



**Kantonsratsbeschluss**

**betreffend Genehmigung vorgezogener Budgetkredite 2026 und 2027 für die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen**

**Abklärungsaufträge der erweiterten Staatswirtschaftskommission vom 21. Oktober 2024**

**Abklärungsauftrag 1:**

**Haushalte mit niedrigem Einkommen haben Prämienverbilligungen. Welche konkreten Vorteile haben sie von dieser Massnahme? Ich bitte den Regierungsrat in einem Abklärungsauftrag darzulegen, wie gleichzeitig die Prämienverbilligung so angepasst werden könnten, dass diese Personen die gleiche finanzielle Entlastung wie Personen ohne Prämienverbilligung erhalten. Welchen Betrag müsste zusätzlich in die Prämienverbilligungen fliessen bzw. wie sähe die Verteilung bei gleichbleibendem Gesamtbudget aus?**

Antwort:

Bei der Zuger Prämienverbilligung werden die Prämien verbilligt, soweit sie einen bestimmten Anteil – aktuell 8 Prozent – des massgebenden Einkommens übersteigen (vorbehältlich einer Spezialregelung beim Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe oder von EL). Beträgt das massgebende Einkommen z. B. 10'000 Franken, beträgt der Selbstbehalt 800 Franken und der Rest der Prämie wird von der Prämienverbilligung übernommen. Der Selbstbehalt beträgt 800 Franken, ob die Prämie steigt oder sinkt. Somit hat die Reduktion der Prämien durch den erhöhten Kostenteiler keine Auswirkungen – weder Vorteile noch Nachteile – auf Personen mit Prämienverbilligung und einem massgebenden Einkommen von 0 bis 70'000 Franken (70'000 Franken entspricht der unteren Einkommensgrenze für die Prämienverbilligung). Ebenso hatte aber auch der Anstieg der Prämien in der Vergangenheit für diese Personen keine Auswirkungen. Und sie werden desgleichen von den zu erwartenden Prämiensteigerungen in den Jahren 2027 und 2028 nicht betroffen sein, sofern der Kanton die Prämienverbilligung in vollem Umfang der Prämienentwicklung anpasst.

Eine Gleichstellung lässt sich im Rahmen der Prämienverbilligung nicht erreichen. Dies zeigt sich am Beispiel einer Person mit 0 Franken Einkommen. Sie erhält bereits die volle Prämie verbilligt. Wenn man sie noch zusätzlich entlasten möchte, müsste man die Richtprämien über den effektiven Prämien ansetzen, was aber gemäss § 5 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes betreffend individuelle Prämienverbilligung in der Krankenpflegeversicherung (BGS 842.6) nicht möglich ist.

Für Personen mit einem Einkommen > 0 könnte theoretisch über eine Senkung des Prozentsatzes für den Selbstbehalt eine zusätzliche Entlastung erreicht werden. Allerdings wäre diese Entlastung in absoluten Zahlen sehr ungleich über die verschiedenen Einkommensgruppen verteilt. Zudem ist der Selbstbehalt bereits heute auf einem sehr tiefen Niveau, so dass eine weitere Senkung aus grundsätzlichen Überlegungen problematisch wäre.

Vorbehalten bleiben die Auswirkungen des indirekten Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Dieser tritt voraussichtlich 2026 in Kraft und macht den Kantonen Vorgaben, wie viel Geld sie mindestens für die Prämienverbilligung aufwenden müssen. Die

Umsetzungsvorschriften des Bundesrates dazu liegen aber noch nicht vor, so dass noch keine Angaben zum Budgetbedarf gemacht werden können.

