

EFFEKTE EINER EINHEITLICHEN FINANZIERUNG
AMBULANT-STATIONÄR AUF DIE KANTONSBEITRÄGE
PRO FRANCHISENSTUFE



IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich: Gesundheit

Kurzgutachten | 20.09.2019



IMPRESSUM

AUFTRAGGEBERIN

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer | Römerstrasse 20 | CH-4502 Solothurn
Kontaktperson: Dr. Christoph Kilchenmann | Leiter Abteilung Grundlagen

AUFTRAGNEHMERIN

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel | Solothurnerstrasse 94 | CH-4053 Basel
www.gesundheit.iwsb.ch | gesundheit@iwsb.ch | +41 61 281 21 21

AUTOREN

Stefan Meyer	Dr. rer. pol.	Projektleitung	IWSB
Markus Gmünder	Dr. rer. pol.	Qualitätssicherung	IWSB

HINWEIS ZUR VERWENDUNG

Die Studie darf zu kommerziellen Zwecken nicht kopiert oder in einer anderen Form reproduziert werden. Bei der Verwendung der Daten aus der Studie ist die Quelle korrekt zu zitieren und wir bitten um die Zustellung eines Belegexemplars (gesundheit@iwsb.ch).

ZITIERVORSCHLAG

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

ANMERKUNGEN

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeberin übereinstimmen muss.

Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich auf beide Geschlechter.



ZUSAMMENFASSUNG (MANAGEMENT SUMMARY)

BRUTTOANSATZ ODER NETTOANSATZ – ZWEI VARIANTEN FÜR DIE UMSETZUNG VON EFAS

Die Schweizer Kantone finanzieren im heutigen System 55 Prozent der stationären Spitaltarife, während die Tarife der ambulanten Gesundheitsleistungen vollständig durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden. Aufgrund der ungleichen Finanzierung der beiden Bereiche steht das heutige System im Verdacht, einer politisch gewollten Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich im Wege zu stehen. Künftig soll das System entsprechend umgestaltet und eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen («EFAS») eingeführt werden.

Im Raum stehen im Moment zwei Varianten für die Berechnung der Kantonsbeiträge. Einerseits unterstützt eine Mehrheit der nationalrätlichen Gesundheitskommission den sog. Bruttoansatz (Bruttoleistungen als Kostenbasis), während sich der Bundesrat für den Nettoansatz ausspricht (Bruttoleistungen abzgl. Kostenbeteiligung als Kostenbasis). In Abhängigkeit des Ansatzes, sind für die verschiedenen Franchisestufen in der OKP finanzielle Mehr- bzw. Minderbelastungen zu erwarten. Nachfolgende Tabelle zeigt die Wirkung der beiden Lösungen auf die Kantonsbeiträge je Franchisestufe, wobei positive Kantonsbeiträge eine Minderbelastung und negative Kantonsbeiträge eine Mehrbelastung für die Versicherten bedeuten.

VERÄNDERUNG DER KANTONSBEITRÄGE MIT DEM BRUTTO- UND NETTOANSATZ (SCHÄTZUNG) | TOTAL UND PRO KOPF (2017)

Franchise	Bruttoansatz (BA)			Nettoansatz (NA)		
	total		pro Kopf in CHF	total		pro Kopf in CHF
	in Mio. CHF	in %		in Mio. CHF	in %	
300	-0.3	-0.0%	-0.08	+266.9	+5.0%	+86.01
500	+5.4	+0.4%	+6.12	+28.5	+2.2%	+32.36
1000	+4.1	+2.0%	+14.54	-16.2	-8.0%	-58.16
1500	-7.5	-2.0%	-11.02	-73.4	-19.3%	-107.60
2000	-1.8	-2.1%	-8.57	-23.1	-26.6%	-110.93
2500	+0.1	+0.0%	+0.07	-182.6	-30.7%	-103.13
Total	0.0	0.0%	0.00	0.0	0.0%	0.00

Anmerkung: Ohne Berücksichtigung von Kindern. Quelle: SASIS (2019), BFS (2018), Schmid (2017). Berechnung: IWSB.

BRUTTOANSATZ WIRKT SICH NUR MARGINAL AUF KANTONSBEITRÄGE AUS

Wird der Bruttoansatz eingeführt, so dürfte sich an den Kantonsbeiträgen je Franchisestufe kaum etwas ändern. Da die Anteile der ambulanten und stationären Kosten in den unterschiedlichen Franchisen leicht abweichen, ergeben sich für Versicherte mit hohen Franchisen zwar leichte Nachteile. Gleichzeitig werden die Versicherer in Zukunft jedoch vermehrt vom System des *tiers garant* abweichen und auch jene Rechnungen erhalten, welche die Versicherten heute nicht einreichen. Die Schätzungen zeigen, dass sich die beiden Effekte in etwa die Waage halten und die Verteilungswirkung von EFAS nur minimal sein wird.

NETTOANSATZ FÜHRT ZU UMVERTEILUNGEN IM UMFANG VON 295 MIO. CHF

Erhebliche Umverteilungseffekte ergeben sich beim Nettoansatz. Die grössten Verlierer sind die hohen Franchisen. Da die Versicherten mit diesen Verträgen einen Grossteil der Gesundheitskosten selber tragen, erhalten die Versicherer für diese Personen künftig markant weniger Kantonsbeiträge. Insgesamt dürfte der Nettoansatz eine Umverteilung der Kantonsbeiträge von 295 Mio. Franken pro Jahr bewirken. Der Effekt wird sogar noch leicht verstärkt, da sich die stationäre Kostenbeteiligung von Versicherten mit hohen Franchisen bei dieser Umsetzungsvariante erhöhen wird. Dies zeigt eine Modellrechnung. Ob der Nettoansatz damit das Prämiengefüge tangiert, kann aber nicht abschliessend beantwortet werden. Aufgrund der gesetzlichen Maximalrabatte auf Wechselfranchisen und Veränderungen bei der Kostenbeteiligung wird sich die Umverteilung der Kantongelder nicht 1 zu 1 auf die OKP-Prämien auswirken.



