



Zentralsekretariat

43.225

Finanzielle Auswirkungen

Hauptanliegen der GDK zur neuen Vorlage der KVG-Revision

1 Hauptanliegen der GDK

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision im Dezember 2003 hat der Bundesrat entschieden, die Vorlagen in separaten Botschaften in zwei Gesetzgebungspaketen sowie eine separate Vorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vorzulegen. Die GDK hat sich angesichts des für einige Vorlagen dringenden Handlungsbedarfs mit diesem Vorgehen grundsätzlich einverstanden erklärt. Sie hat aber sowohl in ihrer Stellungnahme zum ersten als auch zum zweiten Gesetzgebungspaket auf die damit verbundenen Gefahren aufmerksam gemacht, zumal nicht sicher ist, welche der Vorlagen letztlich umgesetzt werden:

- Die demokratische Interessenabwägung wird erschwert, wenn die Finanzierungsverschiebungen zwischen Prämien- und Steuerzahlern nicht austariert werden können.
- Die Übersicht über die finanziellen Wirkungen droht verloren zu gehen.

Daraus sind folgende Hauptanliegen abzuleiten:

- Aus Sicht der GDK geht es nicht an, dass der Bund dem Parlament einzelne Botschaften vorgelegt, ohne deren finanzielle Implikationen einzeln und insgesamt aufzuzeigen. Dabei muss auch die Wirkung der NFA berücksichtigt werden.
- Um eine möglichst finanzierungsneutrale Neuregelung zu ermöglichen, müssen zumindest die Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket vorgelegt werden.
- Die GDK erklärt sich unter diesen Umständen bereit, einen weiteren wesentlichen finanziellen Unsicherheitsfaktor, nämlich jenen der Prämienverbilligung, aus diesem einen Paket auszuklammern.

2 Vorlagen des Bundesrates

Wesentliche Finanzierungsverschiebungen sind bei folgenden Vorlagen zu erwarten:

- **Individuelle Prämienverbilligung (IPV):** Mehrkosten zulasten der Kantone, evt. mit Bundesbeteiligung; jedoch sind die Wirkungen der NFA zu berücksichtigen¹! Der Bundesrat schätzt den gesamten finanziellen Mehrbedarf bis 2012 auf 2.66 Mrd. CHF!
- **Spitalfinanzierung:** Mehrkosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) (Schätzungen der GDK: +760–1160 Mio. CHF) und vermutlich der Kantone (-220 – + 260 Mio. CHF) zugunsten der Zusatzversicherung (rund -1Mrd. CHF), falls am dual-fixen Spitalfinanzierungsmodell festgehalten wird.
- **Neuordnung der Pflegefinanzierung:** Der Bundesrat geht von 236 Mio. CHF Mehrkosten für die EL aus. Diese fallen zulasten der Kantone (78%) und des Bundes (22%) an. Mit der NFA hätten die Kantone 100% der finanziellen Mehrbelastung zu tragen. Die GDK hält diese Kostenschätzung für sehr konservativ.

¹ Der Bund wird sich im Rahmen der NFA an der IPV mit 25% der OKP-Gesundheitskosten für 30% der Bevölkerung beteiligen.



Bei den Kostenschätzungen handelt es sich um komparativ statische Betrachtungen. Die Einführung eines Mechanismus, wie er bei einem einheitlichen Sozialziel in der Prämienverbilligung vorgesehen ist, wäre angesichts eines Kostenwachstums im Gesundheitswesen, welches die Wirtschaftsentwicklung weit übertrifft, für die Finanzhaushalte der Kantone unverantwortlich und fatal. Dieselben Bedenken gelten für die Neuordnung der Pflegefinanzierung; auch in diesem Bereich wird eine massive Kostenentwicklung erwartet, ohne dass diese heute bereits hinreichend genau beziffert werden könnte.

3 Konkrete Anträge der GDK

Bei den einzelnen Paketen sind die Finanzierungsverschiebungen einzeln und über die gesamte KVG-Revision **zwischen den Kostenträgern auszugleichen**.

