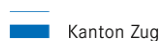




Kantonsratsbeschluss betreffend Genehmigung vorgezogener Budgetkredite
2026 und 2027 für die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen

Sitzung der erweiterten Staatswirtschaftskommission

Zug, 6. November 2024



Inhalt

1. Einführung und Überblick
2. Fokus Prämienverbilligung
3. Fokus versorgungspolitische Aspekte
(«ambulant vor stationär», Fehlanreize, Jahresendeffekte)
4. Fokus Prämienverlauf
(Rebound-Effekt, EFAS)

Inhalt

1. Einführung und Überblick
2. Fokus Prämienverbilligung
3. Fokus versorgungspolitische Aspekte
(«ambulant vor stationär», Fehlanreize, Jahresendeffekte)
4. Fokus Prämienverlauf
(Rebound-Effekt, EFAS)

Eine bekannte Idee



Wieso über die Krankenkassenprämie?

Der Weg über die Krankenkassenprämie wurde gewählt, weil die Rückverteilung so am effizientesten erfolgen kann. Anrecht auf die Rückverteilung haben Personen, die in der Schweiz wohnhaft und bei einer Schweizer Krankenkasse grundversichert sind.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVZ)
 vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2025)

Die Bundesversammlung der Schweizer Eidgenossenschaft, gestützt auf Artikel 14^{ter} des Bundesverfassung¹, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1993², beschliesst:

Art. 1. Titel³: Anwendbarkeit des ATSG

¹ Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000⁴ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind auf die Krankenversicherung anzuwenden, soweit das vorliegende Gesetz oder die Krankenversicherungsanforderungen vom 26. September 2014⁵ (KVZ/AO) nicht ausdrücklich eine Abänderung des ATSG vorsehen.⁶

² Sie finden keine Anwendung in folgendem Bereich:

- Zulassung und Abschluss von Leistungsverträgen (Art. 35–40 und 59);
- Terfe, Preise und Obliegenheiten (Art. 43–53);
- Ausrichtung der Prämienzahlung nach dem Artikel 65, 65a und 66a so wie Beiträge des Bundes an die Kantone nach Artikel 66;
- Steuerpläne der Versicherten unter sich (Art. 67);
- Verfahren vor dem kantonalen Schlichtergericht (Art. 89).

AS 1999 1328
¹ SR 132
² BSt 132
³ BSt 132
⁴ SR 1999 1328
⁵ SR 1999 1328
⁶ SR 1999 1328
⁷ SR 1999 1328
⁸ SR 1999 1328
⁹ SR 1999 1328
¹⁰ SR 1999 1328
¹¹ SR 1999 1328
¹² SR 1999 1328
¹³ SR 1999 1328
¹⁴ SR 1999 1328
¹⁵ SR 1999 1328
¹⁶ SR 1999 1328
¹⁷ SR 1999 1328
¹⁸ SR 1999 1328
¹⁹ SR 1999 1328
²⁰ SR 1999 1328
²¹ SR 1999 1328
²² SR 1999 1328
²³ SR 1999 1328
²⁴ SR 1999 1328
²⁵ SR 1999 1328
²⁶ SR 1999 1328
²⁷ SR 1999 1328
²⁸ SR 1999 1328
²⁹ SR 1999 1328
³⁰ SR 1999 1328
³¹ SR 1999 1328
³² SR 1999 1328
³³ SR 1999 1328
³⁴ SR 1999 1328
³⁵ SR 1999 1328
³⁶ SR 1999 1328
³⁷ SR 1999 1328
³⁸ SR 1999 1328
³⁹ SR 1999 1328
⁴⁰ SR 1999 1328
⁴¹ SR 1999 1328
⁴² SR 1999 1328
⁴³ SR 1999 1328
⁴⁴ SR 1999 1328
⁴⁵ SR 1999 1328
⁴⁶ SR 1999 1328
⁴⁷ SR 1999 1328
⁴⁸ SR 1999 1328
⁴⁹ SR 1999 1328
⁵⁰ SR 1999 1328
⁵¹ SR 1999 1328
⁵² SR 1999 1328
⁵³ SR 1999 1328
⁵⁴ SR 1999 1328
⁵⁵ SR 1999 1328
⁵⁶ SR 1999 1328
⁵⁷ SR 1999 1328
⁵⁸ SR 1999 1328
⁵⁹ SR 1999 1328
⁶⁰ SR 1999 1328
⁶¹ SR 1999 1328
⁶² SR 1999 1328
⁶³ SR 1999 1328
⁶⁴ SR 1999 1328
⁶⁵ SR 1999 1328
⁶⁶ SR 1999 1328
⁶⁷ SR 1999 1328
⁶⁸ SR 1999 1328
⁶⁹ SR 1999 1328
⁷⁰ SR 1999 1328
⁷¹ SR 1999 1328
⁷² SR 1999 1328
⁷³ SR 1999 1328
⁷⁴ SR 1999 1328
⁷⁵ SR 1999 1328
⁷⁶ SR 1999 1328
⁷⁷ SR 1999 1328
⁷⁸ SR 1999 1328
⁷⁹ SR 1999 1328
⁸⁰ SR 1999 1328
⁸¹ SR 1999 1328
⁸² SR 1999 1328
⁸³ SR 1999 1328
⁸⁴ SR 1999 1328
⁸⁵ SR 1999 1328
⁸⁶ SR 1999 1328
⁸⁷ SR 1999 1328
⁸⁸ SR 1999 1328
⁸⁹ SR 1999 1328
⁹⁰ SR 1999 1328
⁹¹ SR 1999 1328
⁹² SR 1999 1328
⁹³ SR 1999 1328
⁹⁴ SR 1999 1328
⁹⁵ SR 1999 1328
⁹⁶ SR 1999 1328
⁹⁷ SR 1999 1328
⁹⁸ SR 1999 1328
⁹⁹ SR 1999 1328
¹⁰⁰ SR 1999 1328

Krankenversicherung BG 832.10

Teilpersonen des Bundesrat zur Genehmigung untererster Kantone nach dem nicht eingetragenen, im BG des Bundesrat Struktur BG.¹⁰⁰

Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gewerbetreibliche Leistungserbringer enthalten. Diese gehören insbesondere:

- die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- die Fortsetzung von stationären Liefern.

Bei Spitalleistungen richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Für diese Vergütung sind nicht erfüllt, so können für den Spitaltarif der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung kommen.

Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

Die Vertragspartner vereinbaren die Vergütung bei mindestens Behandlung.

Die Spitaler verfügen über geeignete Finanzinstrumente, insbesondere führen sie nach anerkannten Methoden zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsrechnung. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifsetzung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kostenrechnung und die Vertragspartner können die Unterlagen einsehen.

