

Dafflon, Bernard

**Book Part**

## Die Dezentralisierung der Sozialpolitik: Eine unmögliche Mission? Der Fall der Krankenversicherung in der Schweiz

**Provided in Cooperation with:**

ARL – Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft

*Suggested Citation:* Dafflon, Bernard (2005) : Die Dezentralisierung der Sozialpolitik: Eine unmögliche Mission? Der Fall der Krankenversicherung in der Schweiz, In: Färber, Gisela (Ed.): Das föderative System in Deutschland: Bestandsaufnahme, Reformbedarf und Handlungsempfehlungen aus raumwissenschaftlicher Sicht, ISBN 3-88838-053-7, Verlag der ARL - Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover, pp. 257-281, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-338390>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/60117>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Bernard Dafflon

## **Die Dezentralisierung der Sozialpolitik: Eine unmögliche Mission?**

### **Der Fall der Krankenversicherung in der Schweiz**

#### *Gliederung*

##### Einleitung

1. Rahmenbedingungen
2. Die öffentliche Finanzierung
  - 2.1 Strategische Änderungen ab 1996
  - 2.2 Ausführung der neuen Regel in den Kantonen
3. Die Anteile der Kantone am Bundesbeitrag
  - 3.1 Die Beiträge des Bundes
  - 3.2 Die Beiträge der Kantone
4. Der Ausgleichseffekt der Verteilung
  - 4.1 Variablen
  - 4.2 Resultate aufgrund des Verteilungsmodells
  - 4.3 Resultate aufgrund der effektiven Zahlungsströme
    - 4.3.1 Die Ausgleichswirkung
    - 4.3.2 Die Umverteilungswirkung
5. Schlussfolgerungen
  - 5.1 Bemerkungen
    - 5.1.1 Der Prämienunterschied
    - 5.1.2 Der Kürzungsfaktor
  - 5.2 Aussichten

##### Literatur

## Einleitung

In der Schweiz erfordern die Defizite der Sozialversicherungen, welche seit Anfang der 80er Jahre stark angestiegen sind, eine zunehmende finanzielle Unterstützung des öffentlichen Sektors. In den Fällen, in denen öffentliche Finanzhilfe geleistet wird, wird diese vom Bund und den Kantonen meist gemeinsam gewährt, wobei die zur Lastenaufteilung dienende Formel manchmal auch eine ausgleichende Komponente enthält. Die Bestimmungen über die Lastenaufteilung variieren allerdings je nach Versicherungstyp. Die Dezentralisierung der Sozialpolitik und die Kopplung des Finanzausgleichs mit der öffentlichen Finanzierung der Sozialversicherungen bereitet wahrhaft Kopfzerbrechen. Gelegentlich führt sie zu Unwirksamkeiten und zu politischem „Kuhhandel“ zwischen Bund und Kantonen oder zwischen den Kantonen (Dafflon 1995: 145 ff.). Zudem darf jeder Kanton selbst entscheiden, ob und zu welchem Grad er die finanzielle Last der Teilnahme an den Sozialausgaben auf die Gemeinden in seiner Gebietskörperschaft übertragen will. Für jeden einzelnen Versicherungstyp können also (zumindest theoretisch) sechszwanzig verschiedene Verteilungsformeln nebeneinander existieren, was das System im Allgemeinen undurchsichtig macht.

In Deutschland wird derzeit über die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) heftig debattiert. Auf der Einnahmenseite steht die Abschaffung der lohnzentrierten Beitragserhebung im Mittelpunkt der geplanten Reform. Unter der Leitung des Darmstädter Ökonomeprofessors Bert Rürup hat die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im August 2003 dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen umfassenden Bericht vorgelegt (Rürup-Kommission 2003). In diesem Dokument schildert die Kommission zwei Vorschläge zur Erneuerung des Beitragssystems. Das Konzept der sog. *Bürgerversicherung* zielt darauf ab, den Versichertenkreis sowie die Beitragsgrundlagen – in Orientierung am Leistungsfähigkeitsprinzip – auf die gesamte Bevölkerung auszuweiten. Das *Gesundheitsprämienkonzept* richtet sich hingegen nach dem Äquivalenzprinzip und zielt auf die Einführung einkommensunabhängiger Beiträge.

Als einziges Land in Europa betreibt die Schweiz seit 1996 eine Krankenversicherungspolitik, die mehrheitlich aus lohnunabhängigen Kopfpauschalen finanziert wird und den sozialen Ausgleich durch das staatliche Steuer-Transfer-System realisiert. Das von der Rürup-Kommission vorgestellte Gesundheitsprämienkonzept lässt sich in dieser Hinsicht durch das schweizerische Modell inspirieren, obwohl der Mechanismus der Transferauszahlung im Hinblick auf die föderative Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern bislang nicht geklärt worden ist.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die territoriale Organisation des schweizerischen Prämienzuschuss-Systems im Hinblick auf ihre effektiven Ausgleichs- und Umverteilungswirkungen zu prüfen. Dieser Punkt wird auch in dem ansonsten umfassenden Artikel von Gerlinger (2003) über das schweizerische Finanzierungsmodell nur beiläufig behandelt.

Unsere Analyse der gegenwärtigen Debatte in Deutschland soll dazu beitragen, die Vor- und Nachteile des Kopfpämienmodells besser einschätzen zu können, damit eine nachhaltige Lösung für die Probleme der Gesundheitsfinanzierung gefunden werden kann.

Das Kapitel besteht aus fünf Abschnitten. Abschnitt 1 beschreibt den allgemeinen Rahmen, in dem die öffentliche Finanzierung der Krankenversicherung (Abschnitt 2) erfolgt. Zwar sind die bundesstaatlichen Subventionen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bestimmt, die Transfers werden gemäß einer im Abschnitt 3 zu erklärenden Ausgleichsformel aufgeteilt und durch die Vermittlung der Kantone an die Versicherten weitergeleitet. Die Verteilungseffizienz dieser Transfers wird im Abschnitt 4 analysiert. Abschnitt 5 gibt schließlich eine Antwort auf die Frage im Titel.