### **Abklärungsauftrag 2:**

**Durch die deutliche Erhöhung des kantonalen Kostenteilers auf 99 % besteht die Gefahr, dass der Risikoausgleich verzerrt wird. Wenn der Kanton nahezu die gesamten Kosten für stationäre Behandlungen übernimmt, könnten bestimmte Krankenkassen überkompensiert werden, insbesondere wenn sich die Verteilung der stationären Kosten über das Jahr nicht gleichmässig gestaltet. Es wird in der Vernehmlassung auch darauf hingewiesen, dass Versicherte ihre Franchise erhöhen könnten, um von niedrigeren Prämien zu profitieren, da sie bei geplanten stationären Eingriffen, die in die Jahre 2026 und 2027 verschoben werden, nur noch einen geringen Anteil der Kosten selbst tragen müssen. Dies könnte die Struktur der Versicherten weiter beeinflussen und wiederum die Berechnungen des Risikoausgleichs erschweren. Dies könnte dazu führen, dass die Berechnungen des Risikoausgleichs ungenau werden, was die finanzielle Stabilität der Kassen beeinflussen könnte. Wie kann eine Verzerrung des Risikoausgleiches minimiert werden?**

Antwort:

Die Auswirkungen des Kostenteilers auf den Risikoausgleich sind aus aktuarischer Sicht tatsächlich anspruchsvoll. Insgesamt handelt es sich zwar um ein Nullsummenspiel, doch sind die einzelnen Krankenversicherer unterschiedlich betroffen. Daneben, also unabhängig vom Kostenteiler, gibt es beim Risikoausgleich noch weitere Einflussfaktoren, die schwer einzuschätzen sind, namentlich Bestandesveränderungen aus den bisherigen Gründen oder Verschiebungen bei den pharmazeutischen Kostengruppen (PCG), mit denen kostenintensive, ambulant behandelte Versicherte anhand ihres Arzneimittelkonsums berücksichtigt werden. Alle diese Faktoren müssen bei der Schätzung des Risikoausgleichs für die Prämienberechnung einbezogen werden, wobei man sich zwangsläufig auf Annahmen stützen muss. In diesem Sinne sind die Auswirkungen des Kostenteilers eine weitere Variable, aber auch ein zusätzlicher Unsicherheitsfaktor, den es zu berücksichtigen gilt. Eliminieren lässt sich dieses Problem nicht, doch ist es wichtig, zusammen mit den Vollzugsbehörden frühzeitig auf das Thema einzugehen, wie dies curafutura in ihrer Vernehmlassungsantwort vorgeschlagen hat. Dass die finanzielle Stabilität der Kassen gefährdet werden könnte, ist nicht anzunehmen, zumal der Anteil des Kantons Zug am schweizerischen Prämienvolumen lediglich 1,2 Prozent beträgt.

### **Abklärungsauftrag 3:**

**Im Moment erfolgt eine Mitfinanzierung der Kantone nur im stationären Bereich. Trotzdem bitte ich den Regierungsrat, bis zur Sitzung abzuklären, ob grundsätzlich auch andere Wege zur Mitfinanzierung von Krankenkassenkosten möglich wären, welche die Gesundheitskosten senken würden? Beispielsweise über eine gezielte Beteiligung am medizinisch notwendigen ambulanten Pflegeleistungen. Wo hätte der Kanton die föderale Kompetenz, um die gesetzliche Grundlage anzupassen?**

Antwort:

Die Vergütung sämtlicher Kosten, die von den Krankenversicherern übernommen werden und somit prämierelevant sind, wird durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) detailliert geregelt. Wenn andere Kosten vom Kanton übernommen würden, z. B. für gemeinwirtschaftliche Leistungen, erhielten Leistungserbringer zwar mehr Geld, doch würden die Krankenversicherer und damit auch die Prämien nicht entlastet. Somit bräuchte es für eine Wirkung im Bereich des KVG eine Sonderregelung im Rahmen des Experimentierartikels (Art. 59b KVG). Ebenso bräuchte es im Kanton eine entsprechende gesetzliche Grundlage. Sowohl für das eine als auch für das andere müsste ein Zeitbedarf von mindestens zwei Jahren einkalkuliert werden, so dass es kaum zeitaufwändiger und erst noch viel einfacher wäre, den Start von EFAS abzuwarten, um auch die nicht-stationären Bereiche mitzufinanzieren zu können.