In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizerweit Betriebsvergleiche zwischen Spitalen an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitaler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

Art. 49¹⁰¹: Abgeltung der stationären Leistungen

Die Vergütungen nach Artikel 49 Absatz 1 werden vom Kanton und dem Versicherten anteilig übernommen.

Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

- Versicherte, die im Kanton wohnen;
- folgende Versicherte, die in einem Mitgliedstaat des Europäischen Unions, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich geboren sind, bei stationärer Behandlung in der Schweiz:

- Genesigten und Genesigtenpersonen sowie deren Familienangehörige;
- Familienangehörige von Niederlassenen, von Ausdrathenden und Aufendwärtenden und von Kuratendürftigen und Kuratendürftigen.

¹⁰⁰ Sober noch, die UVB, Art. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR 832.10).

¹⁰¹ Eingeführt durch Ziff. 2 des BG vom 11. Dez. 2007 (Optimalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2009 3049; SR 2004 5513). Sober noch die UVB dieser Art. in SR 832.10.

832.10 Kranken- und Unfallversicherung

3. Beiträge und Beitragsanteile einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.¹⁰⁰

Die Kantone, die für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstabe b des kantonalen Anteils übernommen, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.¹⁰¹

Jeder Kanton setzt jeweils für das Kalenderjahr, spätestens sechs Monate vor dessen Beginn, den **stationären Anteil** für Dauer- und stationäre Patienten fest.¹⁰²

Die Wohnkantone entnehmen seinen Anteil aus dem Betrag der Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherte und Kanton können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherten leistet und dieser dem Spital beide Anteile überweist. Die Rechnungstellung zwischen Spital und Versicherer richtet sich nach Artikel 42.¹⁰³

Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat des Europäischen Unions, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die eine schweizerische Karte besitzen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standortort festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonale Anteil wird auf die anderen Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt.¹⁰⁴

Mit Spitalen oder Gebietskörperschaften, welche nach Artikel 49 nicht auf der Spitalliste stehen, aber die Voraussetzungen nach den Artikeln 18 und 19 Absatz 1 Buchstabe a-c erfüllt, können die Versicherer Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankengeldversicherung abschliessen.¹⁰⁵ Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an den Vergütungen nach Absatz 2.

Art. 50¹⁰⁶: Kostenübernahme im Pflegeheim

Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergüten die Versicherer die gleichen Leistungen wie bei stationärer Krankenpflege nach Artikel 25a. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anzuwenden.

¹⁰⁰ Festsetzung durch Ziff. 1 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

¹⁰¹ Eingeführt durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

¹⁰² Eingeführt durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

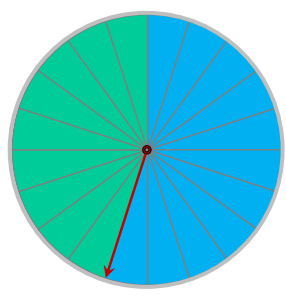
¹⁰³ Festsetzung durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

¹⁰⁴ Festsetzung durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

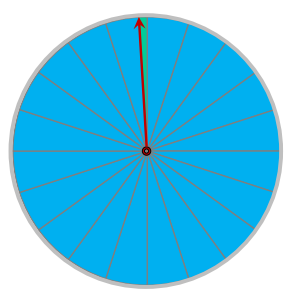
¹⁰⁵ Festsetzung durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

¹⁰⁶ Eingeführt durch Ziff. 2 des BG vom 30. Sept. 2004 (Anpassung von Bestimmungen zum stationären Betrag), in Kraft seit 1. Jan. 2005 (AS 2004 6711; SR 2004 5513).

Spitalkosten stationär



Kantonsanteil: 55%

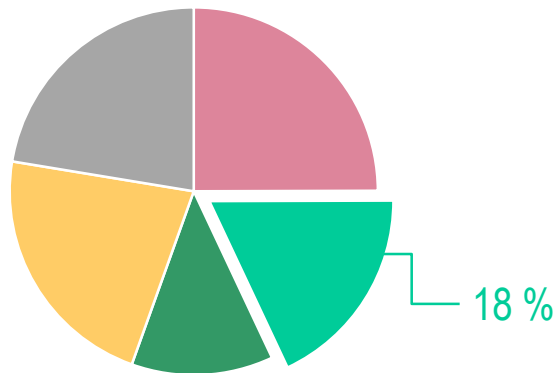


Kantonsanteil: 99%

Kanton Zug

Kostenanteile Krankenversicherer ZG 2023 (brutto)

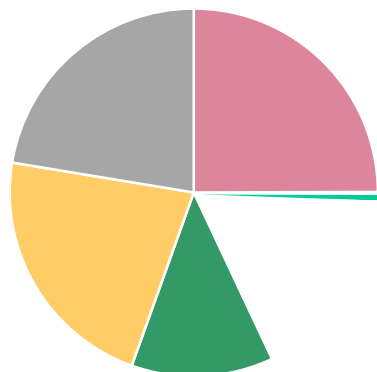
- Arzt/Ärztin
- Spital stationär
- Spital ambulant
- Medikamente
- Übrige



Kanton Zug

Kostenanteile Krankenversicherer 2026/27 (brutto)

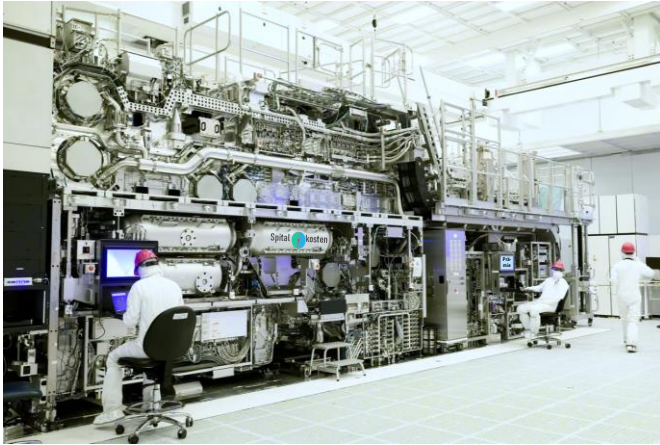
- Arzt/Ärztin
- Spital stationär
- Spital ambulant
- Medikamente
- Übrige



Kanton



Prämienmaschine



Gesundheitskosten
Franchisen
Selbstbehalte
Verwaltungskosten
Risikoausgleich
Rückstellungen
Anlageerträge/-verluste



