert) <sup>3</sup>	Ausgaben Kanton Pflege und Spital stationär (hypothetisch)	Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen mit Pflege
ZH	5'086'433'739	392'092'739	5'478'526'478	1'427'909'902	456'287'620	1'884'197'522	7'362'724'000
BE	3'520'484'664	435'220'901	3'955'705'566	1'068'706'841	322'800'000	1'391'506'841	5'347'212'407
LU	1'174'842'273	131'107'803	1'305'950'075	332'375'021	113'725'032	446'100'053	1'752'050'129
UR	95'715'186	11'286'897	107'002'084	32'822'510	9'468'500	42'291'010	149'293'093
SZ	475'179'542	36'455'715	511'635'256	139'554'726	21'201'904	160'756'630	672'391'886
OW	108'859'071	9'698'511	118'557'582	31'044'617	9'266'833	40'311'450	158'869'032
NW	118'979'725	11'115'806	130'095'530	34'324'742	9'283'892	43'608'634	173'704'164
GL	122'244'095	12'097'288	134'341'383	38'007'481	7'249'633	45'257'114	179'598'497
ZG	355'332'378	26'269'290	381'601'668	98'261'995	27'323'506	125'585'501	507'187'169
FR	980'904'376	90'411'151	1'071'315'527	258'739'805	64'760'566	323'500'371	1'394'815'898
SO	948'422'428	78'171'821	1'026'594'249	289'986'877	50'555'996	340'542'873	1'367'137'122
BS	838'720'442	84'703'492	923'423'934	283'166'637	57'347'623	340'514'260	1'263'938'194
BL	1'131'133'934	76'634'094	1'207'768'027	356'429'543	55'290'514	411'720'056	1'619'488'084
SH	264'378'721	26'955'809	291'334'530	81'039'219	19'458'141	100'497'360	391'831'891
AR	162'388'987	17'305'972	179'694'959	57'603'976	15'124'268	72'728'244	252'423'203
AI	40'006'305	4'404'537	44'410'842	14'133'563	3'508'543	17'642'106	62'052'948
SG	1'534'801'227	134'353'380	1'669'154'606	500'754'431	88'380'589	589'135'020	2'258'289'627
GR	599'397'525	57'477'719	656'875'244	179'682'459	43'939'550	223'622'009	880'497'253
AG	2'125'517'052	155'988'486	2'281'505'538	641'988'093	106'962'650	748'950'743	3'030'456'281
TG	812'845'113	64'873'223	877'718'336	260'747'047	47'112'409	307'859'456	1'185'577'792
TI	1'298'548'997	169'720'902	1'468'269'899	347'262'037	106'509'233	453'771'270	1'922'041'168
VD	2'868'470'003	310'670'463	3'179'140'466	703'202'051	197'429'842	900'631'892	4'079'772'359
VS	1'101'460'620	98'476'312	1'199'936'932	309'040'782	81'063'402	390'104'184	1'590'041'116
NE	642'079'379	84'034'181	726'113'559	164'116'828	49'665'000	213'781'828	939'895'387
GE	1'950'398'141	168'587'772	2'118'985'912	438'379'162	216'796'543	655'175'705	2'774'161'618
JU	260'845'552	34'395'037	295'240'588	82'218'764	17'079'170	99'297'933	394'538'522
CH	28'618'389'474	2'722'509'298	31'340'898'772	8'171'499'108	2'197'590'957	10'369'090'065	41'709'988'837
Ausland	9'419'246	297'361	9'716'607				9'716'607
Total	28'627'808'719	2'722'806'659	31'350'615'379	8'171'499'108	2'197'590'957	10'369'090'065	41'719'705'444

Anmerkungen: Berechnung auf Basis der Zahlen für das Jahr 2016. <sup>1</sup> Vgl. Tabelle 9; <sup>2</sup> Vgl. Tabelle 19; <sup>3</sup> Berechnung BAG auf Basis von Infras, Mittelwert aus oberer und unterer Bandbreite, (Infras 2019, Tabelle 3 (S. 26) und Tabelle 5 (S. 29).