1 AUSGANGSLAGE

HINTERGRUND

Die Schweizer Kantone finanzieren im heutigen System 55 Prozent der stationären Spitaltarife. 45 Prozent der Kosten werden entsprechend von den Versicherern getragen. Demgegenüber werden die Tarife der ambulanten Gesundheitsleistungen (z. B. Arztbesuche) vollständig durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert. Aus Sicht der Krankenversicherer wird damit jeder Franken, welcher stationär ausgegeben wird, zu 55 Prozent durch die Kantone «subventioniert». Aufgrund der ungleichen Finanzierung der beiden Bereiche steht das heutige System im Verdacht, einer politisch gewollten Verlagerung von Behandlungen in den ambulanten Bereich im Wege zu stehen.

Künftig soll das System entsprechend umgestaltet und eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen («EFAS») eingeführt werden. Demnach würden sich die Kantone anteilmässig mit einem fixen Prozentsatz an den ambulanten *und* stationären Gesundheitskosten beteiligen. Die Gesetzesänderung ist dabei so umzusetzen, dass weder für die Versicherer noch für die Kantone Mehrkosten entstehen («statische Kostenneutralität»). Die Pflegekosten, an welchen sich die OKP heute pauschal beteiligt, bleiben vom Reformvorschlag (vorerst) unberührt. Mittelfristig soll auch der Bereich der Langzeitpflege anteilmässig von Kantonen und Versicherern getragen werden. Im Pflegebereich müssen dazu allerdings erst gewisse Grundlagen erarbeitet werden.

ZIEL UND AUFBAU DES KURZGUTACHTENS

Je nachdem, in welcher Art und Weise EFAS umgesetzt wird, sind für die verschiedenen Franchisenstufen in der OKP finanzielle Mehr- bzw. Minderbelastungen zu erwarten. Im Raum stehen im Moment zwei Varianten, wie die Kantonsbeiträge künftig berechnet werden sollen¹. Einerseits unterstützt eine Mehrheit der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR) den sogenannten **Bruttoansatz**, während sich der Bundesrat für den **Nettoansatz** ausspricht:

- **Bruttoansatz (BA):** Der Kanton beteiligt sich mit 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherer, also einschliesslich der Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) wird weiterhin auf Basis des prämierten Anteils erhoben.
- **Nettoansatz (NA):** Der Kanton beteiligt sich mit 25.5 Prozent an den Nettoleistungen der Versicherer, also ohne die Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) wird künftig auf Basis der gesamten Bruttoleistungen erhoben (inkl. Kantonsanteil).

Ziel des vorliegenden Kurzgutachtens ist es, zu analysieren, welchen Einfluss Brutto- und Nettoansatz auf die Kantonsbeiträge und damit die Belastung der Versicherten in Abhängigkeit der gewählten Franchise haben.

Der Bericht ist so strukturiert, dass die Wirkung des jeweiligen Ansatzes zuerst anhand eines Modells skizziert wird. Danach wird die Berechnung der künftigen Kantonsbeiträge je Franchisenstufe beschreiben und durchgeführt. Es folgt eine Einordnung der Ergebnisse und eine abschliessende Gegenüberstellung der beiden Ansätze.

¹ Die beiden Ansätze sind in der Stellungnahme des Bundesrats vom 14. August 2019 beschrieben (vgl. Bundesrat, 2019).



2 EFFEKTE VON EFAS AUF DIE KANTONSBEITRÄGE NACH FRANCHISE

KANTONSBEITRÄGE IM HEUTIGEN SYSTEM (STATUS QUO, SQ)

Der Kantonsbeitrag K^{SQ} im heutigen System («Status quo») beträgt für die Versicherten in der Franchisestufe i formal ausgedrückt:

$$K_i^{SQ} = \gamma_{sq} \times C_i^{stat}, \quad (1)$$

wobei γ_{sq} den heutig gültigen Kostenanteil der Kantone darstellt (55%) und C_i^{stat} das Total der OKP-relevanten Kosten der Versicherten mit der Franchise i im stationären Versorgungsbereich. Für jeden Franken, welcher ein Versicherer für eine stationäre Behandlung ausgibt, erhält er einen Betrag von 55 Rappen durch den Kanton zurück. Ein Spitalaufenthalt mit Kosten von 10'000 Franken entspricht damit einem Kantonsbeitrag von 5'500 Franken. Der Kantonsanteil für die Versicherten einer Franchisestufe beträgt somit 55 Prozent der gesamten OKP-relevanten Kosten in diesem Bereich. Die gesamten Kantonsbeiträge für Erwachsene beliefen sich im Jahr 2017 auf knapp 8 Mrd. Franken (vgl. Tab. 1). Ausgedrückt pro Kopf ergeben sich für die tiefen Franchisen viel höhere Beträge als für Personen mit hohen Franchisen. Dies hat damit zu tun, dass der Anteil der Personen mit einem Spitalaufenthalt in den tiefen Franchisen höher ausfällt und die Spitalfälle im Mittel teurer sind.