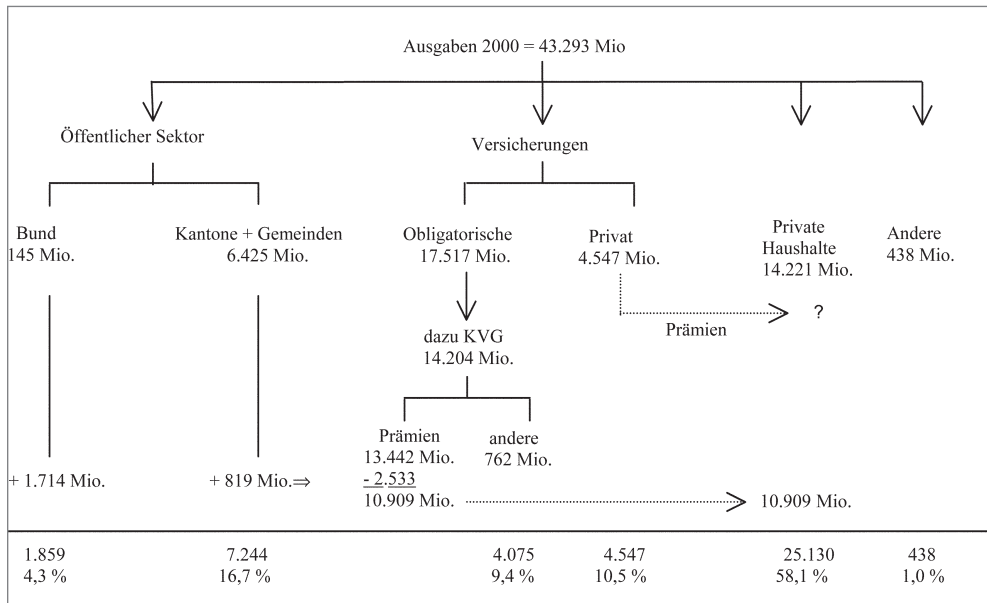
## 1. Rahmenbedingungen

Die erste gesetzliche Regelung der Krankenversicherung auf Bundesebene datiert von 1911, die Versicherungspflicht wurde aber erst mit dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 (Krankenversicherungsgesetz, im Weiteren: KVG) eingeführt, welches am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist.

Die gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen betragen 43.293 Millionen Franken (1 Euro = 1,50 Sfr.) in 2000. Die vier wichtigsten Kategorien sind die Folgenden: Krankenhäuser (14.844 Millionen Sfr. = 34 %), ambulante Behandlungen (13.402 Millionen = 31 %), weitere Pflegeanstalten wie Heime für Betagte und Institutionen für Invalide (7.564 Millionen Sfr. = 17 %), und Medikamente (4.130 Millionen Sfr. = 10 %). Die öffentliche Finanzierung dieser Ausgaben ist zweigeteilt : (i) die Kantone und Gemeinden tragen gemeinsam die Hälfte der Krankenkosten; (ii) der öffentliche Sektor subventioniert die individuellen Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung, sowie der obligatorischen Versicherung gegen Nichtbetriebsunfälle. Diese zweite Finanzierungsart wird Gegenstand dieses Kapitels sein.

Der Fall der Krankenversicherung bietet ein recht anschauliches Beispiel für die Schwierigkeiten, die sich einerseits daraus ergeben, dass man die soziale Sicherheit mit der Dezentralisierung vereinbaren möchte, und andererseits daraus, dass man die Zielsetzung der Umverteilungspolitik und der Ausgleichspolitik gleichzeitig berücksichtigen will. Hier gelangt man wieder zu einer der expliziten Thesen des fiskalischen Föderalismus, welche besagt, dass die dezentralisierte Umverteilungspolitik nur dann erfolgreich ist, wenn man die freie Bewegung der wirtschaftlichen Akteure zwischen den Gebietskörperschaften ausschließen kann (Oates 1999: 1121). Nun, mit der Entstehung von städtischen Agglomerationen, welche die regionalen politischen Grenzen oft überschreiten, und mit der zunehmend häufigen Erscheinung räumlicher externer Effekte (Spillover) im Gesundheitswesen (z.B. durch den Einfluss der zunehmenden Spezialisierung von Krankenhäusern), ist diese Bedingung nicht mehr erfüllt. Die institutionelle und funktionelle Struktur des KVG wird andauernd mit diesem Dilemma konfrontiert. Vereinfacht lässt sich das Dilemma wie folgt darstellen (s. Abbildung 1, nächste Seite):

Abb. 1: Die Finanzierung des Gesundheitssystems der Schweiz



Quelle: BSV, Statistiken zur Sozialen Sicherheit, Bern, 2002, S. 149, 162, 163.

- Das Bundesgesetz fixiert die grundlegenden Bedingungen für die obligatorische Versicherung gegen Krankheit und Nichtberufsunfälle, die in der obligatorischen Versicherung einbegriffenen Leistungen sowie die Kriterien der Prämienbezahlung. Der Preis der einzelnen ärztlichen Leistungen wird in „Tarifpunkten“ ausgedrückt.<sup>1</sup>
- Die Kantone sind beauftragt, die Planung der Krankenhäuser in ihrer Gebietskörperschaft zu übernehmen sowie die interkantonalen bzw. intrakantonalen Krankenhausnetze zu koordinieren. Die Festlegung der Geldwerte des Tarifpunktes obliegt den einzelnen Kantonen. Sie entscheiden zudem über die Kriterien der Beitragsleistung an die individuellen Versicherungsprämien.
- Die Versicherungsprämien werden von den Krankenpflege- und Unfallversicherern (93 Versicherer im Jahre 2002) auf kantonaler Basis, innerhalb der vom Bundesgesetz fixierten Grenzen bestimmt. Demnach kann die individuelle Prämienbelastung je nach Kanton bzw. innerhalb eines Kantons je nach Versicherungstyp unterschiedlich sein, wie es aus der Tabelle 1 hervorgeht.

<sup>1</sup> Laut der Konvention TARMED (für „tarif médical“) werden die bestehenden 26 kantonalen Punktsysteme demnächst durch ein einheitliches nationales Punktsystem ersetzt. Die Konvention wurde Anfang 2002 von allen betroffenen Parteien (Versicherer, Ärzte, Krankenhäuser) unterzeichnet. Der Bundesrat hat am 7. Oktober 2002 zugestimmt. Die Konvention wird im Bereich der Unfall-, Militär und Invalidenversicherung per 1. Mai 2003 und in den übrigen Bereichen per 1. Januar 2004 in Kraft treten.

Tab. 1: Prämien in der obligatorischen Krankenversicherung, gemäß KVG (2001)<sup>1</sup>

Kanton	minimal	durchschnittlich <sup>2</sup>	maximal	Abweichung (5-2)
1	2	4	5	6
Zürich	165,00	226,00	348,60	183,60
Bern	163,00	214,00	295,00	132,00
Luzern	140,00	174,00	216,60	76,60
Uri	132,40	162,00	224,20	91,80
Schwyz	142,20	171,00	230,80	88,60
Obwalden	139,00	164,00	181,00	42,00
Nidwalden	139,00	155,00	181,00	42,00
Glarus	138,00	170,00	199,80	61,80
Zug	139,30	166,00	185,00	50,40
Freiburg	173,00	219,00	249,00	76,00
Solothurn	161,00	208,00	275,10	114,10
Basel-Stadt	238,00	300,00	346,80	108,80
Basel-Land	182,80	225,00	280,80	98,00
Schaffhausen	153,70	203,00	236,20	82,50
Appenzell AR	128,20	160,00	176,00	47,80
Appenzell IR	123,80	145,00	169,00	51,20
Sankt Gallen	135,00	176,00	213,80	78,80
Graubünden	126,50	168,00	285,00	158,50
Aargau	130,20	190,00	233,80	98,60
Thurgau	160,00	198,00	210,00	50,00
Tessin	204,00	258,00	299,80	95,80
Waadt	239,00	288,00	349,00	110,00
Wallis	70,00	179,00	259,00	189,00
Neuenburg	209,00	263,80	326,80	117,80
Genf	284,00	336,00	461,00	177,00
Jura	213,00	262,00	299,00	86,00
Schweiz	70,00	223,00	461,00	391,00

<sup>1</sup> Monatsprämien, inkl. Unfälle, für Erwachsene, in Franken

<sup>2</sup> Schätzung der durchschnittlichen Monatsprämie, auf der Grundlage der Versicherungstarife mit normaler Franchise (Unfallrisiko inbegriffen; die Tarife der weiteren Versicherungsmodelle – wählbare Franchise, Versicherung mit Bonus oder Versicherung mit begrenzter Wahl der Leistungserbringer – konnten nicht berücksichtigt werden) und der Anzahl der Versicherten pro Kanton und pro Region.

