

Bundesamt für Gesundheit BAG

Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe Schlussbericht Wohn- oder Standortkanton?

Zürich, 10. Juli 2020

Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar

Impressum

Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe
Schlussbericht Wohn- oder Standortkanton?

Schlussbericht
Zürich, 10. Juli 2020

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Tarife und Grundlagen
Christian Marti, Christian Vogt

Autorinnen und Autoren

Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar
INFRAS, Binzstrasse 23, 8045 Zürich
Tel. +41 44 205 95 95
zuerich@infrasc.ch

Begleitgruppe

EFV: Carsten Colombier, Eva Matter, Thomas Brändle (bis November 2019)
SECO: Dominik Hauri

Inhalt

Executive Summary	5
Ausgangslage und Konzept der Zielvorgabe	5
Vor- und Nachteile der Prinzipien Wohnkanton und Standortkanton	6
Varianten zur Umsetzung des Wohnkantonprinzips	7
Fazit	8
1. Auftrag	10
2. Ziele und Konzept der Zielvorgaben	11
3. Grundlagen zum Standortkanton- und Wohnkantonprinzip	12
3.1. Funktionsweise der Prinzipien	12
3.2. Heutige Regelungen bei der Tarif- und Prämienfestlegung	14
3.3. Patientenströme zwischen den Kantonen	16
4. Vor- und Nachteile der beiden Prinzipien	18
4.1. Wohnkantonprinzip	19
4.1.1. Vorteile	19
4.1.2. Nachteile	20
4.2. Standortkantonprinzip	22
4.2.1. Vorteile	22
4.2.2. Nachteile	24
4.3. Fazit	24
5. Varianten zur Umsetzung des Wohnkantonprinzips	25
5.1. Variante 1: Wohnkantontarif nur bei substanziellen Mengen	25
5.2. Variante 2: Abrechnung nach Standortkantontarif, Vergütung mit Wohnkantontarif	26
5.3. Variante 3: Gemeinsame Zielvorgaben für ausserkantonale Leistungen	28
5.4. Fazit	29
6. Gesamtfazit	31
Literatur	32

Executive Summary

Ausgangslage und Konzept der Zielvorgabe

Ausgehend von seinem Kostendämpfungsprogramm vom März 2018 beschloss der Bundesrat am 8. März 2019 eine Vernehmlassungsvorlage zur Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erarbeiten zu lassen. Im Zuge der Erarbeitung der Vernehmlassungsvorlage durch das BAG, die EFV und das SECO haben sich verschiedene Fragen ergeben, welche die praktische Umsetzung im Detail betreffen. Der vorliegende Bericht behandelt die Fragen zur Umsetzung der Zielvorgaben auf kantonaler Ebene:

- Wie lässt sich eine Zielvorgabe sowie allfällige Korrekturmassnahmen unter Berücksichtigung des Wohnkantons der versicherten Person möglichst einfach umsetzen?
- Wie sähe subsidiär eine Umsetzung mit Bezug zum Standortkanton der Leistungserbringer aus?

Die hier behandelten Aspekte der Umsetzung werden falls nötig auf Verordnungsebene präzisiert oder nach der Vernehmlassung im Gesetz ergänzt.

Zielvorgabe auf drei Ebenen

Die Zielvorgabe soll gemäss Gesetzesentwurf jährlich auf **drei Ebenen** festgelegt werden: Erstens legt der Bundesrat auf der nationalen Ebene die Zielvorgabe für die Gesamtausgaben fest (**nationales Gesamtkostenziel**). Das Kostenziel wird auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen. Neben den Zielempfehlungen für jeden Kanton setzt der Bundesrat eine (einheitliche) verbindliche Toleranzmarge oberhalb seiner Empfehlung fest, innerhalb derselben die Kantone das Ziel frei wählen können. Zweitens legt jeder einzelne Kanton ein **kantonales Gesamtkostenziel** innerhalb der verbindlichen Toleranzmarge rund um die Empfehlung des Bundes fest. Drittens teilen die einzelnen Kantone ihre jeweiligen kantonalen Gesamtkostenziele auf die vom Bundesrat vordefinierten **Kostenblöcke** auf.

Auf kantonaler Ebene ist noch offen, ob das Standortkanton- oder Wohnkantonprinzip angewendet werden soll. Je nach Prinzip umfasst die Zielvorgabe andere Ausgaben:

Wohnkantonprinzip vs. Standortkantonprinzip

- Beim **Prinzip Wohnkanton** umfasst die Zielvorgabe alle OKP-Ausgaben der Versicherten, die in dem Kanton leben, unabhängig davon, ob sie die Leistung im Kanton selbst oder in einem anderen Kanton erhalten haben. Die Kantone legen somit die Zielvorgabe für das Versichertenkollektiv des Kantons fest.

- Beim **Prinzip Standortkanton** bezieht sich die Zielvorgabe auf die OKP-Ausgaben, welche bei den Leistungserbringern, die im Kanton tätig sind, entstehen. Sie umfasst somit auch Ausgaben von Versicherten aus anderen Kantonen. Die Kantone legen somit die Zielvorgabe für das Leistungserbringerkollektiv des Kantons fest.

Korrekturmassnahmen

Bei einer Zielüberschreitung können resp. müssen die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) prospektive Korrekturmassnahmen ergreifen. Prospektive Korrekturmassnahmen sind zunächst von den Tarifpartnern selbst vorzunehmen bzw. im Rahmen von Tarifverträgen zu vereinbaren. Kommen die Tarifpartner dem nicht nach, können resp. müssen die Kantonsregierungen selbst Massnahmen verfügen, damit die Zielvorgaben eingehalten werden können.

Vor- und Nachteile der Prinzipien Wohnkanton und Standortkanton

Die Frage, ob sich die Zielvorgabe auf die Ausgaben des Wohnkantons oder des Standortkantons beziehen soll, ist insbesondere dann relevant, wenn die Zielvorgaben nicht eingehalten werden können und Korrekturmassnahmen ergriffen werden. Je nach Prinzip ergeben sich bei der Umsetzung von Korrekturmassnahmen für Leistungserbringer und Versicherte folgende Konsequenzen:

- **Standortkantonprinzip:** Ergreift ein Kanton Korrekturmassnahmen (beispielsweise eine Senkung des TARMED-Taxpunktwertes), gilt der neue Tarif für alle PatientInnen, die in diesem Kanton Leistungen in Anspruch nehmen. Das bedeutet, von der Tarifänderung sind nur die Leistungserbringer in diesem Kanton betroffen. Der Entscheid eines Kantons beeinflusst hingegen die Prämien der Versicherten von anderen Kantonen. Senkt beispielsweise der Kanton Zürich die Tarife, weil die Zielvorgaben überschritten wurden, wirkt sich dies begünstigend auf die Prämien der Aargauer aus, da diese sich häufig im Kanton Zürich behandeln lassen. Versäumt der Kanton Zürich hingegen eine solche Senkung, steigen die Prämien der Aargauer, ohne dass der Kanton Aargau eine Handhabe dagegen hätte.
- **Wohnkantonprinzip:** Ergreift ein Kanton beim Wohnkantonprinzip Korrekturmassnahmen, gelten die korrigierten Tarife für die PatientInnen, die in diesem Kanton ihren Wohnsitz haben. Lassen diese sich in einem anderen Kanton behandeln, muss der Leistungserbringer den Patienten zum Tarif des Wohnkantons des Patienten behandeln. Somit müssen die Leistungserbringer im Extremfall 26 verschiedenen Tarife anwenden und diese entsprechend bei Korrekturmassnahmen jeweils anpassen. Hingegen sind beim Wohnkantonprinzip lediglich die Versicherten des eigenen Kantons von den Entscheiden des Kantons betroffen.

Die Vor- und Nachteile der beiden Prinzipien sind in der folgenden Tabelle systematisch analysiert und zusammengefasst. Grundlage für die Analyse bildeten Interviews mit einzelnen Akteuren (Kanton, Spital, Versicherer) sowie Dokumentenanalysen.

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der Prinzipien Wohnkanton/Standortkanton

Beurteilungskriterien	Wohnkantonprinzip	Standortkantonprinzip
Fiskalische Äquivalenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingehalten: Entscheide des Kantons wirken sich nur auf die Prämien der Versicherten im Kanton aus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht eingehalten: Prämien der Versicherten werden durch ausserkantonale Leistungen/Entscheide anderer Kantone mitbeeinflusst.
Rahmenbedingungen für die Einhaltung der Zielvorgabe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlechtere Rahmenbedingungen: Leistungserbringer müssen sich über die Kantonsgrenzen hinweg koordinieren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bessere Rahmenbedingungen, da die Versorgungsstrukturen vornehmlich kantonal geprägt sind.
Fehlanreize Ineffizienzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlanreize für Leistungserbringer, ausserkantonale PatientInnen anders zu behandeln: Mengenausweitung bei höheren Tarifen, Qualitätsabstriche bei tieferen Tarifen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Fehlanreize: Für alle PatientInnen gelten die gleichen Tarife.
Kosten und administrativer Aufwand für Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr hoch: Leistungserbringer sind mit mehr unterschiedlichen Tarifen konfrontiert. Dies bedingt IT-Systemänderungen, mehr Systempflege, höheren Kontrollaufwand. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tief: Entspricht heutigem System.
Kompatibilität mit gesetzlichen Grundlagen und Verträgen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig kompatibel: Bedingt Änderungen der Tarifverträge. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompatibel: Entspricht heutigem System.
Aufwand zur Berechnung der Zielvorgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einfacher als bei Standortkantonprinzip 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ schwieriger als bei Wohnkantonprinzip. Bedingt neue Datenerhebung oder Schätzungen aufgrund von Annahmen.