**Tabelle 21: Kantonale Mehr-/Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege**

Kanton	Ausgaben OKP und Kantone alle Leistungen mit Pflege <sup>1</sup>	Ausgaben Kanton Pflege und Spital stationär (hypothetisch) <sup>1</sup>	Finanzierungsanteil Kanton	Ausgaben Kantone bei Finanzierungsanteil von 24,86% (hypothetisch)	Kantonale Mehr-/ Minderausgaben bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege (hypothetisch) <sup>2</sup>
ZH	7'362'724'000	1'884'197'522	25.6%	1'830'370'863	-53'826'659
BE	5'347'212'407	1'391'506'841	26.0%	1'329'315'317	-62'191'524
LU	1'752'050'129	446'100'053	25.5%	435'559'109	-10'540'944
UR	149'293'093	42'291'010	28.3%	37'114'216	-5'176'794
SZ	672'391'886	160'756'630	23.9%	167'156'411	6'399'781
OW	158'869'032	40'311'450	25.4%	39'494'791	-816'658
NW	173'704'164	43'608'634	25.1%	43'182'800	-425'833
GL	179'598'497	45'257'114	25.2%	44'648'130	-608'984
ZG	507'187'169	125'585'501	24.8%	126'086'570	501'069
FR	1'394'815'898	323'500'371	23.2%	346'750'792	23'250'421
SO	1'367'137'122	340'542'873	24.9%	339'869'857	-673'016
BS	1'263'938'194	340'514'260	26.9%	314'214'636	-26'299'624
BL	1'619'488'084	411'720'056	25.4%	402'604'227	-9'115'830
SH	391'831'891	100'497'360	25.6%	97'409'284	-3'088'076
AR	252'423'203	72'728'244	28.8%	62'752'329	-9'975'915
AI	62'052'948	17'642'106	28.4%	15'426'343	-2'215'763
SG	2'258'289'627	589'135'020	26.1%	561'410'089	-27'724'932
GR	880'497'253	223'622'009	25.4%	218'891'339	-4'730'670
AG	3'030'456'281	748'950'743	24.7%	753'370'475	4'419'732
TG	1'185'577'792	307'859'456	26.0%	294'734'265	-13'125'191
TI	1'922'041'168	453'771'270	23.6%	477'818'828	24'047'558
VD	4'079'772'359	900'631'892	22.1%	1'014'230'121	113'598'229
VS	1'590'041'116	390'104'184	24.5%	395'283'720	5'179'536
NE	939'895'387	213'781'828	22.7%	233'657'697	19'875'869
GE	2'774'161'618	655'175'705	23.6%	689'655'703	34'479'998
JU	394'538'522	99'297'933	25.2%	98'082'152	-1'215'781
CH	41'709'988'837	10'369'090'065	24.86%	10'369'090'065	0
Ausland	9'716'607				
Total	41'719'705'444	10'369'090'065	24.86%	10'369'090'065	0

Anmerkungen: Berechnung auf Basis der Zahlen für das Jahr 2016. <sup>1</sup> Vgl. Tabelle 20; <sup>2</sup> Hypothetische Mehr- oder Minderausgaben Kantone bei einheitlicher Finanzierung mit Pflege gegenüber den hypothetischen kantonalen Ausgaben für Pflege und stationäre KVG-Leistungen, berechnet auf Basis des mittleren Finanzierungsanteils aller Kantone (24,86 %).



## **Anhang 2: Finanzflüsse KVG-Leistungen im Status quo und bei einheitlicher Finanzierung 2016 und 2030**

### **Anmerkungen zu den Abbildungen im Anhang 2**

Die Beiträge der Kantone und des Bundes<sup>36</sup> für die Leistungen nach KVG werden mit einer einheitlichen Finanzierung über die gemeinsame Einrichtung KVG an die einzelnen Versicherer verteilt. Unter «Leistungserbringer ambulant» sind dabei auch Arzneimittel, Mittel und Gegenstände sowie Analysen enthalten.

Zur Vereinfachung sind die Verwaltungskosten der Versicherer und auch jene der Kantone und des Bundes nicht in den Abbildungen enthalten, dargestellt sind lediglich die Finanzflüsse für die Kosten der Leistungen. Unter «Prämienzahlende» sind deshalb die letztlich von den Prämienzahlern übernommenen Kosten der Leistungen enthalten, also nach Abzug der IPV, und nicht das Prämien soll, welches auch die Verwaltungskosten der Versicherer beinhaltet. Ebenso sind unter «Steuerzahlende» lediglich die steuerfinanzierten Kosten der Leistungen nach KVG enthalten, die bei Kantonen und Bund entstehenden Kosten für die Administration dieser Zahlungen hingegen nicht. Schliesslich wird die Kostenbeteiligung der Versicherten vereinfachend im Finanzfluss von den Prämienzahlenden an die OKP-Versicherer subsumiert.