Quelle: Statistique des assurances sociales suisses 2001. OFAS Berne, p. 147; Primes 2001. OFAS Berne, pp 26–77; document interne, 03.06.02, OFAS

Das System der Krankenversicherung entspricht einer vernünftigen Finanzierungslogik, welche sich im Wesentlichen auf den individuellen Prämien gründet. Letztere werden als Geldbeträge in Schweizerfranken pro Versicherte berechnet, nach dem Prinzip einer je nach Versichertenkategorie festgesetzten monatlichen Pauschalprämie, die vom individuellen Zahlungsvermögen unabhängig ist. Im Jahr 2000 deckten die Versicherungsprämien abzüglich der durch den öffentlichen Sektor gewährten Prämienverbilligung 77 Prozent der obligatorischen Krankenversicherungsausgaben. Im genannten Jahr wurden die Gesamtausgaben von 14.204 Mio. Franken in der Höhe von 2.533 Mio. Franken (14%) durch Bund und Kantone subventioniert (OFAS 2002: 151).

Das bestehende System sorgt für erhebliche Prämienunterschiede in den Kantonen; das Verhältnis zwischen der niedrigsten (SFr. 70 im Kt. Wallis) und der höchsten Monatsprämie (SFr. 461 im Kt. Genf) ist beinahe 1:7 für die gleichen Grundleistungen. Das Argument, dass

solche Unterschiede dem durch die Kantone frei (nach eigener Kalkulation) bestimmbareren Geldwert des Tarifpunktes zu verdanken sind, ist nicht haltbar. In Wirklichkeit können auch innerhalb der einzelnen Kantone beträchtliche Unterschiede in der Prämienbeteiligung entstehen: Ein Beispiel dafür ist der Kanton Wallis, wo das Prämienniveau zwischen 70 und 259 Franken schwankt. Dabei ist das zur Verfügung stehende Netzwerk von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen für alle Einwohner des Kantons dasselbe. Bis heute hat man den objektiven Grund der Prämienunterschiede nicht identifizieren können. Vielmehr spricht man von einem Bündel von mehr oder weniger bestrittenen Ursachen (Siffert 2000: 206–210; Haari; Rüefli; Vatter 2002: 14–16). Am häufigsten werden die folgenden erwähnt:

*angebotsseitig:*

- hohe Ärztedichte (Anzahl Ärzte pro 1000 Einwohner)
- hoher medizinischer Versorgungsgrad
- die Infrastruktur der Krankenpflege (Anzahl Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner)
- die (evtl. übermässige) Qualität des Krankenhausnetzes und der Altersheime im Kanton
- die Transformation des Spitex in spezialisierte Pflegeorganisationen

*nachfrageseitig:*

- die Nachfrage und die regionalen Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen
- die Alterspyramide und der hohe Anteil an älteren Bevölkerungsschichten
- der Urbanisierungsgrad
- die in gewissen Regionen hohe Arbeitslosigkeit;

*finanzierungsseitig:*

- der gewählte Modus für die öffentliche Finanzierung der Ausrüstung und Infrastruktur in Krankenhäusern
- die Abwesenheit einer Finanzplanung, die sich an den Bedürfnissen der Bürger und dem Angebot der Gemeinden und der anderen spezialisierten Organisationen orientiert
- die Wirksamkeit der Verwaltung von Krankenhäusern und anderen Anstalten sowie der Administration der Krankenkassen.

Die Anwesenheit von Einflussfaktoren wie Ärztedichte, Alterspyramide oder Urbanisierungsgrad lässt vermuten, dass die Prämienunterschiede nicht unbedingt auf den Wettbewerb um Effizienz zurückzuführen sind. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu den Erwartungen der Rürup-Kommission betreffend der deutschen Krankenkassenlandschaft (2003: 163).

## 2. Die öffentliche Finanzierung der obligatorischen KV

Tabelle 2 zeigt die Dynamik der Förderung der obligatorischen Krankenversicherung durch Bund und Kantone ab 1965. Gewährte der Bund noch bis 1991 direkte Subventionen an die Krankenkassen, so wurde das System ab 1996, nach einer ziemlich problematischen Übergangsperiode (1992–1995), weitgehend verändert. Dadurch ist den Kantonen eine aktivere Rolle zugekommen, weil sie die Formel der Subventionsverteilung fortan direkt beeinflussen konnten. Die Veränderungen werden wir in zwei Etappen erklären: Die Zielsetzungen der neuen Strategie (Abschnitt 2.1) werden mit der Position der Kantone konfrontiert (Abschnitt 2.2).

Tab. 2: Subventionen vom öffentlichen Sektor für die Krankenversicherung, 1965-2000, in Mio. Franken (tatsächliche Zahlungsströme)

Jahr	Bund				Kantone und Gemeinden				total
	an die Krankenkassen	an die Kantone für die Versicherten	total	in % (4 : 10)	an die Krankenkassen	an die Versicherten	in %		
							(6+7) : 4	(6+7) : 10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1965	161,4	-	161,4	75,7	51,8	n.v.	32,1	24,3	213,2
1970	357,2	-	357,2	76,3	110,7	n.v.	31,0	23,7	467,9
1975	691,6	-	691,6	73,9	244,5	n.v.	35,3	26,1	936,1
1980	912,8	-	912,8	75,0	304,8	n.v.	33,4	25,0	1.217,7
1985	901,8	-	901,8	66,5	331,9	123,3	50,5	33,5	1.357,0
1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	975,6	-	975,6	66,6	254,8	234,2	50,1	33,4	1.464,6
1988	996,8	-	996,8	65,6	232,3	289,4	52,3	34,4	1.518,5
1989	1.003,4	-	1.003,4	63,8	261,1	307,1	56,6	36,2	1.571,6
1990	1.315,7	-	1.315,7	68,0	288,6	331,6	47,1	32,0	1.935,9
1991	1.265,1	-	1.265,1	65,1	314,7	363,3	53,6	34,9	1.943,1
1992	1.291,6	100,0	1.391,6	70,2	371,1	219,1	42,4	29,8	1.981,8
1993	1.302,5	100,0	1.402,5	69,2	364,7	258,6	44,4	30,8	2.025,8
1994	1.295,5	100,0	1.395,5	70,5	323,9	259,9	41,8	29,5	1.979,3
1995	1.235,5	86,5	1.322,0	65,4	312,6	386,4	52,9	34,6	2.021,0
1996	22,8	1.067,7	1.090,5	69,0	133,4	356,4	44,9	31,0	1.580,3
1997	4,4	1.164,2	1.168,6	72,6	-	441,1	37,7	27,4	1.609,7
1998	27,4	1.425,7	1.453,1	70,3	-	615,2	42,3	29,7	2.068,3
1999	-	1.658,2	1.658,2	67,0	-	818,0	49,3	33,0	2.476,2
2000	-	1.714,1	1.714,1	67,7	-	819,4	47,8	32,3	2.533,5
2001	-	1.774,4	1.774,4	67,9	-	840,5	47,4	32,1	2.614,9
2002	-	1.880,5	1.880,5	66,5	-	947,8	50,4	33,5	2.828,3