#### **Abklärungsauftrag 4:**

**Technische Frage:**

**Konsistenz bei der Budgetierung von nicht beschlossenen Vorlagen**

**Beim Budget 2024 wurden die Steuersenkungen – obwohl vom Kantonsrat beschlossen, aber vom Volk noch nicht bestätigt – lediglich in einer Fussnote erwähnt. Der Finanzdirektor kommentierte an der Stawiko-Sitzung, dass nur Vorlagen budgetiert werden, die zu 100% definitiv beschlossen sind.**

**Nun wird im Budget 2025 die geplante Übernahme von 99% der stationären Kosten in den Planjahren bereits inkludiert. Zudem schreibt der Regierungsrat auf die Frage nach der vollständigen Übersicht der geplanten Aktivitäten: «Einen guten Überblick geben das Budget 2025 und der Finanzplan 2025–2028. Sie beinhalten die geplanten Aktivitäten vollumfänglich, namentlich die erhöhte Beteiligung an den stationären Spitalkosten, das Paket «Mehrwert für alle», die Unterstützung der familienergänzenden Kinderbetreuung, den erhöhten Kantonsbeitrag pro Schülerin und Schüler an die anerkannten Privatschulen sowie die Förderung der Forschung zur Blockchain-Entwicklung.»**

**In diesem Zusammenhang möchte ich nachfragen:**

- **Wie wird die Budgetierung von noch nicht beschlossenen Ausgaben in anderen Kantonen gehandhabt?**
- **Aktuell scheinen nicht beschlossene Vorlagen wahlweise ins Budget (und die Planjahre) aufgenommen oder ausgeschlossen zu werden. Wenn sich der Regierungsrat auf eine einheitliche Budgetierungsmethode festlegen müsste, würde er:**
  - **geplante, aber nicht definitiv beschlossene Vorlagen immer inkludieren, oder**
  - **geplante, aber nicht definitiv beschlossene Vorlagen immer exkludieren?**

Antwort:

Es besteht keine Übersicht, wie die Budgetierung von noch nicht beschlossenen Ausgaben in anderen Kantonen gehandhabt wird. Massgebend sind jedoch die gesetzlichen Grundlagen gemäss Finanzhaushaltgesetz (FHG, BGS 611.1).

Gemäss § 3 Abs. 1 Bst. a FHG hat sich die Rechnungslegung unter anderem nach der Ordnungsmässigkeit zu richten. Der Grundsatz der «Ordnungsmässigkeit» beinhaltet gemäss Art. 958c Abs. 1 Ziff. 2 des Schweizer Obligationenrechts (OR, SR 220) auch den Grundsatz

der «Vollständigkeit». HRM2 führt dazu aus, dass der Grundsatz der Vollständigkeit sicherstellen soll, dass alle Aufwände und Erträge sowie Investitionsausgaben und Investitionseinnahmen in einem Budget (und analog in der Finanzplanung) aufgeführt werden, die im nächsten Jahr zu erwarten sind (Handbuch Harmonisiertes Rechnungsmodell für die Kantone und Gemeinden HRM2, Anhang E Musterfinanzhaushaltsgesetz, Ausführungen zu Artikel 17 des Musterfinanzhaushaltsgesetzes). Im Weiteren legt Art. 45 des Musterfinanzhaushaltsgesetzes von HRM2 fest, dass voraussehbare Aufwände bzw. Ausgaben aus Verpflichtungskrediten, für die bei der Beschlussfassung über das Budget die rechtskräftige Bewilligung des Volkes oder des Parlaments noch aussteht, aufzunehmen sind.

Für die Budgetierung bzw. Aufnahme in die Finanzplanung gibt deshalb der Beschluss des Regierungsrats vom 19. März 2024 betreffend Vorgaben für das Budget 2025 sowie für die Planjahre 2026–2028 (Budgetvorgaben) unter anderem vor: «Die Budgetierung erfolgt nach aktueller Einschätzung, das heisst sie berücksichtigt sämtliche wesentliche Tatbestände, welche mit genügender Wahrscheinlichkeit eintreten werden (auch Kantonsratsvorlagen, die vom Parlament noch nicht beschlossen sind).»

Es ist richtig, dass die Vorlage «Änderung des Steuergesetzes – achttes Revisionspaket und Kantonsratsbeschluss über den Solidaritätsbeitrag des Kantons an die Einwohnergemeinden» nicht im vom Regierungsrat zuhanden des Kantonsrats verabschiedeten Budget 2024 enthalten war. Die Finanzdirektion hat aber aufgrund der vorgängigen Ausführungen an der Kantonsrats-sitzung vom 30. November 2023 den Antrag gestellt, die Auswirkungen der Vorlage ins Budget 2024 aufzunehmen.

