

**3728**

KR-Nr. 345/1995

**Bericht und Antrag  
des Regierungsrates an den Kantonsrat  
Postulat KR-Nr. 345/1995  
betreffend Zahlungsströme bei den Subventionen im  
Gesundheitswesen im Gefolge des neuen KVG**

(vom 15. September 1999)

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 23. September 1996 folgendes von Kantonsrat Dr. Caspar-Vital Gattiker, Zürich, eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird eingeladen, zu prüfen, wie die Zahlungsströme im Gesundheitswesen, die sich im Gefolge des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) grundsätzlich verändert haben, für die Kantonsfinanzen möglichst budgetneutral gehalten werden können. Dem Grundgedanken der Solidarität im KVG ist angemessene Rechnung zu tragen.

Der Regierungsrat wird ausserdem aufgefordert, dem Kantonsrat über die Auswirkungen dieser Veränderungen Ende 1997 und nach weiteren zwei bis drei Jahren sachlich und neutral Bericht zu erstatten.

---

Nach Zwischenbericht vom 17. Dezember 1997 (Vorlage 3623) erstattet der Regierungsrat dem Kantonsrat hiermit den folgenden Schlussbericht:

**1. Allgemeines**

Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.1) ist am 1. Januar 1996 in Kraft getreten. Es hat seine Wirkungen bis heute noch nicht voll entfalten können. Über verschiedene, durch das KVG hervorgerufene wesentliche finanzwirksame Änderungen wird noch immer prozessiert, derweil sich das KVG selbst bereits wieder in (Teil-)Revisionsverfahren befindet. Im Übrigen wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, die nicht in direktem Zusammenhang mit dem KVG stehen. Kosten

und Finanzströme können deshalb lediglich in ihren Tendenzen dargestellt und erläutert werden; ob sie überhaupt jemals als direkte Folge des KVG abschliessend quantifiziert werden können, ist schwer vorzusagen. Deshalb kann der vorliegende Schlussbericht kein abschliessendes Bild vermitteln.

## **2. Versorgung**

Die Versorgung der Bevölkerung in Spitälern der Grundversorgung, Pflegeheimen und im Spitexnetz wird nach der geltenden Gesetzgebung gemeinsam von Staat, Gemeinden, privaten Haushalten und Versicherern getragen. In die Kosten der spezialisierten stationären Spitalversorgung in Kantonsspitälern, überregionalen Krankenhäusern (Spezialkliniken, Rehabilitationskliniken) und Institutionen der Psychiatrie teilen sich Staat und Krankenkassen. Der Einfluss des KVG auf die Kantonsfinanzen in den genannten Versorgungsbereichen ist schwierig zu beurteilen, weil sich Veränderungen in den Zahlungsströmen infolge des KVG nicht von solchen trennen lassen, die durch KVG-unabhängige Entwicklungen ausgelöst werden. So beeinflussen insbesondere auch die medizinischen, demographischen und sozialen Entwicklungen (z. B. medizinischer Fortschritt, Alterung der Bevölkerung, Anspruchsdenken der Versicherten, Umversicherung) die Finanzierungszusammenhänge im Gesundheitswesen bzw. die Lastenaufteilung zwischen der öffentlichen Hand, den privaten Haushalten (Selbstbehalte und Franchisen) und den Krankenversicherern. Zudem sind seit Inkrafttreten des KVG bedeutsame Eckwerte des Systems, wie der Pflichtleistungskatalog, erweitert worden. Zwischen den unterschiedlichen Einflussfaktoren und den genannten Systemeckwerten bestehen sodann häufig mehrfach voneinander abhängige Beziehungen, sodass deren Einfluss nicht gesondert analysiert und noch weniger gesondert quantifiziert werden kann. Eine weitere Schwierigkeit erfährt die Beurteilung der Zahlungsströme infolge des KVG auf Grund fehlender Vergleichsmöglichkeiten. Das KVG regelt die Finanzierungsgrundsätze für den Teil des Gesundheitswesens, der diesem Gesetz untersteht (Patientinnen und Patienten der Grundversicherung), in der ganzen Schweiz verbindlich. Seit 1996 gibt es deshalb kein System ohne KVG mehr. Damit ist nicht feststellbar, wie sich das Gesundheitswesen bzw. dessen Finanzierung ohne KVG weiterentwickelt hätte.