Auf die Einführung eines einheitlichen Sozialziels bei der **Prämienverbilligung** ist zu verzichten. Statt dessen sind Kinder prämienfrei zu versichern und deren Versicherung durch das Versichertenkollektiv der Erwachsenen über den Risikoausgleich zu finanzieren. Diese Regelung ist für Bund und Kantone in ihrer Zielgrösse **finanzierungsneutral**, da die freigestellten Mittel für die gezieltere Entlastung der Erwachsenen mittels individueller Prämienverbilligung und vermehrter EL-Ansprüche eingesetzt werden.

Die GDK lehnt die **dual-fixe Spitalfinanzierung** in der vom Bundesrat vorgelegten Form mit Kantonsbeiträgen an alle Spitäler ab.

Die GDK verlangt, dass zumindest die **Neuregelung der Spital- und der Pflegefinanzierung in einem einzigen Paket** vorgelegt werden müssen. Die Entlastung der Zusatzversicherung zulasten der Grundpflegeversicherung und der Kantone ist unerwünscht.

Bei der **Neuordnung der Pflegefinanzierung** sind bei Modell B Anpassungen vorzunehmen, welche die einseitige finanzielle Belastung der Kantone auf ein tragbares Mass reduziert. Die Kostenschätzungen des Bundesrates sind besser abzustützen und zu verfeinern.

Die dringenden Reformen dürfen nicht zulasten der Kantone ausgestaltet werden. Dies gilt insbesondere für das **Einfrieren der Pflegetarife** bis zur Inkraftsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung: ohne gleichzeitige **Einschränkung des Tarifschutzes** auf die von der OKP-Versicherung vergüteten Leistungen drohen die Mehrkosten von 1 Mrd. CHF den Kantonen überbürdet zu werden. Die damit verbundene vorübergehende Entlastung vermögender Heimbewohnerinnen und -bewohner würde überdies zu einem Präjudiz für die Ausgestaltung der mittelfristigen Neuregelung der Pflegefinanzierung führen.

Beilage:

- **Anhang mit den erwarteten Finanzierungsverschiebungen** der dual-fixen Spitalfinanzierung, der Prämienverbilligung und der Neuordnung der Pflegefinanzierung.

Weiterführende Unterlagen:

Botschaft des Bundesrates vom 26.5.04, Prämienverbilligung:

<http://www.parlament.ch/homepage/do-dossiers-az/do-kvg2/do-kvg2-botschaft.htm>

Vernehmlassungsvorlage Botschaft 2A, Spitalfinanzierung:

<http://www.parlament.ch/homepage/do-dossiers-az/do-kvg2/do-kvg2-vernehmlassung.htm>

Vernehmlassungsvorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung:

http://www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/vernhtml_pflegefiananzierung_230604.pdf

24. August 2004 / AY



Anhang

1. Erwartete Kostenverschiebungen bei fix-dualer Spitalfinanzierung

Bei nachfolgender Zusammenstellung handelt es sich um eine Kostenschätzung der GDK. Sie wurden mit santésuisse und dem BAG diskutiert, welche zu Schlüssen in ähnlicher Grössenordnung kamen.

Wesentlich ist die Feststellung, dass die Kostenverschiebungen, welche sich im Rahmen des Übergangs zur fix-dualen Spitalfinanzierung ergeben, die Zusatzversicherung (VVG-Versicherer) entlastet. Wenn santésuisse zur Abwendung von Prämien erhöhungen einen höheren Kantonsanteil fordert, verschweigt der Branchenverband die Ursache der zu erwartenden Prämiensteigerung.

Die Kantone wehren sich entschieden gegen weitere Kostenverlagerung zulasten der Steuerzahlenden im Zuge von Systemänderungen.