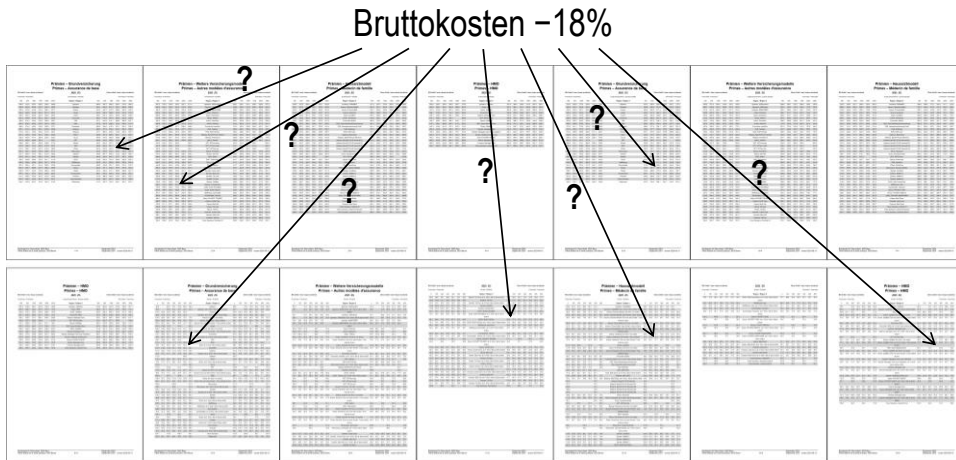
Prämien

Versicherer, Modell, Altersklasse, Franchise, Unfalldeckung

Ca. 3000 Prämienangebote

A grid of 14 small tables, arranged in two rows of seven. Each table contains a list of premium offers with columns for various details like insurer, model, age class, franchise, and accident coverage. The tables are densely packed with text, making individual entries difficult to read.

Effekt auf die Prämien



Mögliches Szenario

Erwachsene

- Hohe Franchise - 9 % (unverbindliches Beispiel)
- Tiefe Franchise - 23% (unverbindliches Beispiel)
- Total - 18%

Kinder

- Total - 17% (unverbindliches Beispiel)

Effekt auf die Patientenbeteiligung; **Franchise 300**

Beispiel: Stationärer Eingriff, Kosten total: 10'000

	vorher	nachher
Anteil Kanton	5500	9900

Anteil Versicherer	4500	100
Franchise	300	100
Selbstbehalt	<u>420</u>	<u>0</u>
Total Patientenbeteiligung *	<u>720</u>	<u>100</u>

*) ohne Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts (15 Franken pro Tag)

Effekt auf die Patientenbeteiligung; **Franchise 2500**

Beispiel: Stationärer Eingriff, Kosten total: 10'000

	vorher	nachher
Anteil Kanton	5500	9900

Anteil Versicherer	4500	100
Franchise	2500	100
Selbstbehalt	<u>200</u>	<u>0</u>
Total Patientenbeteiligung *	<u>2700</u>	<u>100</u>

*) ohne Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts (15 Franken pro Tag)

Finanzielle Auswirkungen

	2026	2027
Kantonsbeitrag @ 55 %	135'000'000	141'700'000
Kantonsbeitrag @ 99%	<u>243'000'000</u>	<u>255'000'000</u>
Mehrkosten	<u>108'000'000</u>	<u>113'300'000</u>

Rechtliche Umsetzung im Kanton

Spitalgesetz (BGS 826.11) § 6 Abs. 2:

«Der Regierungsrat setzt jeweils für das Kalenderjahr den kantonalen Anteil an den Spitaltarifen fest.»

- Vom Gesetzgeber nicht als finanzpolitisches Instrument beabsichtigt
- Deshalb indirekter Einbezug des Kantonsrats mittels KRB für vorgezogene Budgetkredite

Fristen

vom 18. März 1994 (Stand am 1. Juli 2025)

Die Bundesversammlung der Schweizer Eidgenossenschaft, gestützt auf Artikel 14^m des Bundesverfassung¹, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1993, beschliesst:

Art. 1 Titel² Anwendbarkeit des ATSG

¹ Die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2009³ über den Allgemeinen Teil des Unfallversicherungsrechts (ATSG) und auf die Krankenversicherung anwendbar, soweit das vorliegende Gesetz oder das Krankenversicherungsstaatsgesetz vom 26. September 2014⁴ (KVAAG) nicht ausdrücklich eine Abänderung des ATSG vorseht.⁵

- ² Sie finden keine Anwendung in folgenden Bereichen:
 - a. Zulassung und Abschluss von Leistungsverträgen (Art. 35–40 und 59);
 - b. Tarife, Preise und Überschüsse (Art. 43–53);
 - c. Ausrichtung der Prämienentlastung nach den Artikeln 65, 65a und 66a sowie Beiträge der Versicherer unter sich (Art. 67);
 - d. Streitigkeiten der Versicherer unter sich (Art. 67);
 - e. Verfahren vor dem kantonalen Schlichtergericht (Art. 89).

- AS 1999 1328
- ¹ SR 132: Diese Botschaft entspricht Artikel 117 des Bundesgesetzes vom 18. April 1999 (SR 140).
- ² Fassung gemäß Ziff. 14 des BG vom 6. Okt. 1999, in Kraft seit 1. Juni 2002 (AS 1999 1330); SR 1999 1330.
- ³ AS 2009 130; SR 1999 1330.
- ⁴ Fassung gemäß Artikel 11 des BG vom 6. Okt. 2009 über den Allgemeinen Teil des Unfallversicherungsrechts, in Kraft seit 1. Jan. 2010 (AS 2009 1317); SR 1999 1318; SR 2009 1317; SR 1999 1323.
- ⁵ SR 2012 130.
- ⁶ Fassung gemäß Artikel 2 des KVAAG vom 26. Sept. 2014, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 1317); SR 2012 1341.
- ⁷ Fassung gemäß Ziff. 1 der V des BV vom 21. Juni 2002, in Kraft seit 1. Jan. 2003 (AS 2002 1477); SR 2002 1403.

Krankenversicherung BG 882.10

Teilfunktionen des Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Erkenntnis nach dem nicht eingehen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.¹⁴⁰

¹ Das Vergleichen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gewerbetätigliche Leistungen enthalten. Diese gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Fortbildung und Fortentwicklung von Ärzten.

² Bei Spitalaufschüben richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Für diese Voraussetzung nicht erfüllt, so kommt für den Spitalaufschub der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

³ Mit dem Vergleichen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche der Spitaltarife für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

⁴ Das Vertragspartner vertritt die Vergütung bei substandard Behandlung.