Das KVG ist Teil der Bundesgesetzgebung. Entsprechend ist es grundsätzlich Aufgabe der Bundesbehörden, die dadurch hervorgerufenen Wirkungen zu erheben und zu überprüfen. Das Bundesamt für Sozialversicherungen gibt denn auch eine Reihe von Studien im Rah-

men der Wirkungsanalysen des KVG heraus. Zum Aspekt der Finanzierung des Gesundheitswesens liegt mittlerweile ein ausführlicher Forschungsbericht vor (vgl. «Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens», Forschungsbericht Nr. 15/98 in «Beiträge zur sozialen Sicherheit»). Diesem Bericht lässt sich etwa entnehmen, dass infolge des neuen KVG die Kosten der Krankengrundpflegeversicherung 1996 im Vergleich zum Vorjahr um rund 10% angestiegen sind, wobei nicht detailliert bestimmt werden konnte, wieviel davon genau auf das KVG zurückgeführt werden kann, da gewisse Schwankungen oder Steigerungen auch schon früher vorgekommen sind. Der entsprechende Anstieg von 1994 auf 1995 betrug jedoch wesentlich weniger, nämlich nur rund 5%. Auch mit Bezug auf die Aufteilung der Kosten auf die verschiedenen Träger stellt der Bericht merkliche Veränderungen fest: Die Brutto-prämien stiegen um 21% an, die Reserven der Krankenversicherer nahmen ab (500 Mio. Franken) und die Kostenbeteiligungen der Versicherten erhöhten sich um rund 30% (400 Mio. Franken). Zudem wurden von den Versicherten vermehrt höhere Jahresfranchisen gewählt, was den Anstieg der Prämien dämpfte. Die öffentlichen Beiträge pro Versicherten (Prämienverbilligungen) gingen demgegenüber zurück. Insgesamt ergab sich gemäss Studie eine Verschiebung von der öffentlichen Hand zu den privaten Haushalten, da diese die höheren Prämien und Selbstbehalte tragen (vgl. a.a.O. S. 151 ff.).

Wichtige mit dem KVG zusammenhängende Auswirkungen werden laufend von der noch nicht abgeschlossenen Rechtsprechung des Bundes beeinflusst (vgl. nachfolgend). Sodann sind auf Bundesebene gegenwärtig verschiedene Vorlagen zu Teilrevisionen des KVG hängig, die eher zu neuen Mehrbelastungen der Kantone führen werden. Die Teilrevision KVG zur Spitalfinanzierung ist nach durchgeführtem Vernehmlassungsverfahren diesen Winter in den eidgenössischen Räten zur Behandlung vorgesehen. Da mithin die durch das KVG gesetzten Rahmenbedingungen durch Rechtsprechung und Revisionen ständig ändern, kann im gegenwärtigen Zeitpunkt keine abschliessende Beurteilung der finanziellen Auswirkungen vorgenommen werden.

#### **a) Akutbereich (stationär)**

Bei den Akutspitalern wurde der Katalog der Leistungen, die von den Krankenkassen übernommen werden müssen, durch das KVG erweitert, was zu einer entsprechenden Kostensteigerung sowohl für die Krankenkassen (und damit auch für die Prämienzahlerinnen und -zahler) als auch für den Kanton und die Gemeinden geführt hat.

Noch offen ist im Kanton Zürich die Frage der Kostendeckung durch die Krankenkassen. Das KVG sieht in Art. 49 Abs. 1 höchstens eine 50%ige Kostendeckung der Kassen vor; dies unter der Bedingung, dass die gemäss KVG anrechenbaren Betriebskosten der stationären Behandlungen transparent ausgewiesen sind. Der Bundesrat hat beim Entscheid vom 13. August 1997 betreffend Festsetzung der ab 1. Januar 1996 geltenden Taxen in den staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Krankenhäusern des Kantons Zürich den Kostenbeteiligungsgrad der Krankenkassen auf 46% festgelegt. Seit diesem Entscheid haben sich die Taxen der Zürcher Akutspitäler nicht mehr verändert. Betreffend die für das Jahr 2000 vorgesehene Anpassung läuft – nach gescheiterten Verhandlungen – derzeit ein Taxfestsetzungsverfahren, wobei insbesondere die Höhe der Kostenbeteiligung der Krankenversicherungen strittig ist. Die Leistungserbringer rechnen mit einem höheren Kostenbeteiligungsgrad der Krankenversicherer, weil die Transparenzerfordernisse, die das KVG an den Kostennachweis der Spitäler stellt, im Kanton Zürich heute weitgehend erfüllt sind. Im akutstationären Bereich ist damit eine zukünftige Verschiebung der Lasten vom Kanton zu den Krankenkassen zu erwarten, die heute aber noch nicht quantifiziert werden kann.