	(Einzüge = Veränderungen)	Kantone Bandbreite Mio. CHF	OKP-Versicherer Bandbreite Mio. CHF	VVG-Versicherer Bandbreite Mio. CHF	Total Spitalkosten Bandbreite Mio. CHF
1	Kosten der stationären Akutbehandlung 2002	5 735 5 735	3 731 3 731	2701 2701	14419 14419
2	Zuschlag Kostensteigerung 2002-2004	7% 10%	7% 10%	7% 10%	7% 10%
3	Stat. Akutbehandl. ohne dringl. Bundesgesetz 2004	6 143 6 323	3 997 4 114	2 894 2 978	15 446 15 897
4	Dringl. Bundesgesetz (dBG, Differenz '04 zu '02)	200 200		-200 -200	
5	Kosten der stationären Akutbehandlung 2004	6 343 6 523	3 997 4 114	2 694 2 778	15 446 15 897
6	dBG: Überführung fix-dual (halb-)priv. Abt. ohne Invest.	80 80		-80 -80	
7	dBG: Überführung fix-dual (halb-)priv. Abt., nur Invest.	60 90		-90 -60	
8	Fix-dual allg. Abteilung subv. Spitäler (KDG 45-43%)	- 580 - 380	380 580		
9	Investitionskosten allg. Abt. subv. Spitäler fix-dual (10-15%)	- 580 - 380	380 580		
10	Kantonsbeiträge (ohne Invest.) an Privatspitäler	730 740		-740 -730	
11	Kant. Investitionsbeiträge an Privatspitäler (10-15%)	70 110		-110 -70	
12	Separat finanzierte Leistungsbereiche (zu definieren)	x x	-x -x		
13	Total Kosten der Krankenhäuser	6 123 6 783	4 757 5 274	1 674 1 838	15 446 15 897
14	Veränderung gegenüber Stand 2004	- 220 260	760 1 160	- 1 020 - 940	0 0

Quelle: Schätzungen Zentralsekretariat der GDK

Anmerkungen zu den Zeilen

Geschätzte Beträge auf 10 Mio. CHF gerundet.

- Quelle: BFS: Kosten des Gesundheitswesens, Tab. 13: Stationäre Akutbehandlung und Rehabilitation, Kantone und OKP-Versicherer
- Kostensteigerung von 3.5% bzw. 5% p.a.
- 2002: 300 Mio. CHF, 2004: 500 Mio. CHF
- Differenz von 43 zu 50% Kostendeckungsgrad (80 Mio. CHF)
- 10-15% Investitionskosten auf die gesamten Kantonsbeiträge von 580 Mio. CHF an (halb-)priv. Behandl. in subv. Spitälern.
- Ausgehend von einem Kostendeckungsgrad (KDG) der OKP-Tarife von 43-45% auf Basis der Beiträge der Kantone + Versicherer an stationäre Akutbehandlung und Reha 2004. Dabei wird ein Anteil der Pflage tage (und somit der Leistungen) auf der Allgemeinabteilung von 75-80% unterstellt (Quelle: BFS/SDK: Indikatoren der Akutspitäler 2000, Tabelle 31)
- Investitionskosten von 10-15% der stat. Akutbehandlung und Reha 2004 abzügl. Investitionsbeiträge an Privatspitäler und (halb-)priv. Abt. subv. Spitäler
- Schätzung auf Grundlage der Pflage tage in Privatspitälern nach Herkunft der Patienten multipliziert mit Kosten pro Pflage tag pro Kanton, 2004; Korrekturfaktoren nach Plausibilisierung mit BFS-Statistik (+9.3%) und Angaben aus Kantonen (-4-13%).
- Investitionskostenzuschlag von 10-15% auf Kantonsbeiträgen an Privatspitäler
- Separat finanzierte Leistungsbereiche der Kantone: Überkapazität, gemeinwirtschaftliche Leistungen; von Kantonen zu definieren. Diese Beiträge entlasten die OKP-Versicherungen.