Quelle: Sécurité Sociale de la Suisse, en Chiffres et Statistique des assurances sociales suisses. OFAS, Berne, éditions 1996 à 2001; OFAS: Réduction des primes dans les cantons: premières expériences. Tableau T.02; Tabelle 4.



## 2.1 Strategische Änderungen ab 1996

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene KVG hat fünf wesentliche Korrekturen vorgenommen: Gewährleistung der freien Kassenwahl; komplette Grundversicherung; Kosteneindämmung durch verstärkten Wettbewerb, sowie die Gleichstellung von Frauen und Männern in der gezielten Verbilligung der Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Meier 1995: 236).

Ab 1996 gewährt der Bund Finanzhilfe für die Verminderung der Prämienbelastung von Versicherten in „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“. Über den Kreis der Bezugsberechtigten sowie über das Maß und die Bedingungen der Prämienverbilligung dürfen die Kantone selbst entscheiden, allerdings innerhalb der auf Bundesebene festgelegten Normen. Die Beiträge des Bundes an die Kantone werden unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einen Bundesbeschluss festgesetzt. Zwischen 1996 und 2003 sollen die Bundesbeiträge von 1.830 Mio. Franken auf 2.314 Mio. Franken steigen.<sup>2</sup> Zur Deckung dieser Ausgaben stehen 5 Prozent der MwSt-Einnahmen sowie weitere eigene Mittel im Bundeshaushalt zur Verfügung. Nach einer dreijährigen Übergangsphase musste der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, seit 1999 mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.<sup>3</sup> Tabelle 3 zeigt, wie hoch die Beiträge des Bundes und der Kantone nach der Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften sein sollen.

Sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist, dürfen die Kantone den von ihnen zu tragenden Bei-

Tab. 3: Öffentliche Beiträge an die Krankenversicherung von 1996 bis 2003

Jahr	Bund (Art. 106, Abs. 1 KVG)	Kantone (Art. 66 und Art. 106, Abs. 2 KVG)		total
	in Mio.	in Mio.	in Prozent	in Mio.
1	2	3	4	5
1996	1.830,0	640,5	35	2.470,5
1997	1.940,0	776,0	40	2.716,0
1998	2.050,0	922,5	45	2.972,5
1999	2.180,0	1.090,0	50	3.270,0
2000	2.213,0	1.106,5	50	3.319,5
2001	2.246,0	1.123,0	50	3.369,0
2002	2.280,0	1.140,0	50	3.420,0
2003	2.314,0	1.157,0	50	3.471,0

Quelle: Art. 66 Abs. 2 KVG und Art. 106 Abs. 1 KVG für die Periode 1996–99; Sécurité sociale, 5/1998: 273 für 2000–03; Bundesbeschluss vom 31. Mai 1999; Verordnung der Bundesversammlung vom 16. Dezember 1999 über die Verwendung des Ertrages aus der Mehrwertsteuer in den Jahren 2000 bis 2003

<sup>2</sup> Art. 66, Abs. 2 und Art. 106, Abs. 1 des KVG für die Periode 1996–1999. Die Geltungsdauer dieser Regelung wurde bis Ende 2003 verlängert, und zwar durch die Verordnung der Bundesversammlung vom 16. Dezember 1999 über die Verwendung von 5 Prozent des Ertrages aus der Mehrwertsteuer für die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung zu Gunsten unterer Einkommenschichten. Vgl. auch Sécurité sociale 5/1998: 273, bzw. den Bundesbeschluss vom 31. Mai 1999 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung.

<sup>3</sup> Diese Regel ist das Ergebnis eines Kompromisses, welcher zum Ziel hatte, die Kantone von der Teilnahme an der Finanzierung des Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV) freizustellen.

trag um maximal 50 Prozent kürzen. (Die Beiträge des Bundes an diese Kantone werden im gleichen Verhältnis gekürzt – Art. 66, Abs. 5 des KVG.) Spalte 5 in Tabelle 5 zeigt diejenigen Kantone, die im Laufe des Jahres 2000 vom Kürzungsrecht Gebrauch gemacht haben. Von der Tabelle ist auch der jeweilige Grad der Kürzung abzulesen.

## 2.2 Ausführung der neuen Regel in den Kantonen

Zwischen 1996 und 2000 sind die strategischen Ziele betreffend die öffentliche Finanzierung der Krankenversicherung nicht vollständig erreicht worden, wie dies aus dem Vergleich zwischen den gesetzlich konzipierten und den effektiven Zahlungsströmen hervorgeht. Im Jahre 2000 wurde das Ziel mit der Ausbezahlung von 2.533,5 Mio. Franken (Tabelle 2, Spalte 10) gegenüber den geplanten 3.319,5 Mio. Franken (Tabelle 3, Spalte 5) bis zu 76 Prozent erreicht, was einer Einsparung von 786 Mio. Franken entspricht. Warum diese große Abweichung innerhalb fünf Jahren? Für den äußeren Beobachter ist die seit 1996 vorhandene Situation wohl nicht einfach zu begreifen. Sie ist nämlich das Ergebnis einer Entwicklung, welche grundsätzlich aus drei Komponenten besteht. Zur Illustration wollen wir das Jahr 2000 anführen.