Varianten zur Umsetzung des Wohnkantonprinzips

Wie die obige Tabelle zeigt, hat das Wohnkantonprinzip gegenüber dem Standortkantonprinzip den Nachteil, dass die Umsetzung anspruchsvoll und administrativ aufwändiger wäre. Der vorliegende Bericht prüft drei Varianten für eine möglichst administrativ schlanke Umsetzung des Wohnkantonprinzips:

- Variante 1: Wohnkantontarif nur bei substantiellen Mengen: Bei Variante 1 würde der Wohnkantontarif von ausserkantonalen PatientInnen nur zum Zuge kommen, wenn der Anteil der ausserkantonalen Leistungen aus dem betreffenden Kanton substantiell ist.

- Variante 2: Abrechnung nach Standortkantontarif, Vergütung mit Wohnkantontarif: Bei Variante 2 rechnen die Leistungserbringer wie beim Standortkantonprinzip immer mit dem Tarif des Standortkantons ab. Die Versicherung (und der Kanton bei stationären Leistungen) übernimmt die Kosten maximal bis zum Tarif, der für die Versicherten des Wohnkantons gilt. Falls im Wohnkanton ein tieferer Tarif gilt, müssen die Versicherten die Differenz selbst übernehmen.
- Variante 3: Gemeinsame Zielvorgaben für ausserkantonale Leistungen: Bei Variante 3 gilt für ausserkantonale Leistungen beispielsweise innerhalb von Versorgungsregionen eine eigene Zielvorgabe. Die Leistungserbringer rechnen ausserkantonale Leistungen mit dem Tarif des Standortkantons ab. Wird die Zielvorgabe für ausserkantonale Leistungen überschritten, müssen sich die Kantone koordinieren und entscheiden, ob und welche Korrekturmassnahmen sie ergreifen. Die Leistungserbringer wären mit zwei Abrechnungstarifen konfrontiert, den ihres Standortkantons und den für ausserkantonale Leistungen.

Keine administrativ schlanke Umsetzung ohne Einbussen möglich

Die Analyse der drei Varianten zeigt, dass keine der drei Varianten klare Vorteile gegenüber den anderen Varianten bringt: Variante 1 bringt nur wenig administrative Erleichterung. Andere Nachteile des Wohnkantonprinzips bleiben aber bestehen. Variante 2 wäre die eleganteste Lösung hinsichtlich der Umsetzung, denn sie ist mit kaum zusätzlichen administrativen Aufwand verbunden. Zudem wäre nur das Leistungserbringerkollektiv innerhalb des Wohnkantons direkt von den Korrekturmassnahmen betroffen. Ein Problem ist jedoch, dass diese Variante die Patientenfreizügigkeit einschränkt und auf wenig Akzeptanz in der Bevölkerung stossen dürfte. Bei Variante 3 ist die Machbarkeit für die Umsetzung schwer einzuschätzen. Sie dürfte jedoch bei den Kantonen auf wenig Akzeptanz stossen.

Fazit

Ein Vorteil des Wohnkantonprinzips ist, dass es die fiskalische Äquivalenz sicherstellt, d.h. dass vom Entscheid der Kantone, Korrekturmassnahmen zu ergreifen oder dies zu unterlassen, nur die StimmbürgerInnen dieses Kantons betroffen sind. Das gleiche gilt für die kantonalen Finanzen: Die kantonalen Budgets können beim Wohnkantonprinzip nicht durch Tarifentscheide anderer Kantone beeinflusst werden. Ein zweiter Vorteil ist, dass die Herleitung der Zielvorgaben nach dem Wohnkantonprinzip weniger aufwändig ist.

Dagegen verdeutlicht der Bericht, dass das Standortkantonprinzip insgesamt mehr Vorteile gegenüber dem Wohnkantonprinzip hat:

- Es wäre administrativ deutlich einfacher umzusetzen und wäre mit den bestehenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Grundlagen stärker kompatibel.

- Von den Korrekturmassnahmen eines Kantons wären nur die Leistungserbringer betroffen, die in diesem Kanton angesiedelt sind. Beim Wohnkantonprinzip hingegen müssten die Leistungserbringer aus verschiedenen Kantonen sich koordinieren, um darauf hinzuwirken, dass die Zielvorgaben eingehalten werden können.
- Es wäre mit weniger Fehlanreizen für die Leistungserbringer verbunden. Da für alle PatientInnen der gleiche Tarif gilt, haben die Leistungserbringer keine Anreize, PatientInnen unterschiedlich zu behandeln.
- Die Herleitung einer Zielvorgabe nach dem Standortkantonprinzip wäre zwar aufwändiger, aber dennoch eine lösbare Aufgabe.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht der AutorInnen das Wohnkantonprinzip nur zu priorisieren, wenn die fiskalische Äquivalenz für den Bundesrat und die Kantone stark im Vordergrund steht und stärker gewichtet wird als alle damit einhergehenden Nachteile.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im nachfolgenden Text nicht immer männliche und weibliche Sprachformen verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

1. Auftrag

Ausgangslage

Ausgehend von seinem Kostendämpfungsprogramm vom März 2018 beschloss der Bundesrat am 8. März 2019 eine Vernehmlassungsvorlage zur Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erarbeiten zu lassen. Im Zuge der Erarbeitung der Vernehmlassungsvorlage durch das BAG, die EFV und das SECO haben sich verschiedene Fragen ergeben, welche die praktische Umsetzung im Detail betreffen. Das BAG hat INFRAS den Auftrag erteilt, eine Studie zur Klärung der Umsetzungsfragen zu erstellen. Spezifische Umsetzungsaspekte sollen falls nötig auf Verordnungsebene präzisiert werden oder nach der Vernehmlassung im Gesetz ergänzt werden.

Fragestellung

Dieser Teil der Studie diskutiert Umsetzungsfragen zur Einführung einer Zielvorgabe auf kantonalen Ebene. Konkret sollen folgende Umsetzungsfragen beantwortet werden:

- Wie lässt sich eine Zielvorgabe sowie allfällige Korrekturmassnahmen unter Berücksichtigung des Wohnkantons der versicherten Person möglichst einfach umsetzen?
- Wie sähe subsidiär eine Umsetzung mit Bezug zum Standortkanton der Leistungserbringer aus?

Methodisches Vorgehen

Der vorliegende Bericht basiert auf **Interviews mit einzelnen Akteuren** und einer **Dokumenten- und Literaturanalyse**. Telefonische Einzelinterviews konnten mit den folgenden Akteuren geführt werden:

Tabelle 2: Liste der InterviewpartnerInnen

Institution	InterviewpartnerIn	
Gesundheits- und Fürsorge- direktion des Kantons Bern	Frau Katja Mocellini	Leiterin der Abteilung Finanzen und Controlling
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Herr Urs Stoffel	Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife
Kantonsspital Luzern	Hansjörg Schmid Urs Portmann	Departementsleiter Finanzen & Personal, Stv. CEO Leiter Patientenadministration
CSS Versicherung	Christian Affolter	Verantwortlicher Public Affairs und Tarifstrukturen

Tabelle INFRAS

2. Ziele und Konzept der Zielvorgaben

Bei der Zielvorgabe handelt es sich um eine Vorgabe für ein maximales Wachstum der Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in einem bestimmten Jahr. Gemäss Gesetzesentwurf soll die Zielvorgabe jedes Jahr neu festgelegt werden. Die Einhaltung der Zielvorgabe wird nachträglich überprüft. Die Höhe der Zielvorgabe soll das jährliche «natürliche» OKP-Kostenwachstum abbilden, das durch verschiedene – nur bedingt politisch beeinflussbare – Determinanten entsteht. Der Gesetzesentwurf nennt diesbezüglich die demografische Entwicklung, die Entwicklung der Morbidität, die wirtschaftliche Entwicklung, die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt. Ziel ist es, mit der Zielvorgabe den Teil des Ausgabenwachstums zu vermeiden, der auf Ineffizienzen zurückzuführen ist.¹

Zielvorgaben auf drei Stufen

Die Zielvorgabe soll für die Gesamtkosten der OKP erlassen werden. Sie soll zudem gemäss Vernehmlassungsvorlage (Bundesrat 2020) auf zwei weitere Stufen heruntergebrochen werden:

- das kantonale Wachstum der OKP-Kosten und
- das Kostenwachstum für die einzelnen Kostenblöcke.