TAB. 1: KANTONSBEITRÄGE JE FRANCHISE | ERWACHSENE, TOTAL UND PRO KOPF (2017)

Franchisestufe	Kantonsbeitrag in Mio. CHF	Kantonsbeitrag in CHF pro Versicherten
F300	5'375	1'732
F500	1'311	1'490
F1000	203	729
F1500	381	558
F2000	87	418
F2500	594	335
Total	7'951	1'149

Quelle: SASIS (2019). Berechnung: IWSB.

EFFEKTE DES BRUTTOANSATZES (BA) AUF DIE KANTONSBEITRÄGE

Neu sollen beim Bruttoansatz auch die ambulanten Kosten in die Berechnung des Kantonsbeitrags einfließen. Dabei wird der minimale Kantonsanteil γ_b auf 22.6 Prozent festgelegt. Folglich ergibt sich der gesamte Kantonsbeitrag K^{BA} für die Versicherten einer Franchisestufe i als:

$$K_i^{BA} = \gamma_b \times (C_i^{stat} + (1 + \varepsilon_i)C_i^{amb}), \quad (2)$$

wobei C_i^{stat} das Total der OKP-relevanten Kosten im stationären Versorgungsbereich und C_i^{amb} das Total der OKP-pflichtigen Kosten im ambulanten Versorgungsbereich darstellt, welche von den Versicherern erfasst werden. ε_i beschreibt einen Aufschlag auf die erfassten Kosten im ambulanten Bereich und soll dafür korrigieren, dass heute weniger als 100 Prozent der Bruttoleistungen erfasst werden ($\varepsilon_i \geq 0$). Im System des *tiers garant* treten die Patienten als Schuldner auf und begleichen die Rechnung selbst. Sie erhalten den Betrag danach vom Versicherer rückerstattet. Jene Versicherte, die ihre Franchise nicht ausschöpfen, haben jedoch wenig Interesse daran, ihre Rechnung einzureichen. Da die Versicherer im Falles des



Bruttoansatzes aber einen starken Anreiz haben, dass sämtliche Belege eingereicht werden, müssen auch die nicht erfassten Bruttoleistungen im ambulanten Bereich im Modell berücksichtigt werden.

Stellt man die Kantonsbeiträge im heutigen System (K^{SQ}) ins Verhältnis zu den Beiträgen mit dem BA (K^{BA}), so erhält man aus (1) und (2) für die Versicherten mit der Franchise i :

$$\frac{K_i^{BA}}{K_i^{SQ}} = \frac{\gamma_b}{\gamma_{sq}} \times \left(1 + \frac{(1 + \varepsilon_i) C_i^{amb}}{C_i^{stat}} \right). \quad (3)$$

Die Gleichung (3) macht deutlich, dass zwei Dinge dafür entscheidend sind, ob eine Franchisestufe mehr oder aber weniger Kantonsbeiträge erhalten wird. Einerseits fallen Kantongelder für jene Franchisestufen tendenziell höher aus, bei denen der Anteil der ambulanten Kosten überdurchschnittlich hoch ist. Gleichzeitig spielt es eine Rolle, wie hoch der Anteil der heute nicht erfassten ambulanten Kosten innerhalb der Franchisestufe ausfällt. Versicherte in höheren Franchisen dürften davon vermehrt profitieren, da der Anteil der nicht erfassten Rechnungen dort überdurchschnittlich hoch ist.

BERECHNUNG DER KANTONSBEITRÄGE MIT DEM BRUTTOANSATZ (BA)

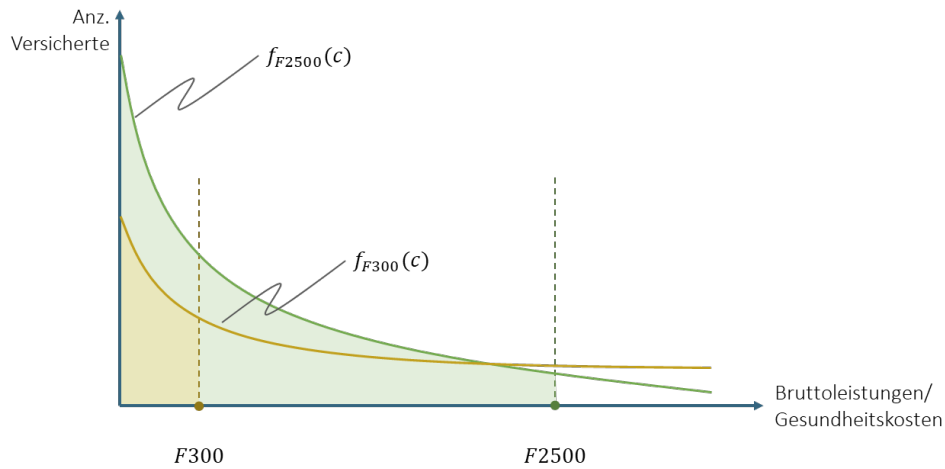
Beim BA bezieht sich der Kantonsbeitrag künftig auf die gesamten Bruttoleistungen eines Versicherten, wobei die Pflegekosten ausgeklammert sind. Sind die tatsächlichen Bruttoleistungen bekannt, kann die resultierende Mehr- bzw. Minderbelastung je Franchisestufe exakt bestimmt werden.