- Erstens, laut Art. 106, Abs. 1 des KVG vom 18. März 1994 und dem Bundesbeschluss vom 31. Mai 1999 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung stellt der Bund einen Beitrag von maximal 2.213 Mio. Franken für die Prämienverbilligung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zur Verfügung (Tabelle 4, Spalte 2). Um sich dieses Beitrags vollständig bedienen zu können, müssen die Kantone einen zusätzlichen Beitrag bereitstellen, welcher der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages, d.h. 1.106,5 Mio. Franken entspricht (Tabelle 4, Spalte 3). Folglich muss der Gesamtbeitrag von Bund und Kantonen 3.319,5 Mio. Franken ausmachen. Zudem ist im Gesetz eine Verteilungsformel vorgesehen, durch welche die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag festgelegt werden sollen (s. Abschnitt 3 unten).
- Zweitens, jeder Kanton hat das Recht, einen Kürzungsfaktor zu verwenden, wodurch er signalisiert, dass er der Bundespolitik der Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in ihrer Gesamtheit folgen will. Auf der Basis des Art. 66, Abs. 5 des KVG verwendeten im Jahre 2000 fünfzehn Kantone einen Kürzungsfaktor von 15 bis 20 Prozent (Tabelle 5, Spalte 5). Angekündigt und budgetiert haben sie dementsprechend bloß ca. 76 Prozent des im Jahre 2000 zur Verfügung stehenden maximalen Betrages, d.h. nur 792,4 Mio. anstelle von 1.106,5 Mio., was den Beitrag des Bundes *ipso facto* von 2.213 Mio. auf 1.740,4 Mio. Franken herabsetzte (Tabelle 4, Spalte 3).
- Es ist noch ein Dritter Punkt zu erwähnen: in siebzehn Kantonen (Tabelle 5, Spalte 14) fielen die effektiven Auszahlungen niedriger aus als es in ihrem Budget vorgesehen war. Die Auszahlungen in diesen Kantonen gingen insgesamt um 42,3 Mio. Franken zurück, was eine proportionale Senkung des Bundesbeitrages an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zur Folge hatte.

Die Entwicklung der kantonalen Beiträge von 1996 bis 2000 in Tabelle 4 zeigt, dass man den anvisierten Zielen doch immer näher kommt. Einerseits machen die Kantone von den Kürzungsfaktoren immer seltener Gebrauch. Andererseits sind die Ersparnisse im Verhältnis zu den im

Tab. 4: Divergenz zwischen den geplanten, budgetierten und effektiven Zahlungsströmen (in Mio SFr.)

Jahr	Im Gesetz vorgenommen		ins Budget aufgenommen (unter Berücksichtigung der Kürzungsfaktoren)		effektiv ausgezahlt		Ersparnis			
							Mio. Franken		%	
1	2		3		4		5 = 2 - 4		6 = 5/2	
	Bund	Kantone	Bund	Kantone	Bund	Kantone	Bund	Kantone	Bund	Kantone
1996	1.830,0	640,5	1.364,8	450,8	1.067,7	356,4	762,3	284,1	41,7	44,4
1997	1.940,0	776,0	1.526,3	560,8	1.164,2	441,1	775,8	334,9	40,0	43,2
1998	2.050,0	922,5	1.601,2	662,1	1.425,7	615,2	624,3	307,3	30,5	33,3
1999	2.180,0	1.090,0	1.699,6	777,0	1.658,2	818,0	521,8	272,0	23,9	25,0
2000	2.213,0	1.106,5	1.740,4	792,5	1.714,1	819,4	498,9	287,1	22,5	25,9
2001	2.246,0	1.123,0	1.819,6	852,0	1.774,4	840,5	471,6	282,5	20,9	25,2
2002	2.280,0	1.240,0	1.915,2	932,7	1.880,5	947,8	399,5	292,2	17,5	23,5
2003	2.314,0	1.157,0	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

Quelle: Tabellen 2 und 3; Statistiques des assurances sociales suisses, OFAS, Berne, 2003, p. 147; für die Jahre 1992–2002: Bundesamt für Sozialversicherung, Schlussabrechnung der Bundesbeiträge an die Kantone: 12.09.1994, 10.08.1995, 04.12.1996, 17.12.1996, 19.12.1997, 26.4.1999, 14.3.2000, 20.09.2000, 01.03.2002, 31.01.2004 (für 2001 und 2002).

n.v. = nicht verfügbar

Gesetz vorgesehenen Beiträgen von 44% auf ca. 26% gesunken (Tabelle 4, Spalte 6). Zudem fallen die tatsächlichen Ausgaben der Kantone (Tabelle 4, Spalte 4) in den Jahren 1999 und 2000 höher aus als sie in den Budgets vorausgerechnet waren (Tabelle 4, Spalte 3), zum Teil dank der Korrektur in Bezug auf die vorigen Jahre. Als eine tentative Erklärung für die Frage, warum die Kantone die zwischen 1996 und 1998 in die Haushaltspläne aufgenommenen Bundesbeiträge nicht zu hundert Prozent beansprucht haben, macht Hegner (1998: 11) zwei Feststellungen. (i) Die immer häufigere Erscheinung, dass die Kantone auf die Auszahlung der Beiträge vom Bund verzichten, lässt sich in den meisten Fällen nicht auf unzureichende Information zurückführen.<sup>4</sup> (ii) Wo die individuellen Anträge für Prämienverbilligung durch Gemeindeorgane eingesammelt werden, verzichten viele Versicherte auf ihr Bezugsrecht, denn die fehlende Anonymität sorgt für einen gewissen sozialen Zwang. Im Jahre 1998 stellte das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) fest, dass die Bilanz von 1996 in dieser Hinsicht nicht allzu positiv war (*Sécurité sociale* 1/1998: 10). Im Jahre 1997 erwiesen sich auch das Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer (KSK) und die Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation (SPO) unzufrieden mit diesem Zustand. Am 16. November 1998 haben die beiden Organisationen eine gemeinsame Petition mit mehr als 263.000 Unterschriften beim Bundesparlament eingereicht, in dem sie vorschlugen, etliche uniforme Kriterien auf der Bundesebene festzusetzen, um den strategischen Spielraum der Kantone einzuschränken (Balthasar 1999: 25–28). Unter

<sup>4</sup> Im Jahr 2002 wurden die Versicherten auf drei verschiedene Arten über ihr Recht auf Prämienverbilligung informiert. Vier Kantone (AI, BE, NE und VD) benachrichtigen Berechtigte automatisch. Fünf Kantone (BS, FR, LU, NW und TI) benutzen die Gemeinden als Vermittler, um allgemein zu informieren, und lassen die Individuen selbst darüber entscheiden, ob sie die Prämienverbilligung beantragen wollen oder nicht. Prämienverbilligungen werden in diesen Kantonen automatisch weitergeführt, wenn dies die persönliche Situation der Berechtigten rechtfertigt. Die übrigen sieben Kantone informieren die Berechtigten automatisch und individuell auf der Basis ihrer Steuererklärung, überlassen ihnen aber die Entscheidung, den Zuschuss zu beantragen (Helsana 4/2002; 32–33).

dem Druck des Parlaments auf die Kantone hat sich die Situation in den Jahren 1999 und 2000 verbessert.

### 3. Die Anteile der Kantone am Bundesbeitrag

Die Bundesbeiträge an die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen kommen auf dem Umweg über die Kantone. Die Verteilung erfolgt also durch zwei Formeln: die eine soll die Beiträge des Bundes, die andere die Beiträge der Kantone steuern. Beide Formeln enthalten eine ausgleichende Komponente.