Das KVG verpflichtet die Kantone in Art. 39 zur Erstellung von Spitallisten auf Grundlage einer bedarfsgerechten Spitalversorgung. Die Zürcher Spitalliste 1998 (Akutspitäler) sah im Hinblick auf den Abbau bestehender Überkapazitäten eine Strukturbereinigung vor, die zur Schliessung der Regionalspitäler (als kleinste Einheiten des bisherigen vierstufigen Versorgungssystems) führte. Die Schliessungen konnten jedoch auf Grund der gegen die Spitalliste eingelegten Rechtsmittel lange nicht erfolgen; der Bundesrat liess sich bis zum 17. Februar 1999 Zeit, um die Beschwerden der Regionalspitäler unter Gewährung einer Übergangsfrist bis Ende August 1999 abzuweisen. Die mit der Spitalliste verbundenen Schliessungen von Akutspitalern sind teilweise noch nicht abgeschlossen und die damit angestrebten Spareffekte daher noch nicht vollumfänglich erreicht.

Zusammengefasst stehen im stationären Akutspitalbereich Mehrkosten auf Grund der Erweiterung des Leistungskataloges und neuer medizinischer Angebote Spareffekten aus der Umsetzung der Spitalliste gegenüber. Von den Mehrkosten und Spareffekten sind jeweils sowohl der Kanton und die Gemeinden als auch die Krankenkassen betroffen; eine Umlagerung findet hier nicht statt. Zusätzlich ist der Kostenbeteiligungsgrad strittig, der die Aufteilung der Lasten zwischen den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand wesentlich bestimmt.

**b) Ambulanter (einschliesslich teilstationärer) Bereich**

Im ambulanten Bereich können noch keine abschliessenden Aussagen gemacht werden. Für den Kanton Zürich und die Gemeinden hat sich das KVG bisher im Wesentlichen budgetneutral ausgewirkt. Dies unter anderem deshalb, weil im Kanton Zürich am Kostenbeteiligungsschlüssel der Krankenkassen an ambulante Spitalbehandlungen von im Ergebnis 80% festgehalten worden ist. Die Krankenkassen machen dagegen geltend, im ambulanten Sektor (der weitgehend durch nichtsubventionierte private Arztpraxen und Tageskliniken versorgt wird) durch das KVG grosse Mehrbelastungen erfahren zu haben.

**c) Rehabilitationsbereich**

Im Rehabilitationsbereich hat primär die Rechtsprechung des Bundesrates zum KVG Auswirkungen auf die Zahlungsströme gezeigt. Im Entscheid vom 26. März 1997 betreffend die Taxfestsetzung für verschiedene «Aargauer Bäderkliniken» hielt der Bundesrat fest, dass bei nicht öffentlich subventionierten Privatkliniken, die auf der Spitalliste aufgeführt sind, keine Kostenbeteiligungspflicht der Kantone besteht und damit die Krankenversicherer die vollen Betriebskosten zu übernehmen haben. Weil im Rehabilitationsbereich mehrere ausserkantonale Privatkliniken auf der Zürcher Spitalliste aufgeführt sind, hat in der Folge eine Verschiebung der Finanzströme von der öffentlichen Hand zu den Krankenkassen stattgefunden.

**d) Langzeitbereich (stationär)**

Für Langzeitpatientinnen und -patienten hat das KVG die frühere zeitliche Beschränkung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf 720 Tage aufgehoben, was einerseits zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen und damit der Prämienzahlerinnen und -zahler geführt und andererseits die Leistungsbezügerinnen und -bezüger entlastet hat.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung im stationären Pflegebereich wurden auf die vom Bundesrat bestätigte Zürcher Pflegeheimliste (Stand November 1997) sämtliche stationären Pflegeinstitutionen mit Standort im Kanton Zürich mit generellen Leistungsaufträgen für alle Pflegebedarfsstufen aufgenommen. Auf die Finanzströme hatte die auf dem KVG beruhende Liste mithin keine direkten Auswirkungen.