Für die Festlegung der Zielvorgaben sind die folgenden drei Schritte vorgesehen:

- Erstens legt der Bundesrat ein Ziel für das Gesamtkostenwachstum fest (nationales Gesamtkostenziel). Das Kostenziel wird auf die einzelnen Kantone heruntergebrochen, wobei zur Festlegung des Kostenziels die gleichen Kriterien wie auf Bundesebene zur Anwendung kommen. Neben den Zielempfehlungen für jeden Kanton setzt der Bundesrat eine (einheitliche)

¹ Für weitere Details zur Herleitung der Höhe der Zielvorgaben, vgl. den Bericht zu Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf (INFRAS 2020a)

verbindliche Toleranzmarge oberhalb seiner Empfehlung fest, innerhalb derselben die Kantone das Ziel frei wählen können.

- Zweitens legt jeder einzelne Kanton ein kantonales Gesamtkostenziel innerhalb der verbindlichen Toleranzmarge rund um die Empfehlung des Bundes fest.
- Drittens teilen die einzelnen Kantone unter Einbezug der betroffenen Akteure ihre jeweiligen kantonalen Gesamtkostenziele auf die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke auf. Diese Aufteilung können die einzelnen Kantone grundsätzlich frei vornehmen, solange das kantonale Gesamtkostenziel (unter Einschluss der Toleranzmarge) eingehalten wird.

Es ist vorgesehen, dass auf kantonaler Ebene eine **Toleranzmarge** definiert wird, innerhalb derer die Kantone die Höhe der Zielvorgabe selbst bestimmen können.

Korrekturmassnahmen

Bei einer Zielüberschreitung können resp. müssen² die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) prospektive Korrekturmassnahmen ergreifen. Prospektive Korrekturmassnahmen bestehen grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge. Diese sind zunächst von den Tarifpartnern selbst vorzunehmen bzw. zu vereinbaren. Kommen die Tarifpartner dem nicht nach, können resp. müssen die Kantonsregierungen selbst Massnahmen verfügen, damit die Zielvorgaben eingehalten werden können – unter Wahrung einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten.

3. Grundlagen zum Standortkanton- und Wohnkantonprinzip

3.1. Funktionsweise der Prinzipien

Bei der Zielvorgabe auf Ebene der Kantone stellt sich die Frage, ob das Standortkanton- oder Wohnortkantonprinzip angewendet werden soll.

² Die Vernehmlassungsvorlage enthält zwei Varianten: In der einen Variante können die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) bei einer Zielüberschreitung Massnahmen ergreifen; sie sind dazu aber nicht verpflichtet. In der zweiten Variante sind die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) – nach Ablauf einer Übergangsperiode – verpflichtet, bei einer Zielüberschreitung Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

- Beim **Standortkantonprinzip** bezieht sich die Zielvorgabe auf die OKP-Ausgaben, welche bei den Leistungserbringern, die in diesem Kanton tätig sind, entstehen. Diese OKP-Ausgaben umfassen somit auch Ausgaben von Versicherten, die aus anderen Kantonen stammen und ausserkantonale Leistungen in diesem Kanton beziehen.
- Beim **Wohnkantonprinzip** umfasst die Zielvorgabe alle OKP-Ausgaben der Versicherten, die in dem Kanton wohnen, unabhängig davon, ob sie Gesundheitsleistungen im Kanton selbst oder in einem anderen Kanton in Anspruch genommen haben.

Konsequenzen für die Herleitung der Zielvorgaben

Die Zielvorgaben beziehen sich somit je nach Anwendung des Wohnort- oder Standortkantonprinzips auf eine etwas unterschiedliche Gesamtheit der Versicherten. Entsprechend muss dies bei der Herleitung der Höhe der Zielvorgaben auf Ebene der Kantone berücksichtigt werden. Diese Fragen werden in einem weiteren Bericht erörtert (INFRAS 2020a)

Konsequenzen für die Umsetzung der Zielvorgaben

Wenn sich die Zielvorgaben entweder auf den Wohnkanton oder den Standortkanton beziehen, hat dies insbesondere auch Konsequenzen für die Umsetzung. Dies betrifft v.a. die Tarifregelungen, da die Tarife das Instrument für Korrekturmassnahmen durch die Kantone sind. Je nach Prinzip ergeben sich folgende Konsequenzen:

- **Standortkantonprinzip:** Ergreift ein Kanton Korrekturmassnahmen (beispielsweise eine Senkung des TARMED-Taxpunktwertes), gilt der neue Tarif für alle PatientInnen, die in diesem Kanton Leistungen in Anspruch nehmen. Das bedeutet, von der Tarifänderung sind nur die Leistungserbringer in diesem Kanton betroffen.
- **Wohnkantonprinzip:** Ergreift ein Kanton Korrekturmassnahmen, gelten die korrigierten Tarife für die PatientInnen, die in diesem Kanton ihren Wohnsitz haben. Lassen diese sich in einem anderen Kanton behandeln, muss der Leistungserbringer den Patienten zum möglicherweise vom Wohnkanton des Patienten korrigierten Tarif behandeln. Somit müssen die Leistungserbringer im Extremfall, also falls alle Kantone unterschiedliche Korrekturen am Tarif des Standortkantons anbringen, 26 verschiedenen Tarife anwenden.

3.2. Heutige Regelungen bei der Tarif- und Prämienfestlegung

Um die Konsequenzen der beiden Prinzipien für die Umsetzung durch die Tarifpartner und Kantone besser beurteilen zu können, sind im Folgenden die heutigen Regelungen bei der Tarif- und Prämienfestlegung auf kantonaler Ebene kurz dargelegt.

Tarifvereinbarung auf kantonaler Ebene

Kantonal unterschiedliche Tarife (Taxpunktwerte bzw. Baserates), welche für die OKP relevant sind, existieren für die folgenden Leistungsbereiche bzw. Kostenblöcke³:

- Arztbehandlungen ambulant (frei praktizierende ÄrztInnen)
- Spital ambulant
- Spital stationär (Akutsomatik, Psychiatrie, Rehabilitation) und Geburtshäuser
- PhysiotherapeutInnen

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Tariffestlegung auf kantonaler Ebene in diesen vier Leistungsbereichen:

³ In den weiteren Leistungsbereichen sind die OKP-relevanten Tarife und Preise auf nationaler Ebene geregelt. Sie werden entweder durch das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) festgelegt (Medikamente, Beiträge der OKP an die Pflege im stationären und ambulanten Bereich, Analysen, Mittel und Gegenstände) oder von den Tarifpartnern schweizweit vereinbart (z.B. Leistungen von Apotheken, ErgotherapeutInnen oder ChiropraktikerInnen).

Tabelle 3: Regelungen zu Tarifen auf kantonaler Ebene nach Leistungsbereich

Leistungsbe- reich	Tarifsystem	Zustandekommen kantonal unterschiedlicher Tarife	Tarife für ausser- kantonaler Leistungen
Arztbehand- lungen ambu- lant	Einzelleistungstarif: TARMED	Tarifpartner (Leistungser- bringer und Versicherer) verhandeln kantonale Tax- punktswerte* mit Genehmi- gung durch die Kantone oder Festlegung durch Kan- ton bei Nichteinigung	Standortkantonprinzip: Es gilt für alle Versicherten der Taxpunktswert des Standortkantons.
Spital ambulant			
Physiothera- peutInnen	Einzelleistungstarif: Tarifstruktur für phy- siotherapeutische Leistungen		
Spital stationär	Fallpauschalen: Akutsomatik: SwissDRG Rehabilitation: ST Reha (voraussicht- lich ab 2022, heute Tagespauschalen) Psychiatrie: TARPSY	Tarifpartner (Leistungser- bringer und Versicherer) verhandeln einen Basistarif pro Fall (Baserate)** mit Genehmigung bzw. Festset- zung bei Nichteinigung durch die Kantone	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für Versicherte aus Kantonen, bei de- nen das Spital auf der Spitalliste steht, sowie bei ausserkantonalen Behand- lungen aus medizinischen Gründen, gilt der Tarif des Standortkantons. ▪ Falls Spital nicht auf Spitalliste des Wohnkantons: Der Wohnkanton kann Höchsttarife («Referenztarife») festle- gen. Ist der Referenztarif tiefer als der Tarif des Standortkantons, zahlt der Versicherte die Differenz. (Abrech- nung: Tarif Standortkanton; Vergütung OKP: Tarif Wohnkanton)

* Die kantonalen Taxpunktswerte bilden eine Art Basispreis im Kanton. Der Preis der Leistung ergibt sich aus dem (national einheitlichen) Taxpunkt der Leistung multipliziert mit dem kantonalen Taxpunktswert.