Der Finanzfluss der individuellen Prämienverbilligung (IPV) ist vereinfacht dargestellt. Artikel 66 KVG sieht vor, dass der Kanton den Beitrag für IPV an den Versicherer überweist. Anschliessend zieht der Versicherer die Prämienverbilligung direkt ab, wenn er den Versicherten die Prämien in Rechnung stellt. Da für die IPV durch die Kantone im Gegensatz zur IPV durch den Bund im KVG keine verbindlichen Vorgaben zur Höhe bestehen, kann zur IPV durch die Kantone keine Aussage gemacht werden, da diese von Entscheidungen der Kantone abhängt. Deshalb ist die IPV durch die Kantone im Jahr 2030 jeweils mit einem Betrag «X» bezeichnet, welcher jeweils zu den Finanzflüssen hinzugerechnet oder davon in Abzug gebracht werden muss.

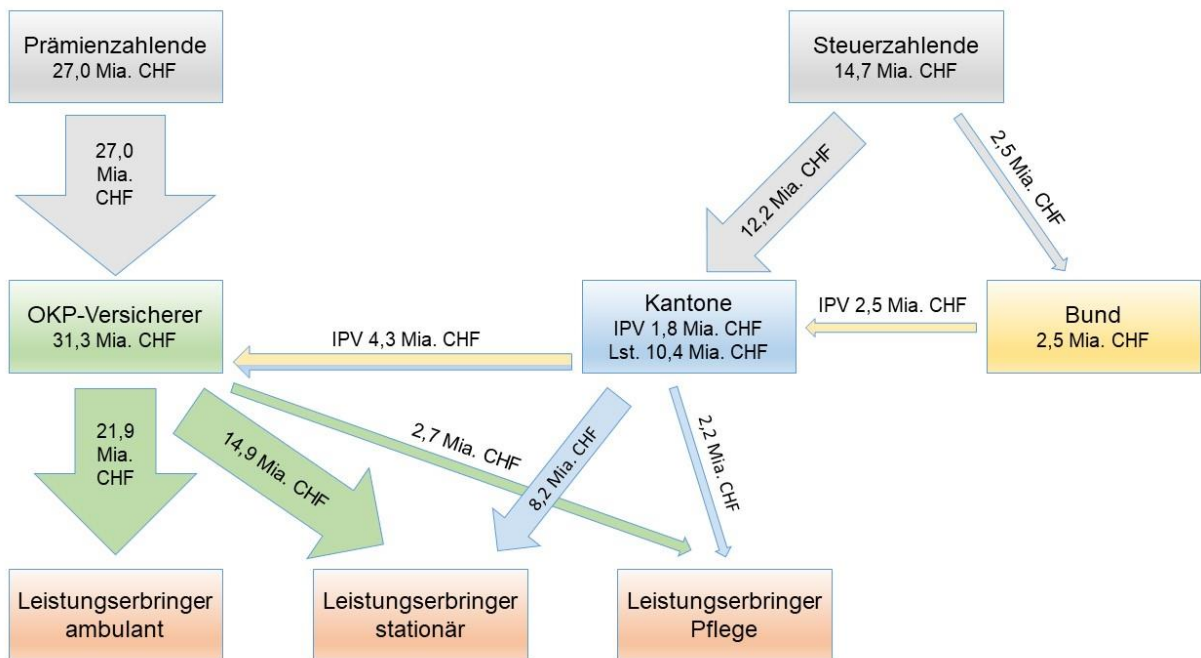
Um dennoch zumindest für die Leistungsfinanzierung (ohne Prämienverbilligung) einen Überblick über die Kosten zu gewinnen, welche jeweils zulasten der Prämienzahlenden (vor Abzug der Prämienverbilligung, aber inklusive Kostenbeteiligung) und zulasten der Steuerzahlenden (ohne Prämienverbilligung) finanziert werden, sind unter «OKP-Versicherer» diejenigen Kosten für Leistungen enthalten, welche von den Prämienzahlenden über Prämien oder über ihre Kostenbeteiligung finanziert werden. Die gesamten Beiträge von Kantonen und Bund für Leistungen sind in den jeweiligen Flüssen zu den OKP-Versicherern ersichtlich.