⁵ Die Spitaltarife verfügen über geeignete Finanzmanagement, insbesondere führen sie nach substandard Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsrechnung. Diese beinhalten alle für die Berechnung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche für die Tarifsetzung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kostenträger und die Vertragspartner können die Unterlagen einsehen.

⁶ In Zusammenarbeit mit dem Kantone ordnet der Bundesrat schrittweise Betriebsvergleiche zwischen Spitalen an, insbesondere in Kantonen mit unzureichender Ertragsqualität. Die Spitaltarife und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat verpflichtet die Betriebsvergleiche.

⁷ In Zusammenarbeit mit dem Kantone ordnet der Bundesrat schrittweise Betriebsvergleiche zwischen Spitalen an, insbesondere in Kantonen mit unzureichender Ertragsqualität. Die Spitaltarife und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat verpflichtet die Betriebsvergleiche.

⁸ Die Vergleiche nach Artikel 89 Absatz 2 werden vom Kanton und dem Versicherten unterbreitet.

⁹ Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

- a. Versicherte, die im Kanton wohnen;
- b. tätige Versicherte, die in einem Mitgliedstaat des Europäischen Unions, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz.

- 1. Gesetzgebungs- und Gesetzgebungsorgane sowie deren Familienangehörige;
- 2. Familienangehörige von Mandatsträgern, von Aufsichtsräten und Aufsichtsratsmitgliedern und von Kuratorenmitgliedern und Kuratorenführern.

¹⁴⁰ Siehe auch die UVB, Art. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1993 über die Krankenversicherung (SR 140).

¹⁴¹ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

882.10 Kranken- und Unfallversicherung

¹ Beiträge und Beitragsanteile einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung sowie deren Familienangehörige.¹⁴⁰

² Der Kanton, der für die Versicherten nach Absatz 2 Buchstabe b des kantonalen Anteils überkommt, gilt als Wohnkanton im Sinne dieses Gesetzes.¹⁴¹

³ Jeder Kanton unterbreitet für das Kalenderjahr spätestens sechs Monate vor dem Beginn des kantonalen Anteils fest, dass er einen substandard Vertrag.¹⁴²

⁴ Das Wohnkanton vertritt seinen Anteil direkt dem Spital. Die Modalitäten werden zwischen Spital und Kanton vereinbart. Versicherte und Kantone können vereinbaren, dass der Kanton seinen Anteil dem Versicherten leistet und dieser dem Spital beide Anteile überreicht. Die Rechnungsstellung zwischen Spital und Versicherten richtet sich nach Artikel 42.¹⁴³

⁵ Bei Versicherten, die in einem Mitgliedstaat des Europäischen Unions, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die eine schweizerische Karte besitzen, sowie bei deren Familienangehörigen, übernehmen die Kantone bei stationärer Behandlung in der Schweiz gemeinsam den vom Standort/Spital festgelegten kantonalen Anteil. Dieser kantonal Anteil wird auf die weiteren Kantone im Verhältnis zu ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt.¹⁴⁴

⁶ Mit Spitalen oder Gebietskörperschaften, welche nach Artikel 39 nicht auf der Spitaltarife stehen, über die Voraussetzungen nach den Artikeln 38 und 39 Absatz 1 Buchstaben a-e und erfüllen, können die Versicherten Verträge über die Vergütung von Leistungen mit der obligatorischen Krankheitsfallversicherung abschließen.¹⁴⁵ Diese Vergütung darf nicht höher sein als der Anteil an dem Vergleichen nach Absatz 2.

⁷ In Zusammenarbeit mit dem Kantone ordnet der Bundesrat schrittweise Betriebsvergleiche zwischen Spitalen an, insbesondere in Kantonen mit unzureichender Ertragsqualität. Die Spitaltarife und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat verpflichtet die Betriebsvergleiche.

⁸ Die Vergleiche nach Artikel 89 Absatz 2 werden vom Kanton und dem Versicherten unterbreitet.

⁹ Die Kantone übernehmen den kantonalen Anteil für folgende Personen:

- a. Versicherte, die im Kanton wohnen;
- b. tätige Versicherte, die in einem Mitgliedstaat des Europäischen Unions, in Island, in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen, bei stationärer Behandlung in der Schweiz.

- 1. Gesetzgebungs- und Gesetzgebungsorgane sowie deren Familienangehörige;
- 2. Familienangehörige von Mandatsträgern, von Aufsichtsräten und Aufsichtsratsmitgliedern und von Kuratorenmitgliedern und Kuratorenführern.

¹⁴⁰ Siehe auch die UVB, Art. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1993 über die Krankenversicherung (SR 140).

¹⁴¹ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁴² Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁴³ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁴⁴ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁴⁵ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 11. Dez. 2007 (Originalfassung), in Kraft seit 1. Jan. 2008 (AS 2008 2949; SR 2004 1513). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁴⁶ Fassung gemäß Ziff. 1 des BG vom 30. Sept. 2014 (Anpassung von Bestimmungen zum unterbreiten Bericht, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 1717); SR 2014 1317).

¹⁴⁷ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 30. Sept. 2014 (Anpassung von Bestimmungen zum unterbreiten Bericht, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 1717); SR 2014 1317).

¹⁴⁸ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 30. Sept. 2014 (Anpassung von Bestimmungen zum unterbreiten Bericht, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 1717); SR 2014 1317).

¹⁴⁹ Eingeführt durch Ziff. 1 des BG vom 30. Sept. 2014 (Anpassung von Bestimmungen zum unterbreiten Bericht, in Kraft seit 1. Jan. 2015 (AS 2014 1717); SR 2014 1317).

¹⁵⁰ Fassung gemäß Art. 51 des BG vom 19. Juni 2002 über die eidgenössischen Personennummern, in Kraft seit 1. April 2017 (AS 2017 2201; SR 2013 3323). Siehe auch die UVB dieser Art. im Schluß dieses Textes.

¹⁵¹ Fassung gemäß Ziff. 1 des BG vom 11. Juni 2008 über die Einsetzung der Mitglieder des Kantonsrats, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS 2008 1517; 1617; Ziff. 1, SR 2008 2013).