#### 3.1 Die Beiträge des Bundes

Die aktuelle Formel zur Verteilung der Bundesbeiträge zwischen den Kantonen datiert vom 17. Juni 1996 und geht aus der partiellen Überprüfung der Verordnung vom 12. April 1995 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung hervor. Die Formel, die zwischen 1997 und 2001 in Kraft war (vgl. auch Abschnitt 5.1.1), sieht wie folgt aus:<sup>5</sup>

$$(A) \quad \text{SUBV}_i^{\text{KrV}} = \left[ 0,65 \text{BEI}_B^{\text{KrV}} \times \frac{2,71828^{-0,00503 \times E_i \times a} \times H_i}{\sum_{i=1}^{26} 2,71828^{-0,00503 \times E_i} \times H_i} \times K1 \right] +$$

$$+ \left[ 0,35 \text{BEI}_B^{\text{KrV}} \times \frac{\{0,8 \times (PR_i - 100) + 100\} \times H_i}{\sum_{i=1}^{26} \{0,8 \times (PR_i - 100) + 100\} \times H_i} \times K2 \right]$$

$\text{SUBV}_i^{\text{KrV}}$  Bundessubvention SUBV (in der Krankenversicherung KrV) für die Verringerung der Prämienbelastung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen im Kanton „i“

BEI Beitrag des öffentlichen Sektors an die Prämienverbilligung

$H_i$  Wohnbevölkerung im Kanton „i“

$E_i$  Finanzkraftindex im Kanton „i“

B Bund

i Kanton,  $i = 1, 2, \dots, 26$

PR Index der durchschnittlichen individuellen Prämienbelastung in der obligatorischen Krankenversicherung

KrV obligatorische Krankenversicherung

a Korrektiv für die Berücksichtigung der wechselnden Verhältnisse zwischen den nach Finanzkraft aufzuteilenden bundesstaatlichen und kantonalen Beiträgen  
 $a = 2 \times (\text{BEI}_i^{\text{KrV}} / \text{BEI}_B^{\text{KrV}}$  nach Finanzkraft)

K1 und K2 Koeffizienten; diese werden so berechnet, dass die Summe der Anteile der einzelnen Kantone dem zu verteilenden Bundesbeitrag genau entspricht

<sup>5</sup> Siehe nächste Seite

Formel (A) ergibt also einen Schlüssel, nach dem die Bundesbeiträge  $[BEI_B^{KrV}]$  zur Prämienverbilligung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verteilt werden können. Aus der Struktur der Formel kann man das Folgende ablesen:

- erster Summand der Formel (A): Die Anteile der Kantone an den Bundesbeiträgen werden zu 65 Prozent nach der Finanzkraft der einzelnen Kantone  $[E_i]$  berechnet, mit der jeweiligen Wohnbevölkerung als Multiplikand;
- zweiter Summand der Formel (A): Insgesamt 35 Prozent der Bundesbeiträge werden nach der Größe der Differenz zwischen dem durchschnittlichen kantonalen Prämienniveau  $[PR_i]$  und dem durchschnittlichen nationalen Prämienniveau (=100) verteilt, wobei die Abweichung mit einem Gewicht von 0,8 berücksichtigt wird.

### 3.2 Die Beiträge der Kantone

Die Anwendung der Formel (A) ergibt den Gesamtbetrag  $[SUBV_i^{KrV}]$ , auf welchen der Kanton „i“ theoretisch Anspruch erheben darf, damit er die Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenversicherung für diejenigen Einwohner, deren wirtschaftliche Verhältnisse er als „bescheiden“ einschätzt, vermindern kann. Doch um in den Genuss dieses Betrags zu kommen, muss der Kanton den Bundesbeitrag gemäß der folgenden Formel aufstocken:

$$(B) \quad BEI_i^{KrV} = \left[ \frac{0,65 BEI_B^{KrV} + \sum_{i=1}^{26} BEI_i^{KrV} \text{ nach } E_i}{H_B} \times H_i \right] - SUBV_i^{KrV}$$

Die erste Hälfte der Formel (B), d.h. der Summand zwischen den eckigen Klammern, gestattet, den nationalen Pro-Kopf-Beitrag (Bundesbeitrag + Summe der kantonalen Beiträge, pro Einwohner) zu berechnen, wobei dieser Durchschnittsbeitrag der kantonalen Ebene angepasst wird ( $\times H_i$ ). Diese Kalkulation ergibt den vollständigen Referenzbetrag für jeden Kanton „i“. Nach dem Abzug des aus der Formel (A) hervorgehenden Bundesbeitrages  $[-SUBV_i^{KrV}]$ , welcher die zweite Hälfte der Formel (B) ausmacht, gelangt man zum Nettobeitrag, den der Kanton zu leisten hat. Der Beitrag des Kantons fällt umso niedriger aus, je höher der Beitrag vom Bund ist; und letzterer ist umso höher, je schwächer die Finanzkraft des Kantons. Wie der Multiplikator 0,65 zeigt, hängen die kantonalen Beiträge ausschließlich von demjenigen Teil des Bundesbeitrages ab, welcher zwischen den Kantonen aufgrund ihrer Finanzkraft aufgeteilt wird.

<sup>5</sup> Auf Initiative der Kantone wird seit dem 1. Januar 2002 dem Prämienunterschied nicht mehr Rechnung getragen (Änderung vom 3. Juli 2001 der Verordnung vom 12. April 1995). Die Formel (A) ist somit auf den ersten Summanden reduziert (und der Faktor ist gleich 1,00 statt 0,65). Wir wollen hier trotzdem die frühere Variante analysieren, denn sie lässt die strittigen Verteilungseffekte besser hervortreten als die heutige Formel.

## 4. Der Ausgleichseffekt der Verteilung

### 4.1 Variablen

Tabelle 5 (s. S. 270 f.) enthält die Statistiken über die öffentlichen Beiträge des Bundes und der Kantone an die Prämienverbilligung, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung an die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen im Jahre 2000 ausbezahlt wurden. Die Tabelle besteht aus vier Teilen: Variablen (Spalten 2 bis 5); das Verteilungsmodell, bzw. die maximalen Beträge, wie im Bundesbeschluss vom 12. Dezember 1999 vorgesehen (Spalten 6 bis 9); die geplanten Beiträge der Kantone unter Berücksichtigung der Kürzungsfaktoren (Spalten 10 und 11); und die effektiv ausbezahlten Beiträge (Spalten 12 bis 14).

Tabelle 6 enthält Schätzwerte für den Ausgleichseffekt (Spalten 15 bis 17) und den Verteilungseffekt (Spalte 18 bis 20) der Formel (A). Bei der Berechnung der Ausgleichswirkung wird von demjenigen Betrag ausgegangen, auf welchen die Kantone nach der Formel (A) Anspruch erheben dürfen (65%), und dieser Betrag wird mit demjenigen verglichen, welchen sie hätten erhalten können, wenn der Beitrag des Bundes ausschließlich auf der Basis der durchschnittlichen Wohnbevölkerung  $H_i$  zwischen den Kantonen verteilt gewesen wäre. Um die Umverteilungswirkung ermitteln zu können, muss man den Betrag, zu welchem die Kantone gemäß der Formel (A) berechtigt sind (35%), demjenigen Betrag gegenüberstellen, welchen sie hätten erwerben können, wäre die Verteilung ohne Rücksichtnahme auf 80% des Prämienunterschiedes erfolgt.