Strittig waren im stationären Langzeitbereich unter der neuen Krankenversicherungsgesetzgebung die Taxen, welche die Krankenkassen – abgestuft nach der Pflegebedürftigkeit – zur Abgeltung der Pflegekosten unter Beachtung der bundesrechtlichen Rahmenvorgaben zu übernehmen haben. Für 1996 wurde eine erste Taxerhöhung auf dem Verhandlungswege erreicht. Die vom Regierungsrat (nach Scheitern entsprechender Verhandlungen) für 1997 und 1998 festgesetzten Taxen, die schrittweise zu weiteren Erhöhungen bis hin zur Ausschöpfung des bundesrechtlich vorgegebenen Rahmentarife führten, wurden vom Bundesrat jeweils bestätigt. In der Folge sind die jährlichen Mehrkosten, welche die Krankenkassen gegenüber den bis 1996 gültigen Taxen – nach Massgabe einer Schätzung auf Basis der verrechneten Pfl egetage – zu tragen haben, auf rund 90 Mio. Franken angestiegen. Die damit verbundenen Entlastungen teilen sich im Wesentlichen die Leistungsbezügerinnen und -bezüger sowie die Gemeinden; die Beiträge des Kantons sind ungefähr gleich geblieben.

#### Veränderung der Beiträge an die stationäre Krankenpflege

(Tendenz und Grobschätzung in Mio. Fr.)	bis 1995	1996	1997	1998
Staat	⇒	⇒	⇒	⇒
Kassen	⇒	↗	↗	↑ (+90)
Gemeinden	⇒	↘	↘	↓ (- 40)
Leistungsbezüger	⇒	↘	↘	↓ (- 50)

**e) Spitex**

In der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege führte das KVG zu einer Verschiebung der Lastenaufteilung zwischen den Krankenversicherern und der öffentlichen Hand. Die pflegerischen Leistungen werden neu von den Kassen getragen, wobei aber die Leistungspflicht auf 60 Stunden je Quartal beschränkt worden ist. Die durch die Spitex geleisteten hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen sind von der Leistungspflicht der Krankenkassen weiterhin ausgenommen. Im Bereich der Spitex entstehen den Versicherern Mehrkosten; jedoch ist zu beachten, dass die Aufwendungen für die spitalexterne Krankenpflege nur rund 2% der Kosten des Gesundheitswesens ausmachen. Demgegenüber ergab sich eine Entlastung der Gemeinden von jährlich rund 15 Mio. Franken. Die Anteile, die der Bund gestützt auf Art. 101<sup>bis</sup> Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.1) an private Spitexorganisationen ausrichtet, blieben ungefähr konstant. Nicht wesentlich verändert haben sich auch die Kostenanteile, die der Staat gemäss § 59 Abs. 2 Gesundheitsgesetz (LS 810.1) an öffentliche und private Institutionen der spitalexternen Krankenpflege ausrichtet. Ungefähr gleich geblieben ist auch der Finanzierungsanteil durch Spenden, Mitgliederbeiträge und Legate (übrige Einnahmen der Spitexorganisationen).

<b>Jahr</b>	<b>Einnahmen Total</b>	<b>Bundes- beitrag</b>	<b>in %</b>	<b>Staats- beitrag</b>	<b>in %</b>	<b>Gemeinde- beitrag</b>	<b>in %</b>	<b>Spitex taxen</b>	<b>in %</b>	<b>Übrige Einnahmen</b>	<b>in %</b>
1990	80'758'877	12'393'542	15.3%	6'897'662	8.5%	32'705'310	40.5%	20'714'553	25.6%	8'047'811	10.0%
1992	103'457'112	17'648'690	17.1%	8'541'236	8.3%	40'336'534	39.0%	27'590'230	26.7%	9'340'422	9.0%
1994	107'091'843	19'445'235	18.2%	9'358'765	8.7%	34'080'180	31.8%	35'344'547	33.0%	8'863'117	8.3%
1995	110'134'053	18'176'907	16.5%	9'788'496	8.9%	35'363'490	32.1%	38'066'933	34.6%	8'738'226	7.9%
1996	119'711'939	19'407'120	16.2%	10'534'592	8.8%	22'336'682	18.7%	53'253'482	44.5%	14'180'063	11.8%
1997	114'697'916	18'550'661	16.2%	10'464'780	9.1%	19'981'138	17.4%	51'942'186	45.3%	13'759'751	12.0%
1998	111'667'599	18'914'882	16.9%	10'675'262	9.6%	18'630'653	16.7%	53'952'477	48.3%	9'494'325	8.5%

## f) Psychiatrie

Auch in der Psychiatrie wurde auf Grund des KVG eine vom Bundesrat bestätigte Spitalliste erstellt. Mit dieser wird durch die Definition von Leistungsaufträgen das Leistungsspektrum der Kliniken im Sinne des kantonalen Psychiatriekonzeptes genauer strukturiert. Das Psychiatriekonzept selbst ist allerdings keine unmittelbare Folge des KVG. Eine Reduktion der Kapazitäten wie bei den Akutspitälern war mit der Spitalliste Psychiatrie nicht verbunden. Auf die Zahlungsströme wirkte sich die Liste deshalb kaum aus.