33 / 60

Knapper Zeitplan



Antrag des Regierungsrats (Vorlage Nr. 3756.2 -17763)

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

§ 1

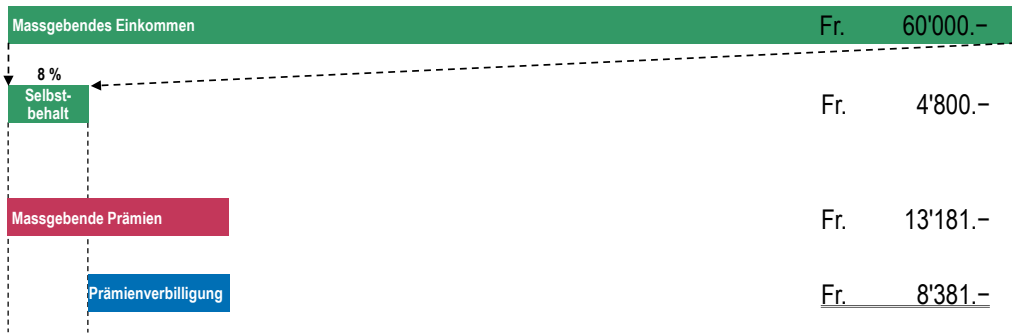
¹ Für die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen werden im Budget der Jahre 2026 und 2027 vorgezogene Budgetkredite von 243 Millionen Franken für das Jahr 2026 und 255 Millionen Franken für das Jahr 2027 genehmigt.

Inhalt

1. Einführung und Überblick
2. Fokus Prämienverbilligung
3. Fokus versorgungspolitische Aspekte
(«ambulant vor stationär», Fehlanreize, Jahresendeffekte)
4. Fokus Prämienverlauf
(Rebound-Effekt, EFAS)

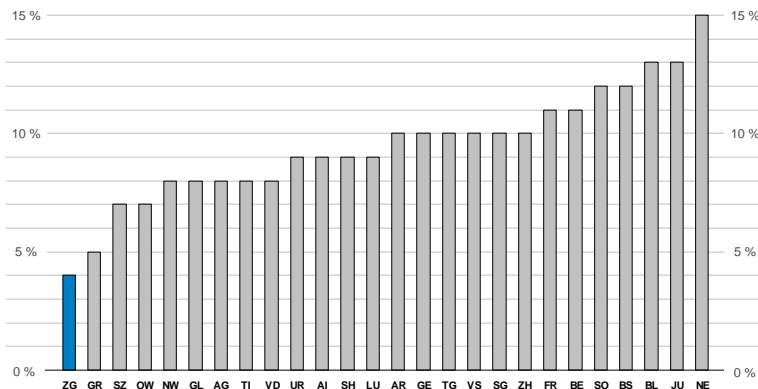
Berechnung der Prämienverbilligung (Beispiel 2024; 2E+2K)

Die Prämien werden verbilligt, soweit sie einen festen Prozentsatz des massgebenden Einkommens übersteigen (aktuell: 8 %).



Wirksamkeit der Prämienverbilligung

Verbleibende Prämienbelastung (mittlere Prämie) in % des verfügbaren Einkommens



Mittelwert über alle Modellhaushalte (2020)

Quelle:
Ecoplan AG: Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2020. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Bern: Mai 2022

Inhalt

1. Einführung und Überblick
2. Fokus Prämienverbilligung
3. Fokus versorgungspolitische Aspekte
(«ambulant vor stationär», Fehlanreize, Jahresendeffekte)
4. Fokus Prämienverlauf
(Rebound-Effekt, EFAS)

Ausgangslage ambulant vs. stationär; Beispiel

Kosten bei der Kniearthroskopie

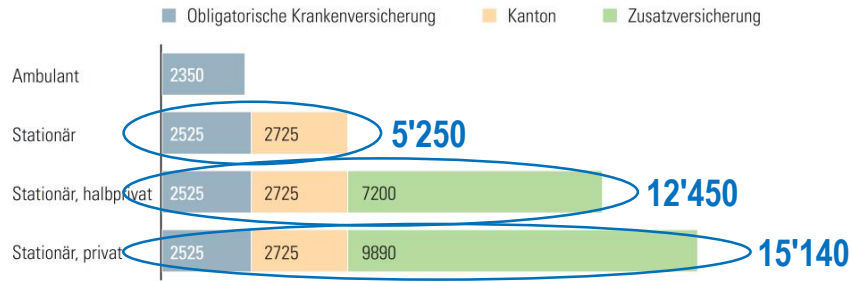


Quelle Abbildung:
Orthopädisch Chirurgisches Centrum Tübingen

Kostenvergleich ambulant vs. stationär

Kosten bei der Kniearthroskopie

Ambulante und stationäre Behandlung, Kostenanteil in Franken



QUELLE: EINKAUFGEMEINSCHAFT HSK

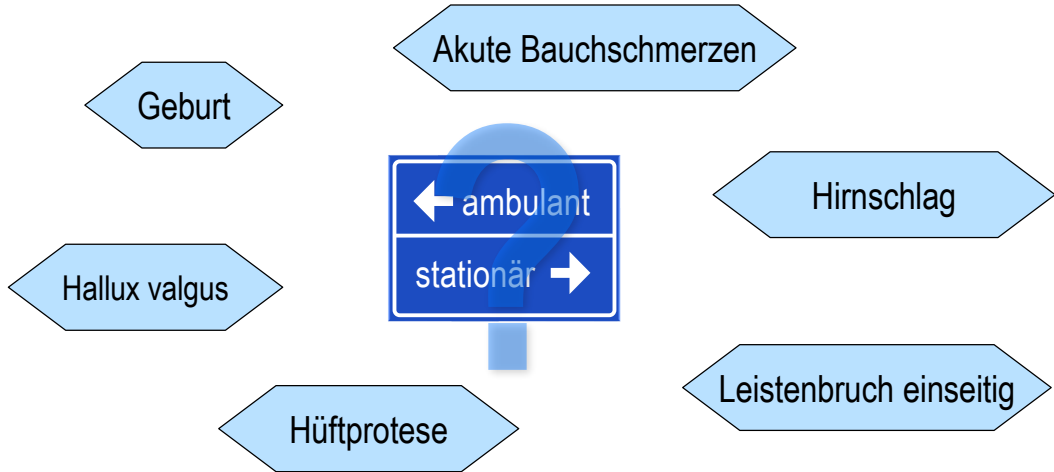
NZZ-Infografik/lea.