** Der Basispreis (Baserate) ist der von den Tarifpartnern vereinbarte Preis für die stationäre Behandlung eines Falls mit Kostengewicht 1 in einem bestimmten Spital. Das Kostengewicht bildet die Schwere des Falles ab. Multipliziert man den Basispreis mit dem (national einheitlichen) Kostengewicht eines Falles, ergibt sich die leistungsbezogene Fallpauschale.

Tabelle INFRAS.

Die Tabelle verdeutlicht, dass die Kantone in relevanten Leistungsbereichen die Tarifhoheit innehaben. Ihre Rolle bei der Tarifgestaltung beschränkt sich jedoch meist darauf, die durch die Tarifpartner verhandelten Tarife zu genehmigen. Nur bei Nichteinigung der Tarifpartner setzen die Kantone den Tarif selbst fest.

Betreffend ausserkantonale Leistungen kommt unter den heutigen Regelungen in der Regel der Tarif des Standortkantons zum Einsatz, in Ausnahmen aber auch der Wohnkantontarif:

- Für ambulante Leistungen gilt immer das Standortkantonprinzip: Es gilt für alle Versicherten der Taxpunktswert des Standortkantons. Dies ist im Rahmenvertrag des TARMED (Art. 11) festgelegt.
- Im stationären Spitalbereich kommt eine Mischung zum Einsatz:
 - Für ausserkantonale Spitäler, die beim Wohnkanton auf der Spitalliste stehen, gilt der Tarif des Standortkantons, d.h. der Tarif, der im anderen Kanton ausgehandelt worden

ist oder von diesem festgesetzt worden ist. Auf der Spitalliste sind in der Regel die innerkantonalen Spitäler aufgeführt, bei kleineren Kantonen jedoch häufig zusätzlich die Universitäts- oder Zentrumsspitäler von Nachbarkantonen. Weiter gilt für alle ausserkantonalen Behandlungen aus medizinischen Gründen unabhängig von der Herkunft der PatientInnen der Tarif des Standortkantons.

- Ausserkantonale Spitäler, die nicht auf der Spitalliste stehen, verrechnen zwar ebenfalls den Standortkantontarif. Für die Vergütung durch die OKP und die Kantone kann der Wohnkanton jedoch einen Höchstattarif («Referenztarif») festsetzen, der sich an den Kosten für eine entsprechende Behandlung im Wohnkanton orientiert. Eine allfällige Differenz zahlt der Versicherte oder – falls vorhanden – dessen Zusatzversicherung. In dieser Hinsicht ist die Patientenfreizügigkeit im stationären Spitalbereich eingeschränkt.

Prämienfestlegung und Prämienregionen

Die Prämienfestlegung erfolgt durch die Krankenversicherer jeweils per Ende Juli für das folgende Kalenderjahr. Sie legen die Prämien aufgrund der zu erwartenden Kosten mit Hochrechnungen des laufenden Jahres fest. Das BAG prüft in der Folge die Prämien aufgrund von Kostenprognosen, Vergleichen zwischen Versicherern und Erfahrungswerten und genehmigt sie anschliessend.⁴

Die Kantone bilden unterschiedliche Prämienregionen, wobei grössere Kantone in zwei oder drei Prämienregionen aufgeteilt sind, wenn sich die Kosten innerhalb des Kantons stark unterscheiden.⁵ Die Krankenversicherer können für Prämienregionen unterschiedliche Prämien bis zu einer maximalen Differenz festlegen. Die Prämienregionen sowie die maximal zulässigen Prämienunterschiede werden vom EDI festgelegt.

Die Versicherer orientieren sich bei der Prämienfestlegung an den Kosten der Versicherten in einem Kanton. Somit erfolgt die Prämienfestlegung basierend auf dem Wohnkanton.

3.3. Patientenströme zwischen den Kantonen

Dieses Kapitel fasst die verfügbaren Informationen zu den Patientenströmen zwischen den Kantonen zusammen. Diese sind für die Beurteilung in Kap. 4 relevant. Während die Patientenströme zwischen den Kantonen im Bereich der Hospitalisierungen bekannt sind, existieren für ambulante Behandlungen und den Bereich der Pflege kaum publizierte Informationen.

Die aktuellsten Untersuchungen zu **ausserkantonalen Hospitalisierungen** zeigen, dass diese insgesamt beträchtlich sind und grosse kantonale Unterschiede bestehen. Gemäss BFS (2018)

⁴ vgl. <https://www.priminfo.admin.ch/de/zahlen-und-fakten/praemiengenehmigung>

⁵ vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/praemienregionen.html>

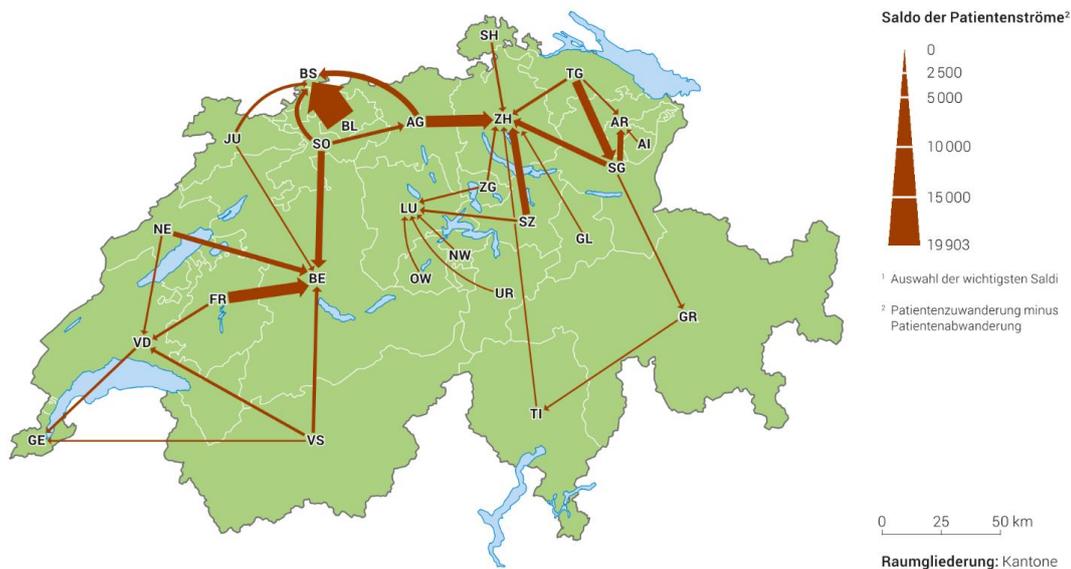
lag der Anteil der ausserkantonalen Hospitalisierungen im Jahr 2016 schweizweit bei 16%, wobei er zwischen 2006 und 2016 um 17% zunahm. Je nach Kanton schwankte dieser Anteil im Jahr 2016 zwischen unter 5% und über 70%. Betrachtet man die Zu- und Abwanderungen im Jahr 2016, lassen sich drei Typen unterscheiden:

- Kantone mit einer deutlich höheren Zu- als Abwanderung (deutlich positiver Saldo⁶: BS, ZH, BE, AR, LU, GE, VD),
- Kantone mit umgekehrt einer deutlich höheren Ab- als Zuwanderung (deutlich negativer Saldo: BL, AG, SO, FR, TG, SZ, NE, VS, JU)
- die restlichen Kantone, welche einen relativ ausgeglichenen Zu- und Abwanderungssaldo aufweisen (Bereich unter +/-2'500 Fälle).

Folgende Abbildung des BFS gibt einen Überblick über die wichtigsten Patientenströme.

Abbildung 1: Ausserkantonalen Hospitalisierungen

Ausserkantonalen Hospitalisierungen: Saldo¹ der interkantonalen Patientenströme, 2016



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) 2018

Zu den **ambulanten ausserkantonalen Behandlungen** ist uns nur eine Studie für die Region Nordwestschweiz (Kantone AG, BL, BS und SO) bekannt (socialdesign 2015). Diese zeigt, dass

⁶ Die Schwelle für einen deutlich positiven Saldo haben wir bei 2'500 Fällen pro Jahr gesetzt. D.h., in den aufgelisteten Kantonen sind im Jahr 2016 mehr als 2'500 Fälle mehr zu- als abgewandert. Die Reihenfolge der aufgeführten Kantone entspricht der Höhe der Saldi (Kanton mit dem höchsten Saldo zuerst genannt).

im Jahr 2013 6.4% der ambulanten Grundleistungen von Nordwestschweizer PatientInnen in Praxen und im spitalambulanten Bereich ausserhalb der Region Nordwestschweiz in Anspruch genommen wurden, dies insbesondere in den Kantonen Zürich und Bern. Auch laut dem Interviewpartner der FMH zeigen punktuelle interne Untersuchungen, dass durchaus Patientenströme zwischen den Kantonen vorhanden sind. Ein Beispiel sind Facharztpraxen am Rande eines Kantons, welche stark durch PatientInnen des angrenzenden Kantons besucht werden. Zentral für die PatientInnen bei der Wahl der Arztpraxis sei die geografische Distanz und nicht die Kantonsgrenze. Ein weiteres Beispiel sind Permanence-Praxen an zentraler Lage für Berufspendler (z.B. Permanence Bahnhof Zürich).