Die Abbildungen zu den drei Szenarien Status quo sowie einheitliche Finanzierung ohne und mit Pflegeleistungen in den Jahren 2016 und 2030, welche von einer identischen Kostenentwicklung bis 2030 in allen drei Szenarien ausgehen, zeigen lediglich die statischen Verschiebungen bei einer einheitlichen Finanzierung. Um auch die erwarteten dynamischen Wirkungen, also das Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung, aufzuzeigen, wurde in zwei zusätzlichen Abbildungen ein hypothetisches Sparpotenzial im Jahr 2030 von 1,0 Milliarden Franken (einheitliche Finanzierung ohne Pflegeleistungen) respektive von 1,2 Milliarden Franken (mit Pflegeleistungen) unterstellt. Das Sparpotenzial kann nicht zuverlässig quantifiziert werden, die Abbildungen sollen dieses aber dennoch illustrieren.

---

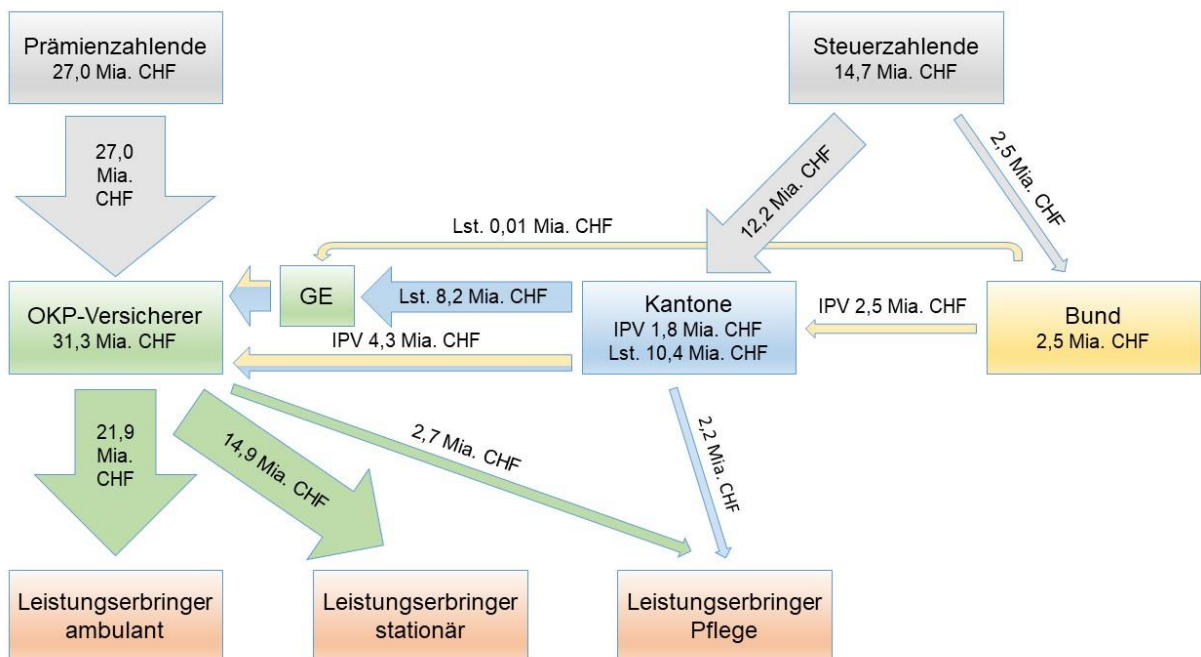
<sup>36</sup> Der Bund leistet mit dem vom Nationalrat verabschiedeten Entwurf bei Behandlung in der Schweiz neu einen Beitrag an die Kosten der Leistungen von versicherten Personen im Ausland ohne Anknüpfungspunkt an einen Kanton, weil die Kantone gestützt auf Artikel 117 BV nicht verpflichtet werden können, ausserhalb des spitalstationären Bereichs Beiträge für diese Versicherten zu leisten. Im Bericht der SGK-N vom 5. April 2019 wird dieser Beitrag auf jährlich ungefähr 12 Millionen Franken geschätzt.