(NZZ, 15. Juni 2017, S. 16)

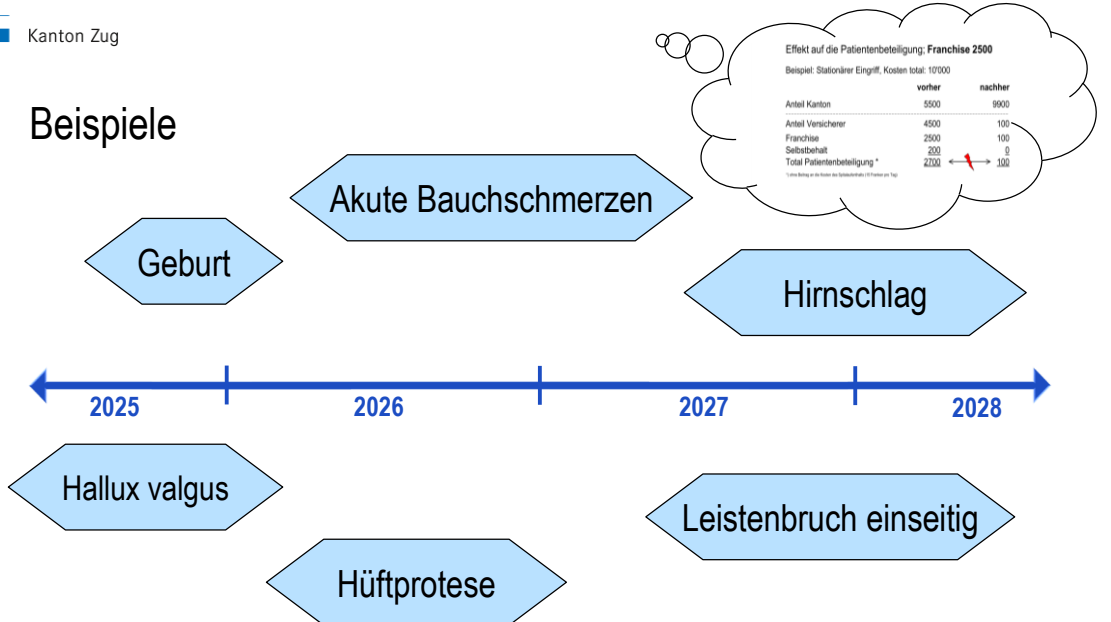
Liste ambulant durchzuführender Eingriffe

Ziffer	Kategorie/CHOP 2014	Bezeichnung	Ziffer	Kategorie/CHOP 2014	Bezeichnung
Liste ambulant durchzuführender Untersuchungen und Behandlungen (Stand ab 1. Januar 2014)					
1. Augen					
1.1 Katarakt					
13.11		Intraokulare Exzision der Linse durch inferoren temporären Zugang	13.19		Intraokulare Exzision der Linse, sonstige
13.19		Intraokulare Exzision der Linse, sonstige	13.2		Extraktive Exzision der Linse durch Intraokulare Exzision
13.41		Extraktive Exzision der Linse durch inferoren temporären Zugang	13.3		Extraktive Exzision der Linse durch inferores Aspektiv- und Intraokulare Verfahren
13.42		Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts	13.41		Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts
13.42		Mechanische Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts durch perkutanen Zugang	13.42		Mechanische Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts
13.43		Mechanische Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts	13.51		Extraktive Exzision der Linse durch inferoren temporären Zugang
13.51		Extraktive Exzision der Linse durch inferoren temporären Zugang	13.59		Extraktive Exzision der Linse, sonstige
13.64		Exzision einer Sekundärmembran (nach Katarakt)	13.65		Exzision einer Sekundärmembran (nach Katarakt)
13.65		Mechanische Phakolyolyse und Aspiration eines Katarakts	13.69		Sonstige Kataraktexzision, sonstige
2. Bewegungsapparat					
2.1 Handchirurgie					
04.42.00		Eröffnung ein Kanaltrakt, n.b.z.	80.20		Arthroskopie des Handgelenks
04.43.10		Eröffnung ein Kanaltrakt, endoskopisch	80.24		Arthroskopie von Hand und Finger
04.43.99		Eröffnung ein Kanaltrakt, sonstige	80.24.00		Arthroskopie von Hand und Finger, n.b.z.
04.45.13		Sonstige Öffnungsoperationen oder Lösung von Adhäsionen an Gelenken der Hand	80.24.10		Partielle (Reihe-) Biopsie an Hand und Finger
80.23		Arthroskopie des Handgelenks	80.24.20		Arthroskopische Gelenkoperation an Hand und Finger
80.24		Arthroskopie von Hand und Finger	80.24.30		Offene Gelenkoperation an Hand und Finger
80.24.00		Arthroskopie von Hand und Finger, n.b.z.	80.24.99		Gelenkoperation an Hand und Finger, sonstige
80.24.10		Partielle (Reihe-) Biopsie an Hand und Finger	80.44.99		Durchtrennung von Gelenkbändern, Ligament oder Knorpel an Hand und Fingern, sonstige
80.24.20		Arthroskopische Gelenkoperation an Hand und Finger			
80.24.30		Offene Gelenkoperation an Hand und Finger			
80.24.99		Gelenkoperation an Hand und Finger, sonstige			
80.44.99		Durchtrennung von Gelenkbändern, Ligament oder Knorpel an Hand und Fingern, sonstige			
3. Kniearthroskopie					
80.20		Arthroskopie des Knies	80.20		Arthroskopie des Knies
80.42.00		Meniskusoperation am Knie, n.b.z.	80.42.10		Meniskusoperation am Knie, arthroskopisch, partiell
80.42.10		Meniskusoperation am Knie, arthroskopisch, partiell	80.42.11		Meniskusoperation am Knie, arthroskopisch, total
80.42.99		Meniskusoperation am Knie, sonstige	80.42.99		Öffnen eines Kniegelenks
80.48.11		Exzision eines Meniscussegmentes am Kniegelenk	80.48.11		Exzision eines Meniscussegmentes am Kniegelenk
80.48.13		Resektion eines Meniscussegmentes am Kniegelenk	81.47.22		Rekonstruktion am Kniegelenk, arthroskopisch
5. Chirurgie					
5.1 Hüftoperationen					
40.40		Eingriffe an Hüftgelenken, n.b.z.	40.41		Resektion von Hüftgelenken
40.41		Resektion von Hüftgelenken	40.42		kapellen an Hüftgelenken
40.42		kapellen an Hüftgelenken	40.43		Kapselentfernung von Hüftgelenken
40.43		Kapselentfernung von Hüftgelenken	40.44		Durchtrennen von Hüftgelenken durch Knochentage
40.44		Durchtrennen von Hüftgelenken durch Knochentage	40.45		Ligament von Hüftgelenken
40.45		Ligament von Hüftgelenken	40.46.00		Exzision von Hüftgelenken, n.b.z.
40.46.00		Exzision von Hüftgelenken, n.b.z.	40.46.10		Exzision von Hüftgelenken, Ligament einer A. femoralis
40.46.10		Exzision von Hüftgelenken, Ligament einer A. femoralis	40.46.11		Exzision von Hüftgelenken mit zusätzlicher Resektion eines
40.46.11		Exzision von Hüftgelenken mit zusätzlicher Resektion eines	40.46.12		Exzision von Hüftgelenken mit zusätzlicher Resektion eines
40.46.12		Exzision von Hüftgelenken mit zusätzlicher Resektion eines	40.46.99		Exzision von Hüftgelenken, sonstige
40.46.99		Exzision von Hüftgelenken, sonstige	40.47		Exzision von Hüftgelenken, sonstige
40.47		Exzision von Hüftgelenken, sonstige	40.49		Eingriffe an Hüftgelenken, sonstige
40.49		Eingriffe an Hüftgelenken, sonstige			
5.2 Hüftoperationen (auch, beiweilen Eingriff mit auch, Eingriffe bei Resektomie)					
52.00		Operation einer Hüftgelenke, n.b.z.	52.05		Operation einer Hüftgelenke, n.b.z.
52.05		Operation einer Hüftgelenke, n.b.z.	52.06.11		Operation einer Hüftgelenke, offen
52.06.11		Operation einer Hüftgelenke, offen	52.06.21		Operation einer Hüftgelenke, offen
52.06.21		Operation einer Hüftgelenke, offen	52.07.11		Operation einer Hüftgelenke, arthroskopisch
52.07.11		Operation einer Hüftgelenke, arthroskopisch	52.07.21		Operation einer Hüftgelenke, arthroskopisch
52.07.21		Operation einer Hüftgelenke, arthroskopisch	52.09		Operation einer Hüftgelenke, sonstige
52.09		Operation einer Hüftgelenke, sonstige			
5.3 Unklare Hüftoperationen					
52.40		Operation einer Unklaren Hüftoperation, n.b.z.	52.41.11		Operation einer Unklaren Hüftoperation, offen
52.41.11		Operation einer Unklaren Hüftoperation, offen	52.41.21		Operation einer Unklaren Hüftoperation, arthroskopisch
52.41.21		Operation einer Unklaren Hüftoperation, arthroskopisch			
5.4 Analfistel					
48.11		Anale Fistulotomie	48.12		Anale Fistulotomie
48.12		Anale Fistulotomie	48.99.10		Fisteloperation von Analfistel
48.99.10		Fisteloperation von Analfistel			
6. Ophthalmologie					
6.1 Eingriffe an der Zervix					
67.1		Exzision des Zervixkanals	67.11.11		Exzision des Zervixkanals
67.11.11		Exzision des Zervixkanals	67.11.12		Exzision des Zervixkanals, offen
67.11.12		Exzision des Zervixkanals, offen	67.12		Sonstige Zervixoperationen
67.12		Sonstige Zervixoperationen	67.19		Diagnostische Massnahmen an der Zervix, sonstige
67.19		Diagnostische Massnahmen an der Zervix, sonstige	67.2		Konisation der Zervix
67.2		Konisation der Zervix			