Die verfügbaren Informationen deuten darauf hin, dass ausserkantonale Leistungen auch im ambulanten Bereich eine Rolle spielen. Diese dürften aber geringer sein als im stationären Bereich. Für eine detailliertere Analyse der Patientenströme im ambulanten Bereich auf Basis der abgerechneten Leistungen wären prinzipiell die notwendigen Daten im SASIS-Datenpool vorhanden.

4. Vor- und Nachteile der beiden Prinzipien

In diesem Kapitel werden die Vor- und Nachteile der beiden in Kapitel 3.1 beschriebenen Prinzipien analysiert. Grundlage sind Interviews mit einzelnen Akteuren sowie Dokumentenanalysen. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Vor- und Nachteile, welche in den Kapiteln 4.1 und 4.2 ausgeführt sind.

Tabelle 4: Vor- und Nachteile der Prinzipien Wohnkanton/Standortkanton

Beurteilungskriterien	Wohnkantonprinzip	Standortkantonprinzip
Fiskalische Äquivalenz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingehalten: Entscheide des Kantons wirken sich nur auf die Prämien der Versicherten im Kanton aus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht eingehalten: Prämien der Versicherten werden durch ausserkantonale Leistungen/Entscheide anderer Kantone mitbeeinflusst.
Rahmenbedingungen für die Einhaltung der Zielvorgabe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schlechtere Rahmenbedingungen: Leistungserbringer müssen sich über die Kantongrenzen hinweg koordinieren. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bessere Rahmenbedingungen, da die Versorgungsstrukturen vornehmlich kantonal geprägt sind.
Fehlanreize Ineffizienzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlanreize für Leistungserbringer, ausserkantonale PatientInnen anders zu behandeln: Mengenausweitung bei höheren Tarifen, Qualitätsabstriche bei tieferen Tarifen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Fehlanreize: Für alle PatientInnen gelten die gleichen Tarife.
Kosten und administrativer Aufwand für Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr hoch: Leistungserbringer sind mit mehr unterschiedlichen Tarifen konfrontiert. Dies bedingt IT-Systemänderungen, mehr Systempflege, höheren Kontrollaufwand. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tief: Entspricht heutigem System.
Kompatibilität mit gesetzlichen Grundlagen und Verträgen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenig kompatibel: Bedingt Änderungen der Tarifverträge. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompatibel: Entspricht heutigem System.
Aufwand zur Berechnung der Zielvorgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ einfacher als bei Standortkantonprinzip 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ schwieriger als bei Wohnkantonprinzip. Bedingt neue Datenerhebung.

4.1. Wohnkantonprinzip

4.1.1. Vorteile

Fiskalische Äquivalenz

Das Wohnkantonprinzip gewährleistet die fiskalische Äquivalenz, im Sinne, dass die Verantwortung für den Entscheid der Kantone (Ergreifen/Unterlassen von Korrekturmassnahmen) und dessen positive und negative Folgen zusammenfallen. Ergreift beispielsweise ein Kanton Korrekturmassnahmen (Tarifsenkungen), wirkt sich dies positiv auf die Versicherten im Kanton aus, indem ihre Prämien stabil bleiben. Die Prämien der Versicherten werden auch nicht durch Entscheide bzw. Korrekturmassnahmen anderer Kantone beeinflusst (vgl. Kap. 4.1.2). Das gleiche gilt für die kantonalen Finanzen. Im stationären Bereich tragen die Kantone einen fixen Anteil der Vergütung. Die kantonalen Budgets können beim Wohnkantonprinzip nicht durch Tarifentscheide anderer Kantone beeinflusst werden.

Weniger Aufwand zur Berechnung der Zielvorgabe

Der Aufwand zur Berechnung der Zielvorgaben auf kantonaler Stufe wäre geringer als für das Standortkantonprinzip. Grund ist, dass Daten, die für die Standortkantonbetrachtung nötig wären, derzeit nicht erhoben werden und für deren künftige Entwicklung keine Prognosen existieren (vgl. Kap. 4.2.2 sowie INFRAS 2020a).

4.1.2. Nachteile

Erschwerte Bedingungen für Leistungserbringer, die Zielvorgabe einzuhalten

Beim Wohnkantonprinzip vergrössert sich das Kollektiv der Leistungserbringer, das die der Zielvorgabe zugrundeliegenden Kosten mitbeeinflusst. Das Kollektiv reicht über die Kantons Grenzen hinaus. Da die Versorgung stark kantonal organisiert ist, dürfte dies es den Leistungserbringern erschweren, sich zu koordinieren, um die Einhaltung der Zielvorgabe zu erreichen.

Fehlanreize für Leistungserbringer bei Behandlungen ausserkantonaler PatientInnen

Durch unterschiedliche Tarife für ausserkantonale PatientInnen ergeben sich Anreize für Leistungserbringer, Versicherte aus Kantonen mit tieferen Tarifen abzulehnen oder Abstriche bei der Qualität der Behandlung zu machen. Umgekehrt besteht ein Anreiz, PatientInnen aus Kantonen mit höheren Tarifen anzuziehen. Aus Sicht des Vertreters der FMH stellt sich letztere Problematik nicht, da der Erstkontakt durch die ÄrztInnen kaum steuerbar ist. Hingegen ist aus Sicht der AutorInnen theoretisch denkbar, dass ÄrztInnen vermehrt unnötige Leistungen an ausserkantonalen PatientInnen aus Kantonen mit höheren Tarifen erbringen oder umgekehrt PatientInnen aus Kantonen mit tieferen Tarifen schneller weiterverweisen.

Administrativ aufwändigere Umsetzung

Die Umsetzung von Korrekturmassnahmen nach dem Wohnkantonprinzip gestaltet sich für die **Leistungserbringer** anspruchsvoller, da sie mit Korrekturmassnahmen aus anderen Kantonen konfrontiert werden. Sie müssen im Extremfall 26 verschiedene Tarife abrechnen. Dass dies den administrativen Aufwand beträchtlich erhöhen würde, bestätigen die befragten Vertreter der FMH und eines Spitals.

- *Frei praktizierende ÄrztInnen* rechnen heute nur mit dem Tarif des Standortkantons ab (vgl. Kap. 2.2). Daher müssten alle Abrechnungssysteme umgestellt werden. Gemäss dem Befragten der FMH müsste man mit Kosten von CHF 20'000-30'000 pro Praxis rechnen.⁷ Es handele

⁷ Dabei handelt es sich gemäss dem Interviewpartner um eine Schätzung eines Softwareanbieters.

sich nicht um kleinere IT-Systemanpassungen, sondern um grosse Umstellungen des IT-Systems. Zu den Systemanpassungen kämen weitere Aufwände für die Praxen. Diese müssten beispielsweise bei jedem Arztbesuch den Wohnort der PatientInnen abklären. Zudem stelle sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Wohnort gelte, d.h. zum Behandlungszeitpunkt oder Abrechnungszeitpunkt. Schliesslich rechnet der Vertreter der FMH mit einem hohen Anstieg an Rückweisungen der Rechnungen durch die Versicherer.

- *Spitäler* rechnen bereits heute unterschiedliche Tarife ab. Erstens haben die Versicherer bzw. Einkaufsgemeinschaften teils unterschiedliche Baserates ausgehandelt. Je nach Versicherer gelten somit andere Tarife. Zweitens gelten für PatientInnen aus Kantonen, bei denen das Spital nicht auf der Spitalliste steht, andere Tarife für geplante Behandlungen (Referenztarife) (vgl. Kap. 2.2). Gemäss den Interviewpartnern werden die verschiedenen Baserates einmal pro Jahr im System hinterlegt. Das betreffende Spital hat in diesem Jahr beispielsweise Referenztarife von 16 Kantonen hinterlegt. Die Informationen der PatientInnen zum Wohnort und der Versicherung werden bei der Anmeldung erfasst und in das System eingespeist. Auf diese Weise erfolgt die Rechnungsstellung automatisiert. Die Rechnungsstellung erfolgt immer direkt an die entsprechenden Kostenträger (Kanton, Versicherung, PatientIn, allfällige Zusatzversicherung), um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Das heutige Abrechnungssystem bezeichnen die befragten Interviewpartner bereits als komplex. Eine Umstellung auf das Wohnkantonprinzip würde die Komplexität noch erhöhen. Bei der der Abrechnung mit der OKP käme eine neue Dimension unterschiedlicher Preise hinzu, wodurch das heutige System geändert werden müsste.⁸ Die Interviewpartner schätzen die administrative Umsetzung zwar als technisch lösbar ein, es bräuchte jedoch Investitionen in technische Lösungen und eine Vorlaufzeit. Zudem erhöhe sich durch die Komplexität der Personalaufwand.