**Abbildung 2: Finanzflüsse bei unveränderter Finanzierung der KVG-Leistungen (Status quo, 2016)**



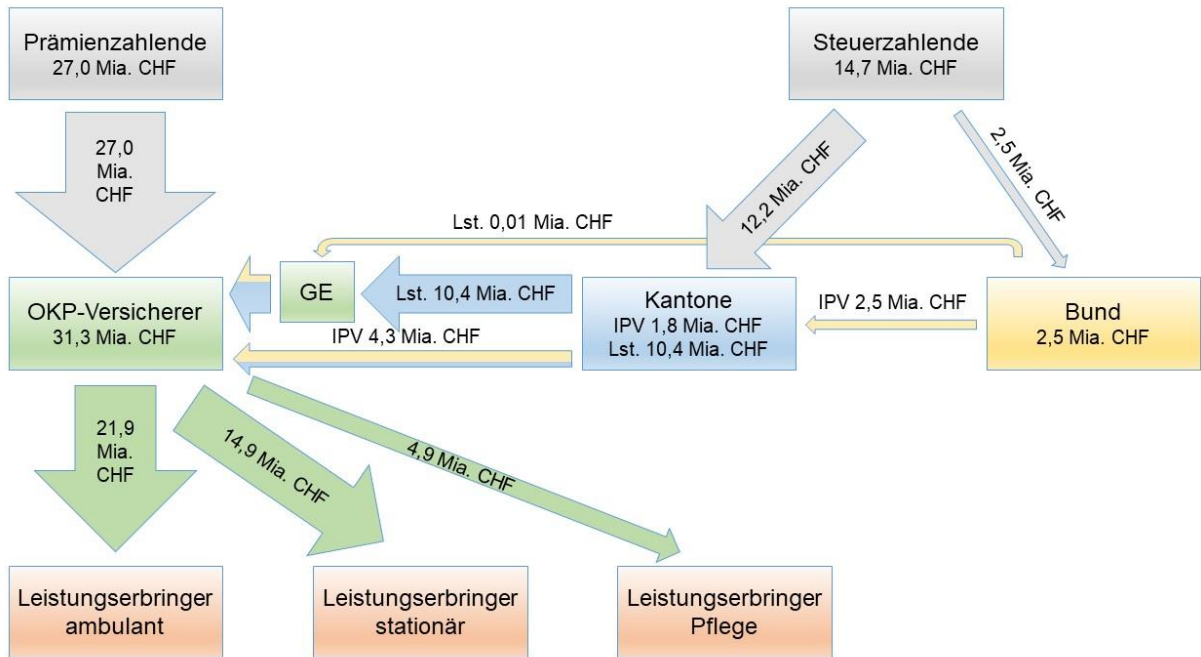
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung.

**Abbildung 3: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege, 2016)**



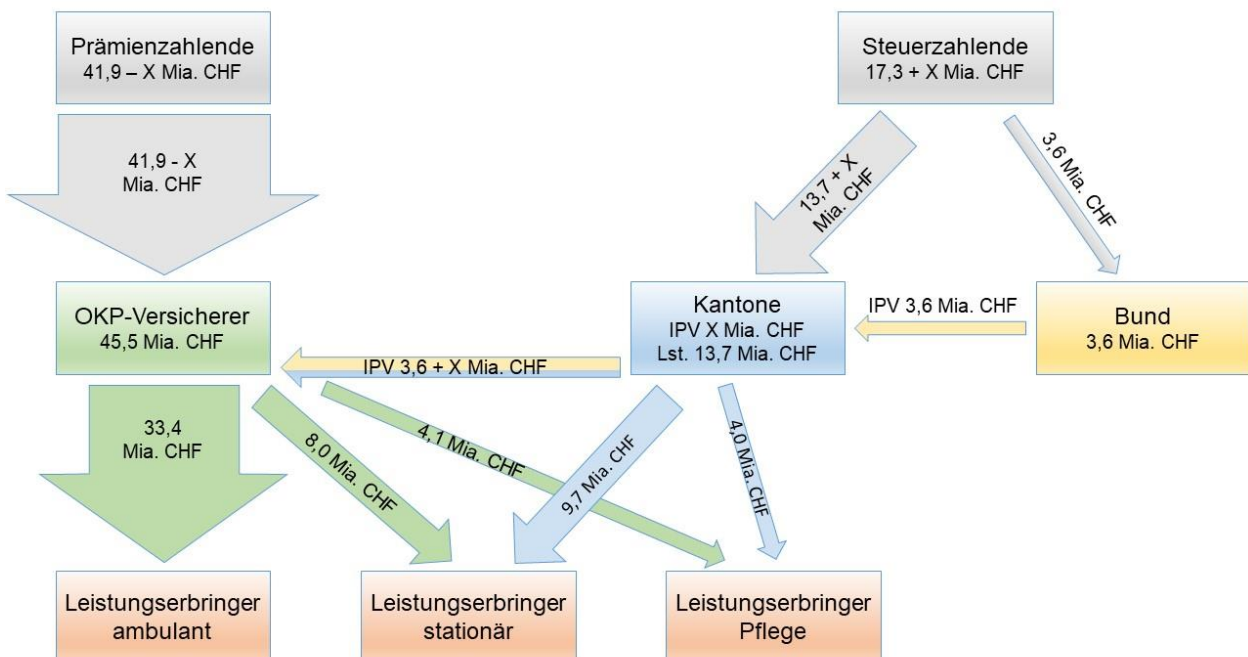
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG.