Die Vorlage betreffend Genehmigung vorgezogener Budgetkredite 2026 und 2027 für die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen wurde am 2. Juli 2024 vom Regierungsrat zuhanden des Kantonsrats verabschiedet, weshalb sie gemäss erwähntem Grundsatz in das Budget 2025 beziehungsweise in die Finanzplanjahre aufgenommen wurde. Ebenso sind die in der Frage erwähnten Vorlagen im Budget 2025 beziehungsweise in die Finanzplanjahre aufgenommen worden.

Einzige Ausnahme bildet die OECD-Mindeststeuer. Aufgrund der Einführung der Ergänzungssteuer im Rahmen der OECD-Mindestbesteuerung ist ab dem Jahr 2026 mit jährlichen Mehreinnahmen in der Höhe von rund 200 Millionen Franken netto zu rechnen. Diese zusätzlichen Einnahmen der Mindeststeuer sollen vollständig zurückgegeben werden. Da die Aufwände der Standortförderungsmassnahmen für Bevölkerung und Wirtschaft noch nicht ausgestaltet sind, verzichtete der Regierungsrat auf die Budgetierung der Mehreinnahmen ab den Planjahren 2026–2028, da diese zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgsneutral abgebildet werden können.

#### **Abklärungsauftrag 5:**

##### **Inhaltliche Frage:**

##### **Aufteilung der Bevölkerung in die Franchise-Kategorien**

**Der Regierungsrat schreibt in der Beantwortung zu der Stellungnahme des Kantonsspitals: «Die Franchisen in der Höhe von 1000, 1500 und 2000 Franken sind in der Praxis derweil unbedeutend (Anteile: 3 / 5 / 2 Prozent), während die Franchisen von 300 und 500 Franken in einem Jahr mit einem operativen Eingriff in aller Regel bereits mit**

**ambulanten Behandlungen ausgeschöpft werden (Diagnose, Vorbesprechung, Nachkontrolle, Nachbehandlung) und deshalb keine Rolle spielen.»**

**In dem Zusammenhang möchte ich gerne wissen, wie gross der Anteil der Personen ist, die eine Franchise von 2500 CHF haben.**

Antwort:

Bei den Erwachsenen (26 Jahre und älter) beträgt der Anteil der Versicherten mit einer Franchise von 2500 Franken schweizweit 36 Prozent (Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2023, Bundesamt für Gesundheit). Kantonale Zahlen liegen für den Versichertenbestand von Helsana vor. Dort beträgt der entsprechende Anteil im Kanton Zug rund 33 Prozent (Quelle: Helsana-Report: Einkommen, Vertragswahl und Prämienbelastung in der OKP. September 2024).

#### **Abklärungsauftrag 6a:**

**Die befristete 99%-Vergütung an stationäre Spitalbehandlungskosten wird die Krankenkassenprämien rund 18% senken. Mit welcher Erhöhung der KK-Prämien ist danach bei Einführung von EFAS zu rechnen?**

Antwort:

2026 führt der erhöhte Kantonsanteil zu einer Entlastung der mittleren Prämie um rund 18 Prozent. In welchem Umfang eine Senkung eintritt, hängt davon ab, wie hoch das Prämienwachstum ohne die Anpassung des Kantonsanteils gewesen wäre. Wenn also beispielsweise die mittlere Prämie 2026 sonst um 5 Prozent steigen würde, käme es infolge des erhöhten Kostenteilers zu einer Senkung um  $(18 - 5) = 13$  Prozent.

Wichtig ist, dass die Prämienreduktion je nach Krankenversicherer und Versicherungsmodell unterschiedlich ausfallen wird. Im Sinne eines unverbindlichen Beispiels könnte ein mögliches Szenario wie folgt aussehen (vor Berücksichtigung des allgemeinen Kostenanstiegs):

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| Erwachsene      |                                 |
| Hohe Franchise  | -9% (unverbindliches Beispiel)  |
| Tiefe Franchise | -23% (unverbindliches Beispiel) |
| Total           | -18%                            |
| Kinder          |                                 |
| Total           | -17% (unverbindliches Beispiel) |

2027 würden sich die Prämien ausgehend von der neuen Basis «normal» weiterentwickeln (z. B. um 3 Prozent steigen).