### 4.2 Resultate aufgrund des Verteilungsmodells

Die geschätzte Ausgleichswirkung des Verteilungsmodells ist  $\pm 162.869.868$  Franken (Tabelle 6, Spalte 16). Dies entspricht etwas mehr als 11 Prozent des gesamten Bundesbeitrages von 1.438,5 Millionen (Spalten 16 : 15 insgesamt). Zehn Kantone (ZH, SZ, NW, ZG, BS, BL, SH, AG, VD und GE) sind Lastträger des Finanzausgleichs. Diese Kantone weisen die höchste Finanzkraft auf (Tabelle 5, Spalte 3). Der Index schwankt zwischen 95 Punkten im Kanton Waadt (VD) und 218 Punkten im Kanton Zug (ZG). Bemerkenswert ist die Situation der Kantone Waadt, Schwyz und Aargau, die mit je 95 Punkten (VD), 96 Punkten (SZ) und 100 Punkten (AG) als Nettozahler auftreten, obwohl ihre Indexwerte niedriger bzw. gleich hoch sind wie der nationale Durchschnitt (100 Punkte). Die restlichen 16 Kantone, welche in Spalte 16 mit einem positiven Resultat aufgeführt sind, sind Nettoempfänger.

Betrachten wir die Auswirkungen im Hinblick auf die kantonalen Durchschnittsprämien, dann gelangen wir zu einer unterschiedlichen Inzidenz. In diesem Fall sind achtzehn Kantone Nettozahler; eigentlich alle Kantone mit einem Finanzkraftindex von 100 Punkte oder mehr (Tabelle 5, Spalte 4). Acht Kantone werden hingegen begünstigt (ZH, BE, BS, TI, VD, NE, GE und JU); es sind diejenigen, die in Spalte 19 mit einem positiven Resultat eingetragen sind. Da ihre Prämienindizes über dem Durchschnitt liegen, erhalten diese Kantone eine zusätzliche Finanzhilfe von total 54.091.460 Franken. Dies entspricht 7 Prozent des effektiv ausbezahlten Bundesbeitrages (Spalten 19 : Spalte 18 insgesamt).

Tab. 5: Öffentliche Beiträge zur KV: Verteilungsmodell, budgetierte und tatsächliche Beiträge, 2000, in Franken

Kantone	Variablen				Verteilungsmodell		
	Durchschnittliche Wohnbevölkerung 1997	Finanzkraft 2000/2001	Prämienindex 1999	Kürzungsfaktor in %	Beitrag vom Bund		
					aufgrund Finanzkraft	aufgrund Prämienindex	total
1	2	3	4	5	6	7	8
ZH	1.197.500	157	108	50,0	147.594.167	138.664.315	286.258.483
BE	947.600	66	110	0,0	236.183.032	111.377.219	347.560.251
LU	341.300	72	77	50,0	81.207.346	30.309.168	111.516.513
UR	34.900	67	70	38,7	8.631.540	2.886.600	11.518.140
SZ	123.800	96	73	50,0	24.463.648	10.562.927	35.026.575
OW	31.600	40	69	0,0	9.631.429	2.586.143	12.217.571
NW	36.100	124	66	50,0	5.743.892	2.860.132	8.604.024
GL	38.500	78	72	40,0	8.744.906	3.251.397	11.996.303
ZG	94.500	218	70	50,0	7.264.715	7.816.151	15.080.866
FR	231.000	52	92	0,0	64.163.255	23.530.729	87.693.984
SO	239.300	87	92	40,0	50.697.926	24.376.206	75.074.132
BS	196.800	158	124	0,0	24.068.997	25.529.888	49.598.885
BL	252.600	120	97	41,3	41.454.861	26.830.621	68.285.482
SH	73.300	106	89	35,2	13.405.927	7.275.224	20.681.151
AR	53.700	59	67	15,0	14.129.387	4.301.299	18.430.686
AI	14.500	60	60	30,0	3.785.788	1.073.061	4.858.849
SG	443.300	82	78	46,0	97.622.308	39.753.238	137.375.546
GR	187.800	75	77	46,4	43.658.852	16.677.591	60.336.442
AG	530.900	100	76	50,0	101.711.539	46.684.386	148.395.925
TG	225.000	87	80	0,0	47.668.338	20.568.819	68.237.158
TI	301.100	78	112	0,0	68.391.979	35.914.421	104.306.400
VD	617.300	95	126	0,0	122.929.926	81.154.157	204.084.084
VS	269.400	30	83	0,0	88.717.422	25.331.383	114.048.805
NE	165.900	58	116	0,0	43.990.224	20.365.874	64.356.098
GE	398.300	130	140	0,0	60.498.518	57.217.885	117.716.403
JU	67.600	31	105	0,0	22.090.078	7.651.166	29.741.244
Total	7.113.600	100	100	23,9	1.438.450.000	774.550.000	2.213.000.000

Quelle: OFAS, Prämienverbilligung in der Krankenversicherung: Bundes- und Kantonsbeiträge nach Reduktion durch die Kantone für das Jahr 2000: 19.2.2002

Tab. 5: (Forts.)

Kantone	Budgetierte Beiträge nach der Kürzung			Effektive Beiträge		
	Zusätzlicher Beitrag vom Kanton	Beitrag vom Bund	Beitrag vom Kanton	Beitrag vom Bund	Beitrag vom Kanton	Effektiver Beitrag in % des budgetierten Beitrages
1	9	10	11	12	13	14
ZH	280.821.490	143.129.241	140.410.745	181.567.139	178.118.580	126,86
BE	102.828.807	347.560.251	102.828.807	346.844.130	102.616.936	99,79
LU	40.895.589	55.758.256	20.447.795	64.550.620	23.672.151	115,77
UR	3.854.227	7.060.620	2.362.641	7.504.984	2.511.335	106,29
SZ	19.826.839	17.513.287	9.913.420	17.069.925	9.662.454	97,47
OW	1.673.736	12.217.571	1.673.736	9.974.443	1.366.441	81,64
NW	7.171.186	4.302.012	3.585.593	3.391.642	2.826.828	78,84
GL	5.028.792	7.197.782	3.017.275	6.895.378	2.890.509	95,80
ZG	26.543.452	7.540.433	13.271.726	5.161.874	9.085.283	68,46
FR	18.478.931	87.693.984	18.478.931	86.489.960	18.225.218	98,63
SO	34.913.654	45.044.479	20.948.193	39.642.553	18.435.996	88,01
BS	46.337.852	49.598.885	46.337.852	46.002.830	42.978.231	92,75
BL	48.914.905	40.124.000	28.742.000	38.029.906	27.241.939	94,78
SH	12.817.762	13.396.881	8.303.119	14.887.020	9.226.677	111,12
AR	5.082.238	15.666.083	4.319.902	13.815.114	3.171.625	84,99
AI	1.401.709	3.401.195	981.197	3.538.584	1.020.832	104,04
SG	60.971.981	74.182.795	32.924.870	68.516.462	30.409.957	92,36
GR	23.528.172	32.311.866	12.600.000	31.934.581	12.452.878	98,83
AG	88.222.384	74.197.962	44.111.192	51.159.304	30.414.554	68,95
TG	32.827.297	68.237.158	32.827.297	56.945.660	27.395.222	83,45
TI	39.329.069	104.306.400	39.329.069	104.306.400	45.002.621	103,95
VD	97.914.320	204.084.084	97.914.320	190.318.010	92.049.597	93,50
VS	7.662.685	114.048.805	7.662.685	114.048.805	7.683.893	100,02
NE	15.361.891	64.356.098	15.361.891	64.039.354	15.286.284	99,51
GE	81.996.644	117.716.403	81.996.644	117.716.403	103.565.433	110,80
JU	2.094.388	29.741.244	2.094.388	29.741.244	2.094.388	100,00
Total	1.106.500.000	1.740.387.775	792.445.288	1.714.092.323	819.405.862	100,03