**Abbildung 4: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen (inkl. Pflege, 2016)**



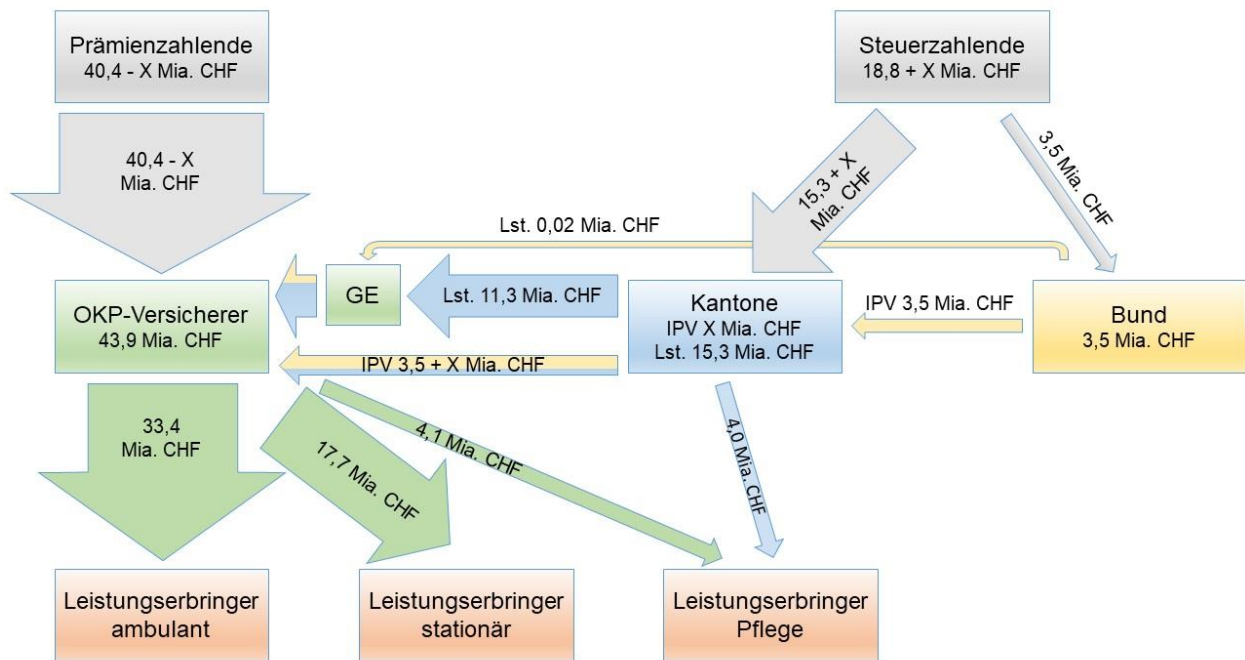
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG.