Auch für die **Versicherer** würde sich der administrative Aufwand erhöhen. Laut dem Interviewpartner einer Versicherung wäre das Wohnkantonprinzip technisch prinzipiell umsetzbar, sofern die anzuwendenden Tarife vorher klar zu definierten Zeitpunkten kommuniziert werden. Sie könnten sodann im System hinterlegt werden und die Rechnungsstellung könnte wie heute automatisiert erfolgen. Allerdings befürchtet der befragte Versicherer einen höheren Aufwand aufgrund von Rückfragen von Versicherten und Leistungserbringern sowie vermehrte Rückweisungen von falschen Rechnungen. Ein weiterer Aufwand könne gemäss heutigen Erfahrungen mit Referenztarifen dadurch entstehen, dass Versicherte ihre Wohnsitzwechsel nicht immer zeitnah bekannt geben.

⁸ Das System der Versicherer lässt heute nur einen Tarif je Leistungserbringer zu. Die Spitäler erhalten eine sogenannte ZSR-Nummer, mit der sie mit einem Tarif abrechnen dürften. Beim Wohnkantonprinzip müsste es die Möglichkeit geben, 26 verschiedene Tarife abzurechnen.

Das Ausmass des höheren Aufwands durch das Wohnkantonprinzip lässt sich gemäss dem Interviewpartner insgesamt schwer abschätzen und hänge insbesondere von der Häufigkeit der Tarifänderungen ab.

Hinfälligkeit geltender Tarifverträge

Art. 11 Abs. 3 des Rahmenvertrags TARMED hält fest, dass die Rechnungsstellung nach dem Tarif am Ort der Leistungserbringung erfolgt. Dies müsste entsprechend angepasst werden.

4.2. Standortkantonprinzip

Die Vor- und Nachteile des Standortkantonprinzips ergeben sich als Umkehrschluss aus jenen des Wohnkantonprinzips. Sie werden daher in kürzerer Form ausgeführt.

4.2.1. Vorteile

Bessere Bedingungen für Leistungserbringer, die Zielvorgabe einzuhalten

Beim Standortkantonprinzip sind nur die Leistungserbringer dieses Kantons von den Korrekturmassnahmen des Kantons betroffen. Können die Zielvorgaben nicht eingehalten werden, werden sie in Form von tieferen Tarifen dafür abgestraft. Da die Versorgungsstrukturen stark kantonal geprägt sind, haben die Leistungserbringer bessere Möglichkeiten, sich zu organisieren und zu koordinieren, um Ineffizienzen zu vermeiden und die Zielvorgabe einzuhalten.

Generell soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass die Leistungserbringer die Einhaltung der Zielvorgabe nicht allein beeinflussen können. Auf unnötige Leistungen, die von Seiten der PatientInnen induziert sind, können sie nur bedingt Einfluss nehmen (vgl. folgende Box).

Box: Angebotsseitige und nachfrageseitige Ineffizienzen

Korrekturmassnahmen in Form von Tarifsenkungen implizieren, dass Ineffizienzen bzw. überflüssige Kosten vor allem vom Angebot bzw. den Leistungserbringern ausgehen. Die Literatur findet sowohl angebotsseitige als auch nachfrageseitige Ineffizienzen, wobei gemäss Untersuchungen in der Schweiz die angebotsseitigen Ineffizienzen überwiegen dürften (vgl. WIG/INF-RAS 2019).

Zu den **angebotsseitigen Ineffizienzen** gehören beispielsweise eine mangelnde Koordination der Leistungen. Ein anderes Beispiel ist die angebotsinduzierte Nachfrage: Leistungserbringer haben die Möglichkeit, ihr Einkommen zu maximieren, indem sie mehr Leistungen erbringen als nötig. PatientInnen können den tatsächlichen Nutzen der Leistungen selbst nicht gut einschätzen.

Ein Beispiel für **nachfrageseitige Ineffizienzen** ist das sogenannte Moral Hazard-Verhalten, d.h. einen Übernachfrage von Seiten der Versicherten. Durch die solidarisch finanzierte Krankenversicherung haben Versicherte Anreize, Behandlungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen, auch wenn diese im Vergleich zu den Kosten wenig Nutzen versprechen.

Nachfrageseitige Ineffizienzen lassen sich durch Tarifsenkungen nicht steuern, da das Verhalten der Versicherten nicht durch die Tarife beeinflusst wird. Korrekturmassnahmen für nachfrageseitige Ineffizienzen müssten beispielsweise an den Prämien ansetzen.

Keine Fehlanreize bei Behandlungen ausserkantonaler PatientInnen

Im Unterschied zum Wohnkantonprinzip gelten für alle PatientInnen die gleichen Tarife. Dadurch bestehen keine Anreize für Leistungserbringer, PatientInnen aus verschiedenen Kantonen anders zu behandeln.

Administrativ schlanke Umsetzung von Korrekturmassnahmen

Da das Standortkantonprinzip den bestehenden Regulierungen entspricht, fällt die administrative Umsetzung sehr schlank aus. Die Leistungserbringer müssen lediglich bei Korrekturmassnahmen des eigenen Kantons die Tarife anpassen.

Kein Änderungsbedarf bei den geltenden Tarifverträgen

Beim Standortkantonprinzip bleibt der Status Quo erhalten. Es ergibt sich kein Änderungsbedarf bei den geltenden Tarifverträgen.

4.2.2. Nachteile

Fehlende fiskalische Äquivalenz

Beim Standortkantonprinzip kann ein Entscheid eines Kantons die Prämien der Versicherten im anderen Kanton beeinflussen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Kanton Zürich die Tarife senkt, weil die Zielvorgaben überschritten wurden. Dies wirkt sich begünstigend auf die Prämien der Aargauer aus, welche sich häufig im Kanton Zürich behandeln lassen. Umgekehrt, d.h. wenn der Kanton Zürich es unterlässt, bei zu stark steigenden Ausgaben Korrekturmaßnahmen zu ergreifen, treibt dies auch die Prämien der Aargauer in die Höhe. Die fiskalische Äquivalenz ist somit nicht eingehalten.

Mehr Aufwand zur Berechnung der Zielvorgabe

Der Aufwand zur Berechnung der Zielvorgaben wäre nach dem Standortkantonprinzip höher.

- Erstens müssen neue Daten erhoben werden oder die fehlenden Daten anhand von Proxy-Daten geschätzt werden. Konkret handelt es sich um die Anzahl der Leistungsbeziehenden in einem Kanton, welche für die Berechnung der Pro-Kopf-Kosten benötigt werden. Diese Daten könnten mit Hilfe der Anzahl abgerechneter Leistungen geschätzt werden, wobei Annahmen über die Anzahl der Leistungen pro Kopf getroffen werden müssen.
- Zweitens müssen Annahmen über die zukünftige Entwicklung der Anzahl Leistungsbeziehenden getroffen werden. Dies kann abgestützt auf die vergangene Entwicklung und/oder anhand der Demografieprognosen in den Wohnkantonen erfolgen. Aufgrund von Strukturveränderungen müssten die Annahmen jedoch periodisch überprüft werden. Neben dem grösseren Aufwand für die Berechnung ist dieser Ansatz also auch potenziell mit grösseren Unsicherheiten verbunden.

4.3. Fazit

Die eingangs dieses Kapitels aufgeführte Tabelle verdeutlicht, dass das Wohnkantonprinzip vorzuziehen ist, wenn die fiskalische Äquivalenz im Vordergrund steht. Zwar werden die Prämien der Versicherten auch im heutigen System durch andere Tarife in anderen Kantonen je nach Menge der ausserkantonalen Leistungen mehr oder weniger beeinflusst. Hingegen können die Versicherten heute die Tarifgestaltung nicht mitbeeinflussen, was bei kantonalen Korrekturmaßnahmen neu – als Wählende der kantonalen Parlamente und Regierungen – der Fall wäre. Das Wohnkantonprinzip stellt somit sicher, dass Entscheidungen und Folgen zusammenfallen.

Umgekehrt führt jedoch das Wohnkantonprinzip dazu, dass das Leistungserbringerkollektiv, das von Korrekturmassnahmen betroffen ist, sich auf mehrere Kantone erstreckt. Dies erschwert es den Leistungserbringern bzw. den Tarifpartnern, wirksame Massnahmen zur Einhaltung der Zielvorgaben umzusetzen.

5. Varianten zur Umsetzung des Wohnkantonprinzips

Das Wohnkantonprinzip birgt gegenüber dem Standortkantonprinzip insbesondere auch den Nachteil, dass die Umsetzung anspruchsvoll und administrativ aufwändiger wäre. Für eine administrativ schlankere Umsetzung des Wohnkantonprinzips wurden drei Varianten geprüft. Diese sind im Folgenden beschrieben und bewertet. Grundlage für die Bewertung sind wiederum Interviews mit einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen sowie Dokumentenanalysen.