Auch 2028 käme es vorerst zu einer solchen «normalen» Prämienänderung. Weiter könnten sich gewisse EFAS-Effekte ergeben, welche aber grundsätzlich gering ausfallen sollten. Und schliesslich würden die Prämien in absoluten Zahlen wieder in dem Umfang belastet, wie sie zuvor durch die Erhöhung des Kostenteilers entlastet wurden. In Prozent ist der Zuwachs aufgrund des Basiseffekts jedoch stärker (22 Prozent als Orientierungsgrösse). Der Prämienanstieg 2028 wäre dann die Summe aus diesen drei Effekten.

**Abklärungsauftrag 6a<sup>bis</sup>:**

**Wäre es vorausschauend sinnvoll, für diese Prämien-Erhöhung ab 2028 schon heute einen «Prämiendämpfungsfonds» zu errichten? FHG-konform? Idee: Der Prämiendämpfungsfonds würde nicht an einzelne Versicherte ausbezahlt, sondern wiederum als höheren Kantonsbeitrag an die Behandlungskosten, was die Prämien entlasten würde.**

Antwort:

Gemäss § 9 FHG wäre die Bildung eines Separatfonds grundsätzlich möglich. Die Bildung eines Fonds scheint aus unserer Sicht für einen solchen einmaligen Zweck jedoch alles andere als sinnvoll. Alternativ würden das FHG gemäss § 7 Abs 2 Bst. c und d Reserven für einen bestimmten Zweck zulassen.

Die Bildung einer solchen Reserve wäre aber eine rein finanzpolitisch motivierte Buchung (der Aufwand für die Abfederung einer allfälligen Prämienenerhöhung würde erst im Jahr 2028 anfallen, weshalb auch keine entsprechende Rückstellung möglich wäre => es fehlt das Ereignis in der Vergangenheit, wofür eine Rückstellung zu bilden wäre), welche die Darstellung nach dem Grundsatz von «True and Fair View» beeinträchtigen würde. HRM2 bzw. das Schweizerische Rechnungslegungsgremium für den öffentlichen Sektor ist deshalb klar der Meinung, dass auf solche finanzpolitischen Buchungen (wie auch auf die Bildung eines solchen Fonds) verzichtet werden sollte (vgl. Auslegung zur Fachempfehlung 17, Finanzpolitische Steuerung). Finanzpolitische Buchungen erschweren die Vergleichbarkeit und vermindern die Transparenz der Budgets bzw. der Jahresrechnungen. Der Regierungsrat stützt die Meinung des Schweizerischen Rechnungslegungsgremiums für den öffentlichen Sektor und lehnt aus diesen Gründen die Bildung eines Fonds oder Reserven ab.

Auch mit Blick auf die Prämienentwicklung wäre ein «Prämiendämpfungsfonds» nur von beschränktem Nutzen. Zwar könnte damit der Wiederanstieg für eine gewisse Zeit verzögert werden, doch sobald der Fonds aufgebraucht wäre, würde unweigerlich die Erhöhung folgen. Bestenfalls liesse sich der Anstieg über einen gewissen Zeitraum etappieren. Doch stellt sich die Frage, ob ein kleinerer Zuwachs während mehrerer Jahre verträglicher wäre als eine einmalige Anpassung. Dies ist umso mehr, als mit der Zeit die Erinnerung an die ursprüngliche Entlastung verblassen, aber die Belastung durch die wiederholten Erhöhungen anhalten würde.