Das Hauptproblem ist dabei, wie beim vorherigen Beschrieb des Modells bereits erwähnt, dass die *erfassten* Bruttoleistungen nicht den *tatsächlichen* Bruttoleistungen entsprechen, sondern tendenziell geringer ausfallen. Im ambulanten Bereich gehen nicht alle Rechnungen direkt zum Versicherer, sondern landen zum Teil beim Patienten (*tiers garant*). Patienten, welche die Franchise im Laufe des Jahres nicht ausschöpfen, haben keinen direkten Anreiz, die Rechnungen an ihre Krankenkasse weiterzuleiten, da sie ohnehin für den gesamten Betrag aufkommen müssen. Dieses Phänomen ist bei jenen Versicherten, die eine hohe Franchisestufe aufweisen (1'500/2'000/2'500 CHF), viel stärker ausgeprägt als bei Person in niedrigeren Stufen (300/500/1'000 CHF). Dies hat a) mit der *Höhe der Franchise* an sich zu tun und b) mit der *Verteilung der tatsächlichen Bruttoleistungen* der Versicherten innerhalb einer Franchisestufe. Während a) einen reinen Effekt der Kostenteilung darstellt, ist b) das Resultat der Selbstselektion der Versicherten. Personen mit erwartungsgemäss hohen Kosten wählen in der Regel tiefere Franchisestufen und *vice versa*.

Abb. 1 macht deutlich, wie gross das Volumenpotenzial der nicht eingereichten Belege für zwei unterschiedliche Franchisen theoretisch einzustufen ist. $f_{F300}(c)$ und $f_{F2500}(c)$ sind die Verteilungen der Bruttoleistungen für die beiden Franchisestufen F300 und F2500. Dabei wird angenommen, dass Versicherte mit einer tiefen Franchise im Mittel höhere Kosten verursachen. Die grün schraffierte Fläche stellt das Total der Kosten jener Personen mit der höchsten Franchise (F2500) dar, welche Bruttoleistungen von weniger als 2'500 Franken verursachen. Demgegenüber beschreibt die gelb schraffierte Fläche die Kosten der Personen mit der tiefsten Franchise (F300), welche weniger als 300 Franken an Bruttoleistungen aufweisen. Die beiden Flächen beschreiben gleichzeitig das Potenzial für das Ausmass der nicht eingereichten Belege. Wie die Grafik zeigt, ist die Grösse der jeweiligen Fläche von der Franchisenhöhe und der Verteilung der effektiven Kosten abhängig.



ABB. 1: POTENZIAL FÜR NICHT EINGEREICHTE AMBULANTE RECHNUNGEN (SCHEMATISCHE DARSTELLUNG)



Darstellung: IWSB.

Als Resultat dieser beiden Effekte ist davon auszugehen, dass der Anteil der nicht erfassten Kostenbeteiligung pro Person überwiegend von der Höhe der Franchise abhängt. Während die nicht erfassten Beträge bei der höchsten Franchise substantiell sein dürften, sind sie bei den tiefen Franchisen tendenziell eher gering. In der Schweiz wurden bislang aber keine Befragungen zu diesem Thema durchgeführt, womit eine verlässliche Datenbasis fehlt.

Gleichzeitig gibt es jedoch Schätzwerte aus unterschiedlichen Quellen. Schmid (2017) erhält mit seinen ökonometrischen Berechnungen auf der Basis von CSS-Daten relativ geringe Werte für die nicht eingereichten Rechnungsbeträge. Demnach seien nur gerade zwischen 6.70 Franken und 9.64 Franken an Kostenbeteiligungen nicht erfasst (pro Person und Jahr). Erwartungsgemäss am höchsten sind diese mit 30.34 Franken bei Versicherten mit einer hohen Franchise (d.h. F2000, F2500), schätzt der Autor. Bezogen auf die gesamte Kostenbeteiligung werden demnach weniger als 2.5 Prozent nicht von den Krankenkassen erfasst². Mit diesem Ansatz und den aktuellen Daten zur Kostenbeteiligung im Jahr 2017 ergibt sich eine nicht erfasste Kostenbeteiligung in der Höhe von 108.5 Mio. CHF. Ecoplan (2013) hat bereits etwas früher einen Wert zur nicht erfassten Kostenbeteiligung geschätzt, der sich auf 200 Mio. Franken beläuft. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei dieser Methode lediglich um eine ad-hoc-Schätzung handelt, welche nicht überprüft werden kann.

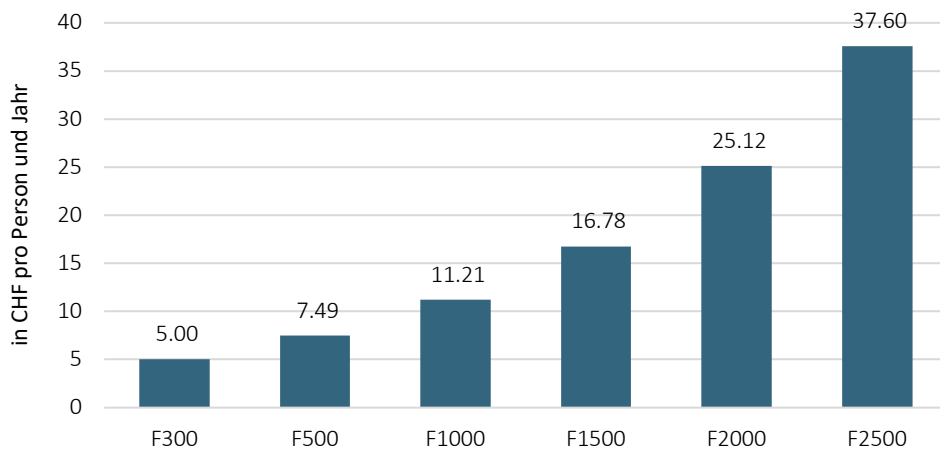
Für die Berechnung der Kantonsbeiträge muss die nicht erfasste Kostenbeteiligung je Franchise geschätzt werden (vgl. Abb. 2). Aufgrund der soliden methodischen Basis von Schmid (2017) werden die Beiträge pro Kopf so kalibriert, dass insgesamt ein Betrag von 108.5 Mio. Franken resultiert. Dieser Wert entspricht der oberen Grenze aus der ökonometrischen Schätzung von Schmid (2017)³. Zugleich wird die nicht erfasste Kostenbeteiligung so festgelegt, dass den hohen Franchisen überproportionale Werte zugesprochen werden. Die Werte reichen auf Basis der SASIS-Daten 2017 von 5.00 Franken pro Kopf (F300) bis hin zu 37.60 Franken pro Kopf (F2500).