5.1. Variante 1: Wohnkantontarif nur bei substantziellen Mengen

Bei Variante 1 würde der Wohnkantontarif von ausserkantonalen PatientInnen nur zum Zuge kommen, wenn der Anteil der ausserkantonalen Leistungen aus diesem Kanton substantziell ist. Der «substantzielle Anteil» sollte sich auf die Grundgesamtheit des Wohnkantons beziehen, da es Ziel ist, dass die Prämien der Versicherten im Wohnkanton nicht (spürbar) durch Tarife im Standortkanton beeinflusst werden. Eine Definition für den substantziellen Anteil könnte folgendermassen lauten:

Die Abflüsse ausserkantonomer Leistungen aus dem Wohnkanton a betragen mehr als z.B. 10% der OKP-Kosten des Wohnkantons UND der Zufluss an ausserkantonomer Leistungen in einen Standortkanton b beträgt mehr als z.B. 5% der OKP-Kosten aus dem Wohnkanton.

Die konkreten Grenzen müssten sich danach bemessen, wie stark die ausserkantonomer Leistungen die OKP-Kosten im Wohnkanton beeinflussen. Dies hängt von den Tarifunterschieden zwischen den Kantonen ab. Um eine schweizweit einheitliche Regel zu erlassen, müsste z.B. vom grössten Tarifunterschied zwischen Kantonen ausgegangen werden. Ob in einem Kanton diese Grenze überschritten wurde, müsste auf Basis der Patientenflüsse aus dem Vorjahr bestimmt werden. Ansonsten müssten die Patientenflüsse fortlaufend beobachtet werden (z.B. im Rahmen eines Monitorings) und es könnte während des Jahres zu Tarifänderungen für die Leistungserbringer kommen. Dies wäre gemäss den Interviewpartnern für Leistungserbringer und Versicherer administrativ kaum zu bewältigen.

Vorteile

- *Etwas tieferer administrativer Aufwand:* Die Leistungserbringer müssten weniger Tariffdifferenzierungen vornehmen, die Komplexität und der administrative Aufwand reduzieren sich etwas.

Nachteile

- *Insgesamt viel höherer Aufwand gegenüber dem Standortkantonprinzip:* Der Initialaufwand (Systemumstellungen) und jährliche Aufwand für Anpassungen bei den hinterlegten Tarifen bleiben bestehen.

Fazit

Mit Blick auf den administrativen Aufwand dürfte diese Variante höchstens ein «Trostpflaster» für die Leistungserbringer darstellen. Die weiteren in Kap. 3.1.2 genannten Nachteile des Wohnkantonprinzips bleiben bestehen.

5.2. Variante 2: Abrechnung nach Standortkantontarif, Vergütung mit Wohnkantontarif

Bei Variante 2 rechnen die Leistungserbringer wie beim Standortkantonprinzip immer mit dem Tarif des Standortkantons ab. Die Versicherung (und der Kanton bei stationären Leistungen) übernimmt die Kosten maximal bis zum Tarif, der für die Versicherten des Wohnkantons gilt. Falls im Wohnkanton ein tieferer Tarif gilt, müssen die Versicherten die Differenz selbst übernehmen. Dies entspricht der aktuellen Regelung im Spitalbereich für Aufenthalte, die nicht aus medizinischen Gründen in ausserkantonalen Spitälern oder in nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons gelisteten Spitälern erfolgen (vgl. Kap. 3.2.).

Vorteile

- *Weniger administrativer Zusatzaufwand für die Leistungserbringer:* Die Leistungserbringer müssten keine Tariffdifferenzierungen vornehmen. Das System entspricht dem bestehenden System für die Leistungserbringer und den rechtlichen Regelungen zur Tariffestsetzung im OKP-Bereich. Ambulante Leistungserbringer müssten jedoch neu ausserkantonale PatientInnen auf allfällige Selbstzahlungen aufmerksam machen. Bei Spitälern wäre dies gegenüber heute häufiger der Fall, da die Regelung neu für alle ausserkantonalen PatientInnen gelten würde.
- *Administrativer Zusatzaufwand für Versicherer:* Die Versicherer müssten ihre Systeme anpassen, da sie die Differenzbeträge den PatientInnen weiterverrechnen müssten. Gemäss dem

Interviewpartner einer Versicherung wäre dies technisch möglich, sofern die Informationen über die geltenden Tarife zeitgerecht zur Verfügung stehen, um sie in die elektronischen Systeme einzupflegen.

- *Administrativer Zusatzaufwand für Kantone:* Für die Kantone würde diese Regelung gegenüber heute keine administrative Erleichterung bringen, da nach Einschätzung der befragten Person zusätzliche Regelungen notwendig wären für Notfälle und Leistungen, die im Wohnkanton nicht erbracht werden können.
- *Voraussichtlich höchste Akzeptanz von Leistungserbringern und Versicherern:* Gemäss den einzelnen Interviews dürfte diese Variante von allen Varianten einer Umsetzung des Wohnkantonprinzips auf die höchste Akzeptanz bei den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) stossen. Es ist somit mit den geringsten Widerständen zu rechnen. Das Standortkantonprinzip würde aber im Vergleich trotzdem bevorzugt.

Nachteile

- *Einschränkung der Patientenfreizügigkeit bzw. höhere finanzielle Belastung:* Sind PatientInnen gezwungen, Differenzbeträge zu übernehmen, bedeutet dies eine Abkehr vom Prinzip der Patientenfreizügigkeit. Im ambulanten Bereich gilt heute volle Patientenfreizügigkeit (Art. 41 Abs. 1 KVG). Im Spitalbereich ist prinzipiell auch Wahlfreiheit gegeben, sie ist jedoch durch Referenztarife teilweise eingeschränkt. Neue und weitere Einschränkungen der Patientenfreizügigkeit dürften auf Widerstände in der Bevölkerung stossen – insbesondere bei Personen aus Kantonen mit einem weniger spezialisierten Angebot, bei Pendlern, bei Versicherten, die an Kantonsgrenzen wohnen, und PatientInnen, die eine langjährige therapeutische Beziehungen zu ÄrztInnen in einem anderen Kanton haben. Um die Akzeptanz für diese Variante bei der Bevölkerung zu erhöhen, könnten Ausnahmeregelungen definiert werden. Solche würden jedoch zu einem administrativen Aufwand für die Versicherungen und Kantone führen, welche Gesuche für die Kostenübernahme prüfen müssten. Zudem sind Zeitverluste und längere Wartezeiten zu befürchten. Aus Sicht eines Befragten käme es zudem zu einer Vielzahl von rechtlichen Verfahren über Einzelfälle.
- Alternativ könnte für den Spitalbereich an der heutigen Regelung mit Spitalisten festgehalten werden. Für den ambulanten Bereich müssten die Kantone entweder sicherstellen, dass im Wohnkanton Alternativen für spezialisierte Behandlungen zur Verfügung stehen oder – analog zum Spitalbereich – «Listenpraxen» ausserhalb des Kantons definieren. Dies würde den Kantonen eine stärkere Rolle in der Versorgungsplanung im ambulanten Bereich verlei-

hen. Es müsste geprüft werden, inwieweit dies mit den geltenden Bestimmungen bzw. geplanten KVG-Revisionen kompatibel ist.⁹ Die Definition von «Listenpraxen» durch die Kantone dürfte zum jetzigen Zeitpunkt nicht umsetzbar sein, da die Kantone im Unterschied zum stationären Bereich keinen Finanzierungsbeitrag leisten. Derzeit wird jedoch eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen im Parlament diskutiert.

Fazit

Variante 2 wäre administrativ am einfachsten umzusetzen und weicht am wenigsten vom geltenden System ab. Die ausserkantonalen Leistungserbringer sind mit dieser Variante nicht mehr direkt von Korrekturmassnahmen betroffen. Stattdessen wird die Wahlfreiheit der Versicherten eingeschränkt. Soll die Patientenfreizügigkeit im ambulanten Bereich nicht angetastet werden, stellt diese Variante jedoch keine Option dar. Mögliche Kompromisslösungen, bei der die Folgen der Einschränkung der freien Arztwahl abgedeckt werden, bedingen stärkere Kompetenzen der Kantone in der Steuerung des ambulanten Angebots, was weiteren Änderungsbedarf des KVG nach sich zieht. Dieser Änderungsbedarf wurde nicht vertieft untersucht.

5.3. Variante 3: Gemeinsame Zielvorgaben für ausserkantonale Leistungen

Bei Variante 3 gilt für ausserkantonale Leistungen beispielsweise innerhalb von Versorgungsregionen¹⁰ eine eigene Zielvorgabe. Die Leistungserbringer rechnen ausserkantonale Leistungen mit dem Tarif des Standortkantons ab. Wird die Zielvorgabe für ausserkantonale Leistungen überschritten, müssen sich die Kantone – im Sinne einer «unité de doctrine» – koordinieren und entscheiden, ob und welche Korrekturmassnahmen sie ergreifen. Werden Korrekturmassnahmen ergriffen, können für ausser- und innerkantonale Leistungen unterschiedliche Tarife entstehen. Die Leistungserbringer wären dann mit zwei Abrechnungstarifen konfrontiert, den ihres Standortkantons und einen für ausserkantonale Leistungen.