**Abklärungsauftrag 6b:**

**Aufzeigen von Modellen und Szenarien wie sich die Prämien nach den 2 Jahren entwickeln werden und wie nachhaltig die geplanten Vergütungen wirken.**

Antwort:

Die geplanten Vergütungen wirken nicht nachhaltig, sondern befristet auf die Jahre 2026 und 2027. Dann kehren die Prämien auf den Entwicklungspfad zurück, den sie ohne die Entlastung eingeschlagen hätten. Nicht berücksichtigt sind dabei allfällige Anpassungen beim Kostenteiler von EFAS, welche der Kantonsrat im Rahmen der Umsetzung von EFAS vornehmen könnte. Diesen Diskussionen kann jedoch nicht vorgegriffen werden, so dass keine Basis für entsprechende Modelle und Szenarien besteht.

**Abklärungsauftrag 7:**

**Wer stellt die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit (Grundsatz ambulant vor stationär) der stationären Behandlungen sicher, zumal die Krankenkasse dazu keinen Anreiz mehr haben bei einem Kostenanteil von 1%?**

Antwort:

Die Krankenversicherer sind weiterhin und unabhängig von der Höhe des Kostenteilers verpflichtet, die Rechnungskontrolle und dabei auch die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zu gewährleisten. Das Bundesamt für Gesundheit lässt keinen Zweifel daran, dass sich die Krankenversicherer dieser Aufgabe nicht entziehen dürfen. Mit Bezug auf den Grundsatz ambulant vor stationär kontrolliert zusätzlich der Kantonsarzt die Einhaltung der Liste mit Eingriffen, die zwingend ambulant durchgeführt werden müssen, sofern nicht gewisse Ausnahmekriterien erfüllt sind (<https://zg.ch/dam/jcr:ff0be01a-4294-4f21-b225-677bec33391d/Liste%20ambulant%20durchzuf%C3%BChrender%20Untersuchungen%20und%20Behandlungen%20per%201.1.2024.pdf>).

**Abklärungsauftrag 8:**

**Welchen Ressourcenanstieg und Mehraufwand erwartet das Zuger Kantonsspital aufgrund von ansteigenden stationären Behandlungen bei Vergütung stationärer Spitalbehandlungen und wie wird eine längere Aufenthaltszeit verhindert?**

Antwort:

Die Frage wurde dem Zuger Kantonsspital vorgelegt. Dieses hat wie folgt Stellung genommen: «Über den gesamten Zeitraum von Mitte 2025 (6 Monate vor Inkrafttreten von 99%/1%) bis Mitte 2028 (6 Monaten nach Ausserkrafttreten von 99%/1%) erwarten wir keinen Ressourcenanstieg und auch keinen Mehraufwand, welche über das zahlenmässige Bevölkerungswachstum und die demographische Entwicklung hinausgehen. Wir erwarten jedoch weniger stationäre Fälle im zweiten Halbjahr 2025 und im ersten Halbjahr 2028, weil wir aufgrund der finanziellen Anreize insbesondere bei Versicherten mit hohen Franchisen mit höheren stationären Fallzahlen zu Beginn von 99%/1% im ersten Halbjahr 2026 und gegen Ende von 99%/1% im zweiten Halbjahr 2027 rechnen. Im Zusammenhang mit dem Kostenteiler 99%/1% erwarten wir weder eine Verlängerung noch eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer stationärer Patientinnen und Patienten, da diese bekanntlich mit DRG-Pauschalen unabhängig von der Anzahl Pflegetage entschädigt werden.»

**Abklärungsauftrag 9:**

**Inwiefern widerspricht oder unterstützt die Vergütung EFAS?**

Antwort:

Die erhöhte Beteiligung des Kantons an den Spitalkosten orientiert sich an der aktuell geltenden Regelung, dass die Kantone nur die stationären Spitalkosten mitfinanzieren. Insofern unterscheidet sich die Systematik grundsätzlich von EFAS, welche eine anteilmässige Mitfinanzierung aller Gesundheitskosten durch die Kantone vorsieht. Da die beiden Systeme nicht

gleichzeitig in Kraft sind, ergibt sich weder ein Widerspruch noch eine andere Wechselwirkung. Ein Spannungsfeld besteht höchstens beim thematischen Fokus: Die Erhöhung des Kostenteilers zielt auf den stationären Bereich, während EFAS ambulante Behandlungen fördern soll.

Gesundheitsdirektion / Finanzdirektion, 29. Oktober 2024