2. Erwartete Mehrkosten der Prämienverbilligung bei einheitlichem Sozialziel

Die finanziellen Wirkungen des einheitlichen Sozialziels in der Prämienverbilligung sind unüberblickbar, die Finanzierungsmodalitäten im Rahmen der Neuordnung des Finanzausgleichs noch nicht festgelegt. Es scheint lediglich sicher, dass der Finanzierungsanteil der Kantone gegenüber heute zunehmen wird. Mit der Vorlage wird überdies ein Mechanismus geschaffen, der aufgrund der überproportionalen Kostensteigerung im Gesundheitswesen in Relation zum Einkommen zwangsläufig zu einem immer grösseren Bezügerkreis von Prämienverbilligung führt. Damit nimmt der steuerfinanzierte Anteil der Krankenversicherung stetig zu.

Die nachfolgende Tabelle, welche der Botschaft des Bundesrates entnommen ist, wurde unter der Annahme

- einer jährlichen Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 4.5 Prozent,
- einem jährlichen Bevölkerungswachstum von 0.8 Prozent,
- und einer jährlichen Nominallohnentwicklung von 2.3 Prozent errechnet.

Unter den getroffenen Annahmen steigt im Zeitraum 2005 bis 2012 der gesamte Subventionsbedarf jährlich um durchschnittlich 7.2 Prozent oder um total rund 2.7 Milliarden Franken. Eine solche Kostensteigerung ist unannehmbar und nicht finanzierbar, zumal sie zum grössten Teil bei den Kantonen anfällt! Ferner müssen die Annahmen, die dieser Rechnung zugrunde liegen, als relativ optimistisch betrachtet werden.

Subventionsbedarf gemäss Modell (2001/2002) und Extrapolation:

Jahr	Total Subventionsbedarf ² in Mio. Franken	Zunahme des Subventionsbedarfs in % gegenüber dem Vorjahr
2001	2864	
2002	3343	16.72%
2003	3616	8.17%
2004	3938	8.90%
2005	4252	7.97%
2006	4567	7.41%
2007	4923	7.80%
2008	5291	7.48%
2009	5662	7.01%
2010	6041	6.69%
2011	6468	7.07%
2012	6911	6.85%
Durchschnitt 2004–2012 p.a.	372	7.28%

Quelle: Berechnungen BAG gemäss Schlussbericht PG 1 NFA „Prämienverbilligung“ vom 6. April 2004

Solche Ausgaben sind bei jährlichen Steigerungsraten der Steuereinnahmen von 3–4% schlicht nicht finanzierbar.

² Ohne Berücksichtigung der kantonalen Festsetzung von Höchstekommen und Referenzprämie.



3. Neuordnung der Pflegefinanzierung

Ausgehend von der Kostenschätzung zu Modell B gemäss Vernehmlassungsvorlage des Bundesrates rechnen wir mit folgenden finanziellen Wirkungen der von der GDK geforderten Anpassungen der Vorlage:

Massnahme	Kantone und Gemeinden	OKP- Versicherer	Bund
	Mehrbelastung bzw. Entlastung in Mio. CHF p.a.		
Abgeltung der Spitex-Leistungen durch OKP-Versicherer (Behandlungs- und Grundpflege)	- 100– -150	100–150	
Hilflosenentschädigung leichten Grades und Verkürzung der Karenzfrist auf 6 Monate	- 150 (Reduktion EL-Beiträge)		150
Wegfall der 90 Tage Karenzfrist	80	- 80	
Saldo vor Mehrbelastung von Bund und Kantonen durch höhere EL-Leistungen	- 170– - 220	20–70	150
Mehrbelastung durch EL-Leistungen <i>vor</i> NFA (gemäss Bundesrat; ? gemäss GDK)	183– ???		53– ??
Mehrbelastung durch EL-Leistungen <i>mit</i> NFA (gemäss Bundesrat; ? gemäss GDK)	236– ???		
Saldo mit NFA	~16 – 66 – ???	20–70	150

Bereits im Rahmen der Übergangsregelung zur Pflegefinanzierung vorgesehen:

Anhebung der Rahmentarife für die beiden obersten Pflegebedarfsstufen	- 50– -100	50–100	
---	------------	--------	--

Quelle: Schätzungen Zentralsekretariat der GDK