⁹ Aktuell haben die Kantone im Rahmen des KVG eine befristete Kompetenz in der Angebotssteuerung. Sie haben die Kompetenz die Zulassung für ÄrztInnen einzuschränken (sogenannter Zulassungsstopp). Dies gilt jedoch nicht für ÄrztInnen, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Die Kompetenz für den Zulassungsstopp ist befristet bis zum 30. Juni 2021 gemäss Verlängerung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 1. Juni 2019. Das Parlament hat am 19. Juni 2020 eine Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend die Zulassung von Leistungserbringern verabschiedet. Damit erhalten die Kantone ein dauerhaftes Instrument zur Angebots- und Kostenkontrolle vor. Quelle: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html> sowie BBl 2020 5513.

¹⁰ Die Versorgungsregionen wären zu definieren und sollten sich aus Kantonen zusammensetzen, zwischen denen die Patientenströme beträchtlich sind. Ausserkantonale Leistungen ausserhalb von Versorgungsregionen würden nicht in die Zielvorgaben einfließen.

Vorteile

- *Koordination unter den Kantonen/Konvergenz der kantonalen Tarife:* Die Kantone sind gezwungen, sich untereinander auszutauschen. Es käme zu einer gemeinsamen Analyse und Benchmarks der Kostenentwicklung. Dies könnte auch zu einer Konvergenz der Tarife zwischen den Kantonen führen.

Nachteile

- *Ungleiche Anreize für eine Kooperation:*
 - Die Patientenströme sind in der Schweiz sehr unterschiedlich. Kantone, die eine höhere Zuwanderung von PatientInnen haben, dürften weniger Interesse an gemeinsamen Zielvorgaben haben, da gemeinsam getroffene Korrekturmassnahmen hauptsächlich die Leistungserbringer in ihrem eigenen Kanton treffen.
 - Zudem existiert teilweise ein starkes Gefälle zwischen den kantonalen Tarifen. Kantone mit tieferen Tarifen dürften wenig Anreize haben, sich an einer gemeinsamen Zielvorgabe für ausserkantonale Leistungen zu beteiligen, wenn sie Korrekturmassnahmen umsetzen müssen, die in anderen Kantonen mit höheren Tarifen verursacht werden. Eine Möglichkeit wäre, dass sich die Korrekturmassnahmen nur auf einzelne Kantone beziehen können – d.h. nur Kantone, in denen die Ausgaben für ausserkantonale Leistungen stärker gestiegen sind, müssten ihre Tarife nach gemeinsamer Absprache anpassen. Dies würde jedoch wieder zu einer höheren Pluralität von Tarifen führen.
- *Kompliziertere Herleitung der Zielvorgaben:* Die Herleitung der kantonalen Zielvorgaben wäre komplizierter, da ausserkantonale Leistungen herausgerechnet bzw. gesondert berechnet werden müssen. Auch die Zielvorgabe für ausserkantonale Leistungen wäre schwieriger zu berechnen.

Fazit

Variante 3 wäre administrativ etwas einfacher umzusetzen für die Leistungserbringer, da sie mit einer geringeren Anzahl verschiedener Tarife konfrontiert wären. Die Tariffestsetzungsprozesse müssten jedoch, wie bei Variante 1, angepasst werden. Zudem erfordert diese Variante viel Koordination unter den Kantonen. Ein möglicher Vorteil wäre jedoch, dass durch vermehrte Vergleiche zwischen den Kantonen die Konvergenz der Tarife gefördert werden könnte.

5.4. Fazit

Folgende Tabelle fasst die Vor- und Nachteile der verschiedenen Varianten zusammen.

Tabelle 5: Fazit Varianten zur Umsetzung des Wohnkantonprinzips

Beurteilungskriterien	Variante 1: Wohnkanton-tarif nur bei substanziellen Mengen	Variante 2: Abrechnung nach Standortkantontarif, Vergütung Wohnkanton-tarif	Variante 3: Gemeinsame Zielvorgaben für ausserkantonale Leistungen
Administrativer Aufwand Leistungserbringer	hoch, aber etwas tiefer gegenüber Grundprinzip Wohnkanton	geringfügig höher als heute	höher als heute, aber tiefer als bei Grundprinzip Wohnkanton
Administrativer Aufwand Kantone	tiefer als heute	eher höher als heute	eher höher als heute
Administrativer Aufwand Versicherer	höher als heute, aber zu bewältigen	höher als heute, aber zu bewältigen	höher als heute, aber zu bewältigen
Anpassungsbedarf geltende Tarifverträge	hoch	tief	hoch: neu für ausserkantonale Leistungen
Einhaltung fiskalische Äquivalenz	gegeben	gegeben	gegeben
Rahmenbedingungen für Massnahmen zur Einhaltung der Zielvorgaben	erschwert	wie heute	erschwert
Patientenfreizügigkeit	wie heute	eingeschränkt	wie heute
Realisierbarkeit/Akzeptanz	schwierig, tiefe Akzeptanz Leistungserbringer	schwierig, tiefe Akzeptanz Bevölkerung	schwierig, tiefe Akzeptanz Kantone
Aufwand zur Berechnung der Zielvorgaben	Wie Grundvariante Wohnkantonprinzip	Wie Grundvariante Wohnkantonprinzip	höher als bei der Grundvariante

Tabelle INFRAS.

Die Tabelle verdeutlicht, dass keine der drei Varianten klare Vorteile gegenüber den anderen Varianten bringt. Variante 1 bringt nur wenig administrative Erleichterung. Andere Nachteile des Wohnkantonprinzips bleiben aber bestehen. Variante 2 wäre die eleganteste Lösung hinsichtlich der Umsetzung, denn sie ist mit kaum zusätzlichen administrativen Aufwand verbunden. Zudem wäre nur das Leistungserbringerkollektiv innerhalb des Wohnkantons direkt von den Korrekturmassnahmen betroffen. Ein Problem ist jedoch, dass diese Variante die Patientenfreizügigkeit einschränkt und auf wenig Akzeptanz in der Bevölkerung stossen dürfte. Bei Variante 3 ist die Machbarkeit für die Umsetzung schwer einzuschätzen. Sie dürfte bei den Kantonen auf wenig Akzeptanz stossen.

Nicht vertieft wurden bei der Analyse rechtliche Aspekte, d.h. welche Änderungen im KVG die verschiedenen Varianten nach sich ziehen würden.

6. Gesamtfazit

Ein Vorteil des Wohnkantonprinzips ist, dass es die fiskalische Äquivalenz sicherstellt, d.h. dass vom Entscheid der Kantone, Korrekturmassnahmen zu ergreifen oder dies zu unterlassen, nur die StimmbürgerInnen dieses Kantons betroffen sind. Das gleiche gilt für die kantonalen Finanzen: Die kantonalen Budgets können beim Wohnkantonprinzip nicht durch Entscheide anderer Kantone über Tarife beeinflusst werden. Ein zweiter Vorteil ist, dass die Herleitung der Zielvorgaben nach dem Wohnkantonprinzip weniger aufwändig ist.

Dagegen verdeutlicht der Bericht, dass das Standortkantonprinzip insgesamt mehr Vorteile gegenüber dem Wohnkantonprinzip hat:

- Es wäre administrativ deutlich einfacher umzusetzen und wäre mit den bestehenden gesetzlichen und tarifvertraglichen Grundlagen stärker kompatibel.
- Von den Korrekturmassnahmen eines Kantons wären nur die Leistungserbringer betroffen, die in diesem Kanton angesiedelt sind. Beim Wohnkantonprinzip hingegen müssten die Leistungserbringer aus verschiedenen Kantonen sich koordinieren, um darauf hinzuwirken, dass die Zielvorgaben eingehalten werden können.
- Es wäre mit weniger Fehlanreizen für die Leistungserbringer verbunden. Da für alle PatientInnen der gleiche Tarif gilt, haben sie keine Anreize, PatientInnen unterschiedlich zu behandeln.
- Die Herleitung einer Zielvorgabe nach dem Standortkantonprinzip wäre zwar aufwändiger, aber dennoch eine lösbare Aufgabe.

Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht der AutorInnen das Wohnkantonprinzip nur zu priorisieren, wenn die fiskalische Äquivalenz für den Bundesrat und die Kantone stark im Vordergrund steht und stärker gewichtet wird als alle damit einhergehenden Nachteile.

Literatur

BFS 2018: Ausserkantonale Hospitalisierungen 2006-2016. Medizinische Statistik der Krankenhäuser. BFS Aktuell (14) Gesundheit. Neuchâtel, April 2018.

Bundesrat 2020: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»: Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens.

INFRAS 2020a: Studie zur Klärung von Umsetzungsfragen im Rahmen der Einführung einer Zielvorgabe. Schlussbericht zur Herleitung der Zielvorgabe und Datenbedarf.

socialdesign 2015: Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für die Region Nordwestschweiz. Schlussbericht im Auftrag des Departements Gesundheit und Soziales Kanton Aargau, der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt und des Departements des Innern Kanton Solothurn.

WIG/INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.