² «Our results suggest that less than 2.5% of all out-of-pocket health care expenditures remain undetected in Swiss cantons where the guarantee system is applied. Among individuals with high deductibles, the effect is somewhat larger in relative terms but still economically negligible.» (Schmid, 2017, p. 1811)

³ Die Resultate bleiben bei einer Verwendung der Ergebnisse von Ecoplan (2013) für die Kalibrierung qualitativ dieselben.



ABB. 2: NICHT ERFASSTE KOSTENBETEILIGUNG JE FRANCHISE (SCHÄTZUNG) | IN CHF PRO KOPF



Quelle: SASIS (2019), Schmid (2017). Darstellung und Berechnung: IWSB.

In der nachfolgenden Tabelle ist zu sehen, wie sich die Kantonsbeiträge aufgrund des Bruttoansatzes in etwa verändern dürften (vgl. Tab. 2). Einerseits sind die Veränderungen ohne Berücksichtigung der nicht eingereichten Belege dargestellt («ohne Korrektur»). In den blau schraffierten Feldern werden die Werte mit dem korrigierten Ansatz ausgewiesen («mit Korrektur»). Die Veränderung, die sich ohne Korrektur ergeben, sind ausschliesslich auf die uneinheitlichen Anteile der ambulanten und stationären Kosten zurückzuführen. Personen mit hohen Franchisen weisen i.d.R. anteilmässig etwas weniger ambulante Kosten auf als Personen mit tiefen Franchisen. Da der neue Kantonsanteil für alle Versicherten fix bei 22.6 Prozent zu liegen kommt, ergibt sich diese leichte Verschiebung. Mit der zusätzlichen Korrektur für die nicht eingereichten Belege relativiert sich dieser Effekt jedoch. Da in Zukunft die Versicherer vermehrt vom System des *tiers garant* abweichen dürften, steigen die Bruttoleistungen bei den hohen Franchisen etwas an, da die bis anhin nicht erfassten Beträge nun in die Berechnung miteinfließen. Insgesamt ergibt sich daher mit dem Bruttoansatz praktisch weder für die tiefste noch für die höchste Franchise eine Mehr- bzw. Minderbelastung. Bei den mittleren Franchisen könnte es hingegen zu einer marginalen Umverteilung kommen, welche mit 14.54 Franken pro Kopf und Jahr in der Franchisestufe F1000 am höchsten ausfällt.

TAB. 2: VERÄNDERUNG KANTONSBEITRÄGE JE FRANCHISE | BRUTTOANSATZ, TOTAL UND PRO KOPF (2017)

Franchisestufe	total in Mio. CHF		in CHF pro Versicherten	
	ohne Korrektur	mit Korrektur	ohne Korrektur	mit Korrektur
F300	+12.6	-0.3	+4.06	-0.08
F500	+7.9	+5.4	+9.00	+6.12
F1000	+4.0	+4.1	+14.30	+14.54
F1500	-8.9	-7.5	-13.10	-11.02
F2000	-2.7	-1.8	-12.92	-8.57
F2500	-12.9	+0.1	-7.28	+0.07
Total	0.0	0.0	0.00	0.00

Quelle: SASIS (2019), Schmid (2017). Berechnung: IWSB.



EFFEKTE DES NETTOANSATZES (NA) AUF DIE KANTONSBEITRÄGE

Alternativ soll beim Nettoansatz der Kantonsbeitrag auf den Bruttoleistungen *abzüglich* der Selbstbeteiligung erhoben werden. Dabei wird der minimale Kantonsanteil γ_n auf 25.5 Prozent festgelegt. Folglich ergibt sich der gesamte Kantonsbeitrag K^{NA} für die Versicherten einer Franchisestufe i als:

$$K_i^{NA} = \gamma_n \times (1 - s_i)(C_i^{stat} + C_i^{amb}), \quad (4)$$

wobei s_i den Anteil der Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt) am Gesamt der Bruttoleistungen darstellt. Die Kostenbeteiligung ist dabei sehr stark abhängig von der Franchise. Heute beträgt der Anteil der selbst getragenen Kosten bei Versicherten in der tiefsten Franchise (F300) 8.9 Prozent der Bruttoleistungen. Bei Versicherten der höchsten Franchise (F2500) ergibt sich hingegen ein Anteil von 47.3 Prozent (SASIS, 2017).