## 3. Prämienverbilligung

Vor Inkrafttreten des KVG hat der Kanton jährlich rund 125 bis 135 Mio. Franken (1993 und 1994) Staatsbeiträge an die Krankenversicherer ausgerichtet. 1995 lagen die Ausgaben bei rund 81 Mio. Franken. Dieser Rückgang ist auf den einmaligen MWSt-Beitrag des Bundes zurückzuführen. Mit Inkrafttreten des KVG wurde ein Systemwechsel vollzogen. Neu werden keine Staatsbeiträge mehr an die Krankenversicherer ausbezahlt, sondern die Prämienverbilligungen, die vom Kanton und vom Bund gemeinsam finanziert werden, werden direkt an die berechtigten Personen bzw. deren Krankenversicherer ausbezahlt. Die jährlich für die Prämienverbilligung zur Verfügung stehenden Beiträge sind bis zum Jahr 1999 in Art. 106 KVG und für die Jahre 2000 bis 2003 in einem neuen Bundesbeschluss festgesetzt. Die Beiträge steigen insgesamt jährlich an, und die Aufteilung zwischen Bund und Kanton hat sich seit Inkrafttreten des KVG bei je rund 50% eingependelt. Die Beiträge für die einzelnen Kantone berechnen sich unter anderem nach der Finanzkraft des Kantons, der Wohnbevölkerung und der Höhe der durchschnittlichen Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

### Prämienverbilligung nach KVG

Ausgaben gemäss Rechnung bzw. VA des Kantons Zürich	Rechnung 1996	Rechnung 1997	Rechnung 1998	VA 1999
Kantonsbeiträge (in Mio. Fr.)	69	90	138	138

#### **4. Ausserkantonale Hospitalisation**

Mit Inkrafttreten des KVG wurden die Wohnkantone verpflichtet, bei medizinisch bedingten ausserkantonalen Behandlungen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital die Differenzkosten zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner und Einwohnerinnen des Kantons zu übernehmen (Art. 41 Abs. 3 KVG). Diese Neuerung wurde im Hinblick auf einen Lastenausgleich zwischen den Kantonen eingeführt. Mit Entscheid vom 16. Dezember 1997 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht klargestellt, dass die Ausgleichspflicht auch bei Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines ausserkantonalen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals besteht. Der Kanton Zürich hat in der Folge unter dem Titel «Ausserkantonale Hospitalisationen» seit Einführung des KVG Kosten von jährlich durchschnittlich rund 9 Mio. Franken übernommen.

#### **5. Bereich Fürsorge und Ergänzungsleistungen**

In der stationären Langzeitpflege wurden die Krankenkassenbeiträge in den Pflegestufen 2, 3 und 4 seit Inkrafttreten des KVG praktisch verdoppelt (vgl. vorstehend, Abschnitt Langzeitbereich). Dies entlastet vorübergehend die subjektseitige Finanzierung der Pflegekosten durch Sozialhilfe und vor allem mittels Zusatzleistungen zur AHV/IV, die Staat und Gemeinden jährlich mit rund 250 Mio. Franken belasten. Inzwischen sind die Heimtarife bereits in ähnlichem Ausmass angestiegen, und sie werden weiter steigen, ohne dass von den Krankenkassen höhere Beiträge zu erwarten sind. Eine Steigerung der Pflegekosten dürfte sich wieder voll auf die subjektseitige Finanzierung mittels Zusatzleistungen auswirken, d. h. zu Lasten von Bund, Kanton und Gemeinden gehen.