Beispiele



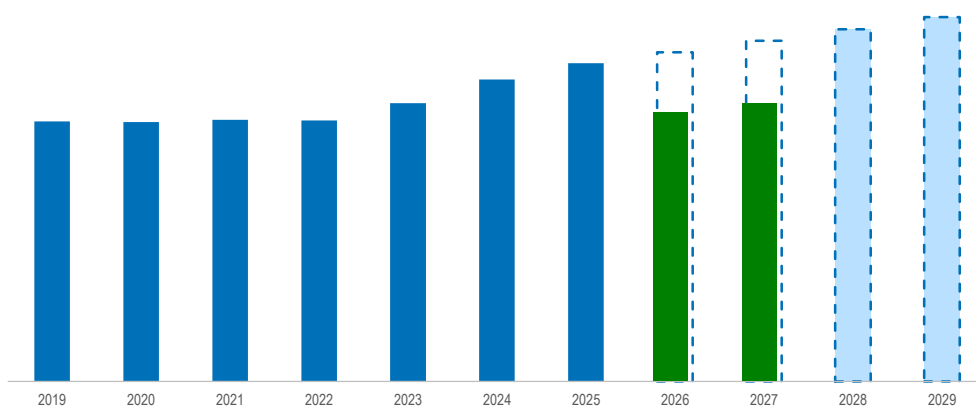
Beispiele



Inhalt

1. Einführung und Überblick
2. Fokus Prämienverbilligung
3. Fokus versorgungspolitische Aspekte
(«ambulant vor stationär», Fehlanreize, Jahresendeffekte)
4. Fokus Prämienverlauf
(Rebound-Effekt, EFAS)

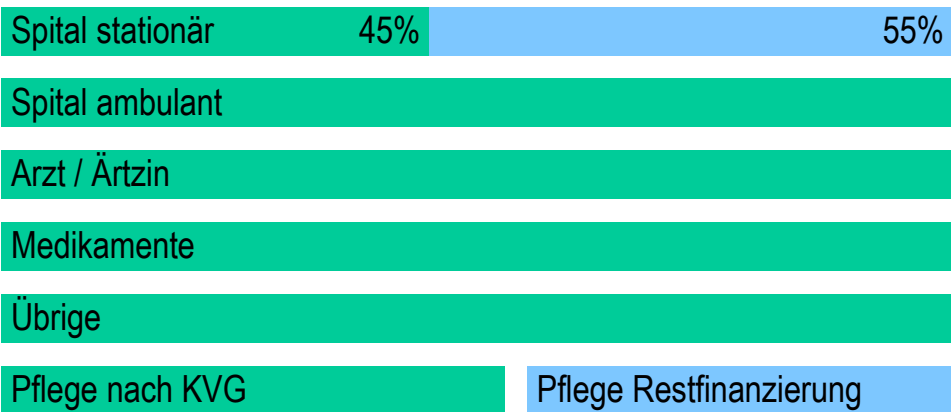
Illustration Prämienverlauf (unverbindliche Simulation)



Krankheitskosten (ohne Pat.beteiligung)