Stellt man nun die Kantonsbeiträge im heutigen System (K^{SQ}) ins Verhältnis zu den Beiträgen mit dem NA (K^{NA}), so erhält man mit (1) und (4) für die Versicherten mit der Franchise i :

$$\frac{K_i^{NA}}{K_i^{SQ}} = \frac{\gamma_n}{\gamma_{sq}} \times \frac{(1 - s_i)(C_i^{stat} + C_i^{amb})}{C_i^{stat}}. \quad (5)$$

Gleichung (5) verdeutlicht, dass auch hier das Verhältnis der ambulanten zu den stationären Kosten darüber entscheidet, in welche Richtung sich die Kantonsbeiträge theoretisch verschieben. Dieser Effekt wird aber überlagert vom viel stärkeren Effekt der Kostenbeteiligung. Je grösser der Anteil der selbst getragenen Gesundheitskosten in einer Franchise ist, desto stärker verlieren die Versicherten in Bezug auf die Kantonsbeiträge. Tendenziell resultiert für die höchste Franchise die grösste Mehrbelastung, während die tiefen Franchisen profitieren, da $s_{2500} > s_{2000} > \dots > s_{500} > s_{300} > 0$.

BERECHNUNG DER KANTONSBEITRÄGE MIT DEM NETTOANSATZ (NA)

Auch bei der Berechnung des sogenannten Nettoansatzes (NA) ist eine zusätzliche Annahme über die Kostenbeteiligung zu treffen. Die Kostenbeteiligung der Versicherten erhöht sich bei diesem Ansatz, da diese nun auf einer neuen Kostenbasis kalkuliert wird. Neu dient der gesamte Kostenblock im stationären Bereich (= Kanton + OKP) für die Berechnung der Kostenbeteiligung und nicht nur (wie bisher) die 45 Prozent der Tarife, die von der OKP finanziert werden. Wie die formale Darstellung gezeigt hat, ist es für die Berechnung des Effekts zentral, dass der Anteil der Kostenbeteiligung an den gesamten Bruttoleistungen (s_i) bekannt ist.

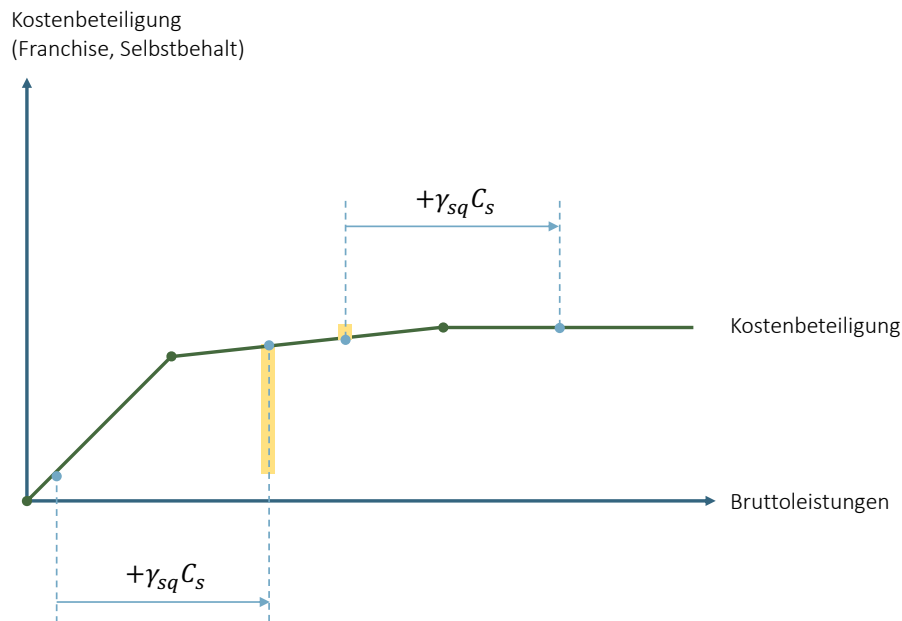
Eine Schwierigkeit bei der Berechnung ist Umstand, dass sich eine Erhöhung der Bruttoleistungen sehr individuell auf die Kostenbeteiligung eines einzelnen Versicherten auswirkt. Um den Gesamteffekt der Kostenbeteiligung exakt berechnen zu können, wären daher Individualdaten auf der Ebene des einzelnen Versicherten erforderlich.

Die folgende Abb. 3 schildert die Problematik. Für eine Person mit einer Spitalbehandlung erhöhen sich im Falle des NA die Bruttoleistungen um den Betrag $\gamma_{sq}C_s$, wobei C_s die gesamten Kosten des Spitalaufenthalts darstellt und γ_{sq} den heutigen Kantonsanteil an den Spalkosten von 55 Prozent. Derselbe Kostenanstieg wirkt auf jeden Versicherten anders. Die Erhöhung der Kostenbeteiligung ist dabei nicht nur von der gewählten Franchise abhängig, sondern kann sich für die Versicherten innerhalb einer Franchisestufe unterschiedlich auswirken. Generell lässt sich festhalten, dass die Kostenbeteiligung umso stärker steigt (gelber Balken in Abb. 3), je geringer die in Anspruch genommenen Bruttoleistungen des Versicherten im



Ausgangszustand sind. Für Personen mit bereits sehr hohen Kosten haben die zusätzlichen Bruttoleistungen $\gamma_{sq} C_s$ überhaupt keine Auswirkungen mehr auf deren Kostenbeteiligung.

ABB. 3: WIRKUNG EINER KOSTENERHÖHUNG AUF DIE KOSTENBETEILIGUNG IN DER OKP (SCHEMATISCHE DARSTELLUNG)



Darstellung: IWSB.