Im Bereich der Fürsorge führte das KVG zu einer Aufwandverminderung im Umfang der nunmehr durch die Sozialhilfe finanzierten Krankenversicherungsprämien von rund 30 Mio. Franken, wobei rund 24 Mio. Franken von den Gemeinden und rund 6 Mio. Franken vom Kanton getragen worden waren. Diese Leistungen werden neu mittels Prämienverbilligung und Übernahme von Franchisen und Selbstbehalten finanziert. Die Prämienübernahmen, die zu Lasten der Gemeinden gehen, wurden im ersten Bericht zum Postulat KR-Nr. 345/1995 noch auf 10 Mio. Franken pro Jahr geschätzt. Für 1996–1998 ergibt sich nun, dass die von den Gemeinden übernommenen Prämien von rund 13 Mio. Franken für 1996 auf rund 22 Mio. Franken für 1998 angestiegen sind. Auf Grund des Versicherungsobligatoriums und des

ausgedehnten Leistungskatalogs des KVG kann davon ausgegangen werden, dass beinahe die gesamte Bevölkerung Versicherungsleistungen beziehen kann und die Gemeinden daher nur noch in wenigen Fällen subsidiär Kostengutsprache erteilen und Behandlungskosten übernehmen müssen. Dies hat bei den Gemeinden zu einem Rückgang der Kosten geführt. Erhebungen bzw. genaue Zahlen liegen jedoch keine vor.

Auch bei den Zusatzleistungen (ZL) verlagerte sich die Finanzierung der Krankenversicherungsprämien auf Mittel der individuellen Prämienverbilligung. Darüber hinaus ergeben sich Minderausgaben infolge Mehrleistungen der Krankenkassen an die Krankenkosten der EL-Bezüger. Die durch die individuelle Prämienverbilligung finanzierten Beiträge an die Krankenkassenprämien ergeben für die Gemeinden eine Entlastung von rund 20 Mio. Franken. Die Einsparungen des Kantons werden durch die entstehenden Mehrkosten bei der Prämienverbilligung ungefähr ausgeglichen

## **6. Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich über alle Bereiche hinweg festhalten, dass das KVG – entsprechend der erwähnten Studie des Bundes – eine Verschiebung der Zahlungsströme von der öffentlichen Hand zu den Krankenkassen bzw. zu den Prämienzahlern ergeben hat. Für den Kanton Zürich hat sich das KVG bisher im Wesentlichen budgetneutral ausgewirkt; in Zukunft ist mit einem leichten Anstieg der Kosten zu rechnen (falls der Bund die Teilrevision KVG wie derzeit vom BSV geplant durchführen kann, wird dies für den Kanton Zürich zu einer Mehrbelastung von voraussichtlich 100 bis 200 Mio. Franken führen; bewirkt insbesondere durch die vorgesehene neue Verpflichtung der Kantone, auch innerkantonal an die Hospitalisation von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten einen Sockelbeitrag analog der Grundversicherung auszurichten). Die Kostenverschiebung hat sich damit vorab zu Gunsten der Gemeinden ausgewirkt; d. h., die Gemeinden sind heute die eigentlichen Gewinnerinnen, wobei ihnen – ohne allfällige Korrekturen auf Gesetzesesebene – inskünftig noch weitere Einsparungen in Aussicht stehen.

Wie eingangs erwähnt, kann die KVG-bedingte Veränderung der Finanzströme primär in ihrer Tendenz dargestellt werden. Die Tendenz ist dabei eindeutig. Sodann kann gesagt werden, dass sich die jährlichen Einsparungen der Gemeinden nach Massgabe einer Hochrechnung der Gesundheitsdirektion in Richtung 100 Mio. Franken bewegen.

12

**7. Antrag**

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 345/1995 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:	Der Staatsschreiber:
Diener	Husi

**Anhang**

<b>Akutspitäler (stationär)</b>	<b>Tendenz durch KVG</b>
Kanton Gemeinden Krankenkassen	⇒ ⇒ ↔
<b>Ambulanter Bereich</b>	
Kanton Gemeinden Krankenkassen	⇒ ⇒ ↔
<b>Langzeitbereich (stationär)</b>	
Kanton Gemeinden Krankenkassen Leistungsbezüger	⇒ ⇓ ⇑ ⇓
<b>Spitex</b>	
Kanton Gemeinden Krankenkassen	⇒ ⇓ ⇑
<b>Prämienverbilligung</b>	
Kanton Gemeinden	⇒ ↔
<b>Sozialhilfe</b>	
Kanton Gemeinden	⇒ ↔

<b>Zusatzleistungen</b>	<b>Tendenz durch KVG</b>
Kanton	⇒
Gemeinden	⇄

<b>Total</b>	
Kanton	⇒
Gemeinden	⇄
Krankenkassen	↑