**Abbildung 5: Finanzflüsse bei unveränderter Finanzierung der KVG-Leistungen (Status quo, 2030)**



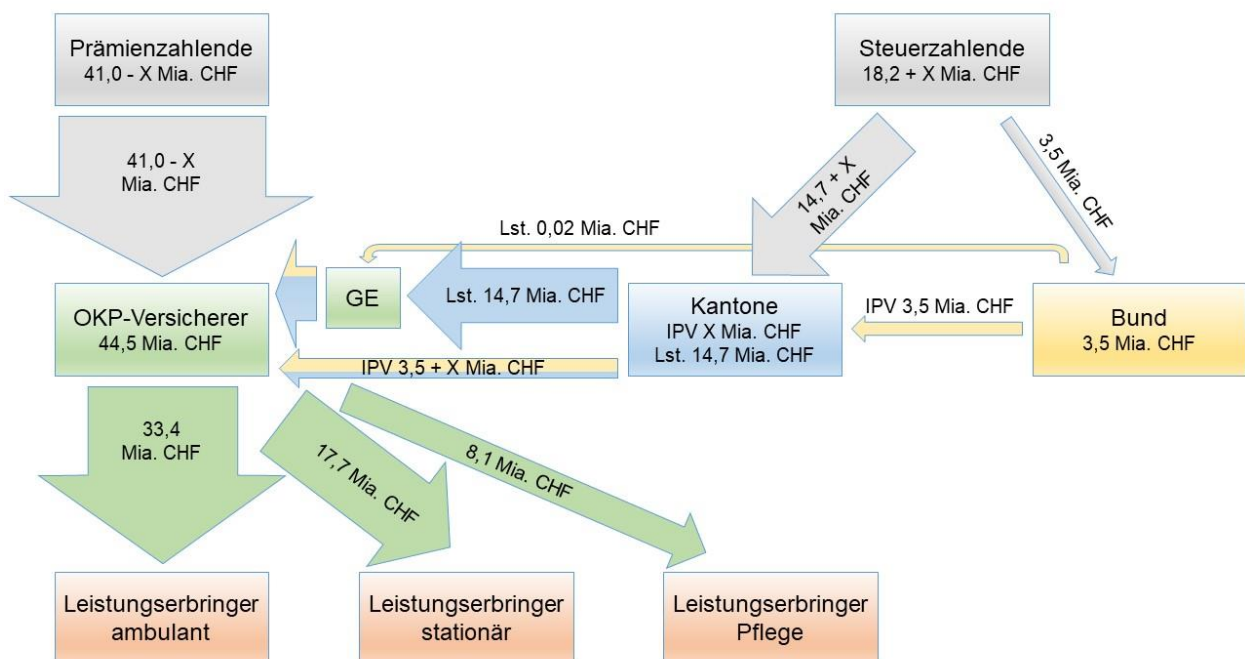
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung.

**Abbildung 6: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege, 2030)**



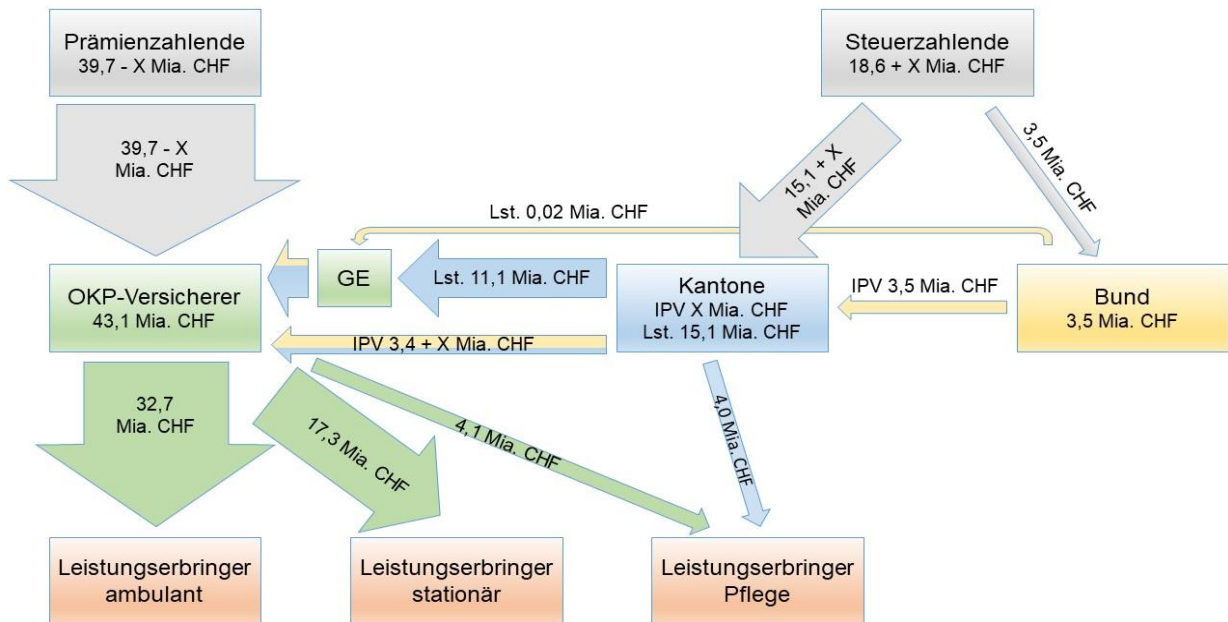
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG.