Da bei der Berechnung des Effekts ausgeprägte Schwelleneffekte auftreten, ist eine Kalkulation der zusätzlichen Kostenbeteiligung auf der Basis von Aggregaten nicht möglich und kann zu einer starken Über- bzw. Unterschätzung des tatsächlichen Effekts führen. Die Schwierigkeit wird um eine zusätzliche Dimension erweitert, da nur eine Minderheit der Versicherten innerhalb einer Franchisestufe überhaupt einen Spitalaufenthalt aufweisen. Nur bei diesen Personen kann per Definition eine Zunahme der Kostenbeteiligung resultieren; bei allen anderen Versicherten bleibt die Kostenbeteiligung unverändert.

Es gibt mehrere Gründe, weshalb vor allem die hohen Franchisen durch die steigenden stationären Kosten belastet werden. Alleine aufgrund der Franchisenhöhe wirkt sich ein Mehrbezug von Leistungen – ausgehend von einem identischen Kostenniveau – für Personen mit einer höheren Franchise stärker auf die Kostenbeteiligung aus. Gleichzeitig weist eine Durchschnittsperson mit der höchsten Franchise substantiell weniger Bruttoleistungen im ambulanten Bereich (ebenso im Pflegebereich) auf als ein Versicherter der tieferen Franchisen. Ausgehend von diesen tiefen Bruttoleistungen wirkt sich eine Kostenerhöhung stets relativ stark aus – bis zu 2'500 Franken sogar im Verhältnis 1 zu 1.

Da ohne Individualdaten eine exakte Berechnung nicht möglich ist, wird folglich versucht, eine bestmögliche Schätzung der Zusatzbelastung zu berechnen. Dabei werden die Daten zu den Bruttoleistungen und Kostenbeteiligungen mit den Angaben über die Anzahl der Spitalfälle je Franchise (SASIS-Daten) und weiteren Angaben des BFS (2017) verknüpft. Auf Basis dieser Daten kann näherungsweise abgeschätzt werden, bei wie vielen Versicherten im Jahr 2017 entweder *kein*, *ein* oder *zwei* Spitalaufenthalte angefallen sind. Für die tiefste Franchise ergeben sich z. B. rund 670'000 Patientinnen und Patienten (= 21.6% der Versicherten), für die höchste Franchise sind es rund 103'000 Patientinnen und Patienten (= 5.8% der Versicherten).



Mit diesen Angaben wird die Kostenbeteiligung innerhalb einer Franchise für die drei «Typen von Versicherten» getrennt berechnet, einmal ohne EFAS («Status quo») und einmal bei Implementierung des Nettoansatzes. Bei Verwendung dieses Ansatzes ergibt sich eine Mehrbelastung der Versicherten in Bezug auf die Kostenbeteiligung von insgesamt 26.4 Mio. Franken pro Jahr (vgl. Tab. 3)⁴. Dieser Wert ist relativ klein und entspricht rund 0.6 Prozent der heutigen Kostenbeteiligung ambulant und stationär (2017). Keine bzw. sehr geringe Mehrbelastungen ergeben sich für die tiefen und mittleren Franchisen, während sich die hohen Franchisen bis zu 10 Franken pro Kopf zusätzlich an den Kosten beteiligen müssen.

TAB. 3: ZUSÄTZL. KOSTENBETEILIGUNG JE FRANCHISE (SCHÄTZUNG) | NETTOANSATZ, TOTAL UND PRO KOPF (2017)

Franchisenstufe	zusätzliche Kostenbeteiligung	
	total in Mio. CHF	in CHF pro Versicherten
F300	0.00	0.00
F500	0.00	0.00
F1000	+1.88	+6.75
F1500	+4.24	+6.22
F2000	+2.06	+9.91
F2500	+18.20	+10.28
Total	+26.40	+3.81

Quelle: SASIS (2019), BFS (2018). Berechnung: IWSB.

Wie Tab. 4 zeigt, hat die zusätzliche Berücksichtigung der höheren Kostenbeteiligung in den blau hinterlegten Feldern («mit Korrektur») im stationären Bereich im Vergleich ohne die zusätzliche Kostenbeteiligung («ohne Korrektur») keinen entscheidenden Effekt auf die Veränderung der Kantonsbeiträge im Nettoansatz. Allgemein werden sich die Kantonsbeiträge mit dem NA aber relativ stark zu den tiefen Franchisen hin verlagern (wobei die Berücksichtigung der höheren Kostenbeteiligung diesen Effekt minimal verstärkt). Insgesamt werden bei Implementierung des Nettoansatzes rund 295 Mio. Franken von den mittleren und hohen Franchisen zu den tiefen Franchisen transferiert. Pro Kopf gerechnet verlieren die Franchisenstufen F1500, F2000 und F2500 jeweils über 100 Franken. Absolut wie auch pro Kopf gerechnet am stärksten profitiert die tiefste Franchisenstufe F300.

TAB. 4: VERÄNDERUNG KANTONSBEITRÄGE JE FRANCHISE | NETTOANSATZ, TOTAL UND PRO KOPF (2017)

Franchisenstufe	total in Mio. CHF		in CHF pro Versicherten	
	ohne Korrektur	mit Korrektur	ohne Korrektur	mit Korrektur
F300	262.2	266.9	84.50	86.01
F500	27.4	28.5	31.09	32.36
F1000	-15.9	-16.2	-57.02	-58.16
F1500	-72.6	-73.4	-106.42	-107.60
F2000	-22.6	-23.1	-108.69	-110.93
F2500	-178.3	-182.6	-100.74	-103.13
Total	0.0	0.0	0.00	0.00

Quelle: SASIS (2019), BFS (2017). Berechnung: IWSB.