Krankheitskosten (ohne Pat.beteiligung): Aufteilung heute



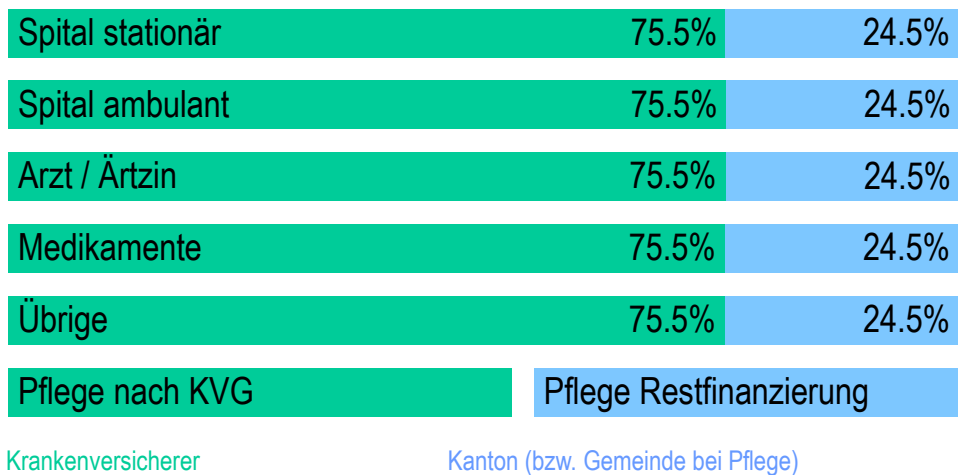
Krankenversicherer

Kanton (bzw. Gemeinde bei Pflege)

Krankheitskosten (ohne Pat.beteiligung): Aufteilung '26/'27



Krankheitskosten (ohne Pat.beteiligung): Aufteilung 2028ff.



Krankheitskosten (ohne Pat.beteiligung): Aufteilung 2022ff.

Spital stationär	73.1%	26.9%
Spital ambulant	73.1%	26.9%
Arzt / Ärztin	73.1%	26.9%
Medikamente	73.1%	26.9%
Übrige	73.1%	26.9%
Pflege	73.1%	26.9%


Krankenversicherer

Kanton (bzw. Gemeinde bei Pflege)

EFAS


 Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederaziun Svizra
 Confederaziun Svizra

Bili 2024
 2024-0001
 2024-0001
 2024-0001



Ablauf der Referendumfrist: 18. April 2024

**Bundesgesetz
 über die Krankenversicherung
 (KVG)
 (Einhelfliche Finanzierung der Leistungen)**

Änderung vom 22. Dezember 2023

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
 nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit
 des Nationalrates vom 5. April 2019
 und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019,
 beschliesst:

I
 Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt
 geändert:

Art. 16 Abs. 2^{90a}
^{90a} Die Berechnung der Risikozuschüge und der Ausgleichsbeträge erfolgt nach Ab-
 zug des Beitrags des Kantons an die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem
 Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an dem die Kantone angemessen
 zu beteiligen sind.

Art. 18 Abs. 2^{90aa}, 2^{90ab} und 3 erster Satz
^{90aa} Sie berechnet und erhebt den Kantonsbeitrag und den Bundesbeitrag nach Arti-
 kel 60 und teilt ihn nach Artikel 60a auf die Versicherer auf. Sie bildet zu diesem
 Zweck einen spezialisierten, autonomen Ausschuss, an dem die Kantone angemessen
 zu beteiligen sind.
^{90ab} Sie kann von den Kantonen gegen Entscheidung weite Vollzugsaufgaben
 übernehmen.

1
 BBl 2019 1419
 2
 BBl 2019 1725
 3
 SR 832.10

2023-7300 BBl 2024 31

Krankenversicherung, BG (Einhelfliche Finanzierung der Leistungen) BBl 2024 31

⁹⁰ Jeder Kanton legt jeweils für das Kalenderjahr spätestens sechs Monate vor dem
 Beginn des Prozentsatz für den Kantonsbeitrag fest. Der Prozentsatz liegt im Mittel
 von 26,9 Prozent.

⁹¹ Der Bundesrat überprüft periodisch den Mindestprozentsatz des Kantonsbeitrags
 nach Absatz 4 und erwidert der Bundesversammlung Bericht.

⁹² Bei Versicherern, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island,
 in Norwegen oder im Vereinigten Königreich wohnen und die eine schweizerische
 Rente beziehen, sowie bei deren Familienangehörigen übernimmt der Bund bei Be-
 handlung in der Schweiz den Anteil an den Kosten, der dem vom Bundesrat nach
 den Leistungsanforderungen nach Absatz 4 festgelegten Prozentsatz für den Kantonsbeitrag
 entspricht. Die Absätze 2 und 3 gelten sinngemäss.

⁹³ Die Versicherer übermitteln der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18) die Daten, die
 für die Berechnung des Kantonsbeitrags und des Bundesbeitrags nötig sind.

⁹⁴ Sie teilen den Kantonen mit, für welche versicherten Personen sie einen Kantons-
 beitrag einfordern. Beschränkt ein Kanton, dass er der Wohnkanton einer versicherten
 Person ist oder als solcher nach Artikel 41 Absatz 2⁹⁰ gilt und er somit für die Lei-
 stungen, die für diese versicherte Person erbracht wurden, einen Kantonsbeitrag ent-
 richten will, erlässt er eine Verfügung.

⁹⁵ Der Versicherer ermöglicht dem Kanton unverzüglich den kostenlosen Zugang zu
 Daten von Rechnungen, die eine einseitige Behandlung in Sinne von Artikel 49 Ab-
 satz 1 betreffen. Der Bundesrat erlässt tätige Vorkehrungen zur Bearbeitung und Wei-
 tergabe der Daten unter Wahrung des Vertrauensschutzprinzips.

⁹⁶ Erachtet der Kanton die Voraussetzungen zur Kostenübernahme als nicht erfüllt, so
 informiert er sofort einen vom Bundesrat festgelegten Fiskus nach Inhalt der Rech-
 nung des Versicherer. Übernimmt der Versicherer die Kosten für die in den beanstan-
 deten Rechnungen abgerechneten Leistungen, so teilt er dies nach dem Kanton mit.
 Wird die Versicherungsleistung im formlosen Verfahren gewährt, so kann der Kanton
 den Erlauf einer Verfügung verlangen.

⁹⁷ Der Kanton ist zur Beschwerde vor dem Versicherungsgericht nach Artikel 58
 ATSG gegen den Entscheid des Versicherers nach Absatz 10 berechtigt. Er kann nur
 folgen, falls:

- a. der Leistungsbeverage die Zulassungsverordnungen nicht erfüllt;
- b. ein nicht zulässiger Tarif angewendet wird;
- c. die Anwendungsmodalitäten eines Tarifs nicht eingehalten werden.

⁹⁸ Die Kantone und der Bund entschließen ihren Beitrag der gemeinsamen Einrichtung.

Einflügen vor dem Gliederungsstiel des 2. Abschnitts

Art. 60a Aufteilung auf die Versicherer
 Der Kantonsbeitrag und der Bundesbeitrag werden auf die einzelnen Versicherer ent-
 sprechend deren für die Berechnung des Kantons- und des Bundesbeitrags mänge-
 lnden Kosten aufgeteilt.

8 / 14