**Abbildung 7: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen (inkl. Pflege, 2030)**



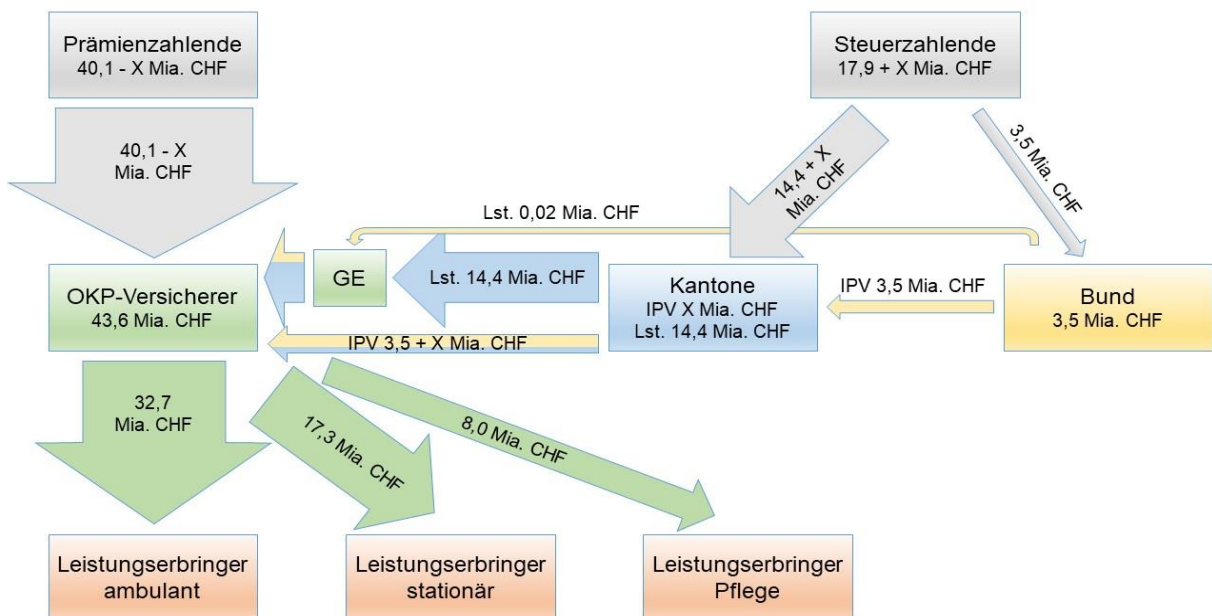
Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG.

**Abbildung 8: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären KVG-Leistungen (ohne Pflege, hypothetisches Sparpotenzial 2030)**



Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG. Dargestellt sind die Finanzflüsse bei einem hypothetischen jährlichen Sparpotenzial infolge einheitlicher Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen nach KVG (ohne Pflegeleistungen) in der Höhe von 1,0 Milliarden Franken.

**Abbildung 9: Finanzflüsse bei einheitlicher Finanzierung aller KVG-Leistungen (inkl. Pflege, hypothetisches Sparpotenzial 2030)**



Anmerkungen: IPV = Individuelle Prämienverbilligung; Lst. = Leistungen nach KVG; OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung, GE = Gemeinsame Einrichtung KVG. Dargestellt sind die Finanzflüsse bei einem hypothetischen jährlichen Sparpotenzial infolge einheitlicher Finanzierung aller Leistungen nach KVG (inkl. Pflegeleistungen) in der Höhe von 1,2 Milliarden Franken.