⁴ Die Berechnungsweise ist nach wie vor nicht vollständig akkurat, da die vereinfachte Annahme getroffen wird, dass sich die Bruttoleistungen im ambulanten Bereich und im Pflegebereich zwischen den Personen einer Franchisenstufe nicht unterscheiden. Auf diese zusätzliche Annahme kann aber nur dann verzichtet werden, wenn Individualdaten der Versicherten verwendet werden, welche jedoch nicht zur Verfügung stehen.



3 EINORDNUNG UND GEGENÜBERSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Die Berechnungen des **Bruttoansatzes** haben gezeigt, dass sich damit an der Verteilung der Kantonsbeiträge über die verschiedenen Franchisen hinweg **nicht viel ändern** wird (vgl. Tab. 5, linke Spalten). Die unterschiedlichen Anteile bei den ambulanten Kosten und die künftige Erfassung der nicht eingereichten Rechnungsbelege wirken in entgegengesetzte Richtungen. Damit dürfte sich am Prämiengefüge wenig ändern. Da weder bei den tiefen noch bei den hohen Prämien ein Preisdruck entsteht, sind dadurch keine Prämienanpassungen zu erwarten.

TAB. 5: VERÄNDERUNG KANTONSBEITRÄGE MIT BRUTTO- UND NETTOANSATZ | PRO KOPF, IN CHF UND IN % (2017)

Franchisenstufe	Bruttoansatz (BA)		Nettoansatz (NA)	
	absolut (in CHF)	relativ (in %)	absolut (in CHF)	relativ (in %)
F300	-0.08	-0.00%	86.01	+4.97%
F500	+6.12	+0.41%	32.36	+2.17%
F1000	+14.54	+2.00%	-58.16	-7.98%
F1500	-11.02	-1.97%	-107.60	-19.27%
F2000	-8.57	-2.05%	-110.93	-26.56%
F2500	+0.07	+0.02%	-103.13	-30.74%
Total	0.00	0.00%	0.00	0.00%

Quelle: SASIS (2019), BFS (2018), Schmid (2017). Berechnung: IWSB.

Anders dürfte sich die Situation dann präsentieren, wenn der **Nettoansatz** gewählt wird. Die deutliche Umverteilung der Kantonsbeiträge **belastet die hohen Franchisen** stark, während die **tiefen Franchisen entlastet** werden. Äusserst deutlich fällt die Wirkung bei den Franchisenstufen F1500, F2000 und F2500 aus; dort reduzieren sich die kantonalen Beiträge pro Kopf um bis zu 30 Prozent im Vergleich zu heute.

Da sich am System des Risikoausgleichs nichts verändert, wäre eigentlich zu erwarten, dass es zu einer Nivellierung der Prämien kommt. Während die fehlenden Kantonsbeiträge in den hohen Franchisen einen Prämien Schub nach sich ziehen, werden die Prämien der tiefen Franchisen entlastet. Dabei sind allerdings mehrere Dinge zu berücksichtigen. Zum einen ist der Prämienrabatt bei Wahlfranchisen im heutigen System begrenzt und beträgt für die höchste Franchise (F2500) 1'540 Franken pro Jahr. Es ist daher unklar, ob sich ein Rückgang der kantonalen Beiträge direkt und in vollem Umfang in einer Prämienenerhöhung äussert (vgl. BAG, 2018). Gleichzeitig erhöht sich im Nettoansatz die Kostenbeteiligung bei den mittleren und hohen Franchisen. Dies wirkt dem fehlenden Kantonsbeitrag entgegen, da die Versicherten für einen Teil der fehlenden Kantonsbeiträge gleich selbst aufkommen. Aufgrund des geringen Ausmasses der zusätzlichen Kostenbeteiligung dürfte sich dieser Effekt allerdings in Grenzen halten.



A ANHANG

QUELLEN

BAG (2018): *Varianten im Umgang mit der Kostenbeteiligung und kantonal unterschiedliche Bedeutung des stationären Spitalsektors*. Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 5. März 2018.

BFS (2017): Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017. Standardtabellen.

Bundesrat (2019): Stellungnahme des Bundesrates vom 14. August 2019 zum Bericht der SGK-N vom 5. April 2019 (BBI 2019 3499).

Ecoplan (2013): *Umverteilungseffekte in der obligatorischen Krankenversicherung. Mikrosimulation für die Schweizer Bevölkerung auf Basis der SILC-Erhebung unter Berücksichtigung der kantonalen Strukturen*. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit.

SASIS (2019): Monatsdaten Datenpool 7/2019, Behandlungszeitraum 2017.

Schmid, C. (2017): «Unobserved health care expenditures: How important is censoring in register data?». *Health Economics* 16(12): 1807-1812.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Potenzial für nicht eingereichte ambulante Rechnungen (schematische Darstellung)	4
Abb. 2: Nicht erfasste Kostenbeteiligung je Franchise (Schätzung) in CHF pro Kopf	5
Abb. 3: Wirkung einer Kostenerhöhung auf die Kostenbeteiligung in der OKP (schematische Darstellung)	7

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Kantonsbeiträge je Franchise Erwachsene, total und pro Kopf (2017)	2
Tab. 2: Veränderung Kantonsbeiträge je Franchise Bruttoansatz, total und pro Kopf (2017)	5
Tab. 3: Zusätzl. Kostenbeteiligung je Franchise (Schätzung) Nettoansatz, total und pro Kopf (2017)	8
Tab. 4: Veränderung Kantonsbeiträge je Franchise Nettoansatz, total und pro Kopf (2017)	8
Tab. 5: Veränderung Kantonsbeiträge mit Brutto- und Nettoansatz pro Kopf, in CHF und in % (2017)	9