Spalte 1 Kantone

Grundlegende Statistiken

Spalte 2 Durchschnittliche Wohnbevölkerung (1997)

Spalte 3 Kantonale Finanzkraftindizes (2000/2001)

Spalte 4 Indizes der durchschnittlichen individuellen Versicherungsprämien (1999)

Spalte 5 Kürzungsfaktoren (%); nach der Meldung der Kantone



(Forts. Legende zu Tab. 5)

### Verteilungsmodell

Spalte 6	Bundesbeitrag (65%) pro Kanton; berechnet nach dem ersten Teil der Formel (A), unter Berücksichtigung der Finanzkraft der einzelnen Kantone
Spalte 7	Bundesbeitrag (35%) pro Kanton; berechnet nach dem zweiten Teil der Formel (A), unter Berücksichtigung der Differenz zwischen dem Index der Durchschnittsprämien für den jeweiligen Kanton und dem Index (=100) der Durchschnittsprämien für die Gesamtheit aller Kantone
Spalte 8	Summe der Spalten 6 und 7: Gesamtbeitrag des Bundes pro Kanton
Spalte 9	Zusätzlicher Beitrag der einzelnen Kantone nach der Formel (B)

### Geplante Beiträge

Spalte 10	Beitrag des Bundes unter Berücksichtigung der von den einzelnen Kantonen angekündigten Kürzungsfaktoren: Spalte 8 x Spalte 5
Spalte 11	Beitrag der einzelnen Kantone unter Berücksichtigung der Kürzungsfaktoren: Spalte 9 x Spalte 5

### Effektive Beiträge

Spalte 12	Bundesbeitrag pro Kanton, gemäß Endabrechnung vom 01.03.2002 des BSV
Spalte 13	Kantonaler Beitrag, gemäss derselben Endabrechnung
Spalte 14	Effektiver Beitrag als prozentualer Anteil des mit dem Kürzungsfaktor korrigierten geplanten Beitrages: Spalten (12 + 13) / Spalten (10 + 11)

Anhand der vorliegenden Analyse lassen sich drei Feststellungen formulieren:

1. Durch die Formel (A) entsteht zwar ein vertikales finanzielles Verhältnis zwischen Bund und Kantonen, die Ausgleichswirkung aber ist horizontal, d.h. der Ausgleich findet zwischen den Kantonen statt. Man steht hier einem „Nullsummenspiel“ gegenüber: für die Zuschüsse, die ein Kanton durch die Schwächung seines Finanzkraftindex erhält, müssen andere Kantone bezahlen (Dafflon 1995: 188). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Beiträge des Bundes bzw. der Kantone im voraus bestimmt sind, so dass das Programm nach dem Prinzip des geschlossenen Fonds abläuft, wobei der Bund über einen Betrag von maximal 1.438,5 Millionen Franken verfügt. Im Endresultat gleichen sich die Plus- und Minuswerte aus, was in beiden Inzidenzkategorien einen Nullsaldo herbeiführt (Tabelle 6, Spalten 16 bzw. 19 total).
2. Die zwei Summanden der Formel (A) sind jeweils nach unterschiedlicher Logik konzipiert. Hinter dem ersten Summanden steckt das Motiv der Korrektur der finanziellen Ungleichheiten zwischen den Kantonen: Finanzschwache Kantone müssen etwas weniger, finanzstarke Kantone etwas mehr bezahlen, so dass das Gesamtvolumen 11 Prozent des vom Bund budgetierten Betrages entspricht. Der zweite Summand der Formel basiert hingegen auf der Logik der Umverteilung zwischen Versicherten. Letzteres bezieht sich natürlich nicht auf die Versicherten als Individuen, sondern auf den Typ des durchschnittlichen Versicherten im jeweiligen Kanton. Insgesamt verlangt man also von Kantonen, deren Krankenversicherung mit einer unterdurchschnittlichen Prämienbelastung einhergeht, zum Fonds beizutragen, so dass die überdurchschnittliche Prämienbelastung in anderen Kantonen kompensiert werden kann. Dieser Beitrag soll sich im Durchschnitt auf 7% der Bundesbeiträge belaufen.

Dieses System stieß sofort auf heftige Kritik, wobei das gewichtigste Argument war, dass es die Kantone nicht gerade anspornt, ihre Leistung zu verbessern, bzw. die Gesundheits-

Tab. 6: Öffentliche Beiträge zur KV: Inzidenz, 2000, in Franken

Kantone	Ausgleichswirkung			Umverteilungswirkung		
	Beiträge pro Einwohner	Theoretischer Ausgleich	Effektiver Ausgleich	Beiträge pro Einwohner	Theoretische Umverteilung	Effektive Umverteilung
I	15	16	17	18	19	20
ZH	242.147.981	-94.553.814	-59.973.298	130.387.374	8.276.941	5.249.872
BE	191.615.387	44.567.645	44.475.816	103.177.516	8.199.703	8.182.808
LU	69.014.702	12.192.644	7.057.634	37.161.763	-6.852.595	-3.966.581
UR	7.057.173	1.574.367	1.025.825	3.800.016	-913.416	-595.163
SZ	25.033.754	-570.106	-277.837	13.479.714	-2.916.787	-1.421.473
OW	6.389.876	3.241.553	2.646.409	3.440.702	-854.559	-697.664
NW	7.299.826	-1.555.934	-613.338	3.930.676	-1.070.544	-422.000
GL	7.785.133	959.773	551.670	4.191.995	-940.598	-540.648
ZG	19.108.964	-11.844.249	-4.054.045	10.289.442	-2.473.291	-846.557
FR	46.710.800	17.452.455	17.212.835	25.151.969	-1.621.240	-1.598.981
SO	48.389.154	2.308.772	1.219.137	26.055.698	-1.679.492	-886.848
BS	39.795.175	-15.726.178	-14.585.987	21.428.171	4.101.717	3.804.331
BL	51.078.564	-9.623.703	-5.358.844	27.503.842	-673.221	-374.875
SH	14.822.085	-1.416.158	-1.019.428	7.981.123	-705.899	-508.145
AR	10.858.745	3.270.642	2.362.852	5.847.016	-1.545.717	-1.116.692
AI	2.932.063	853.725	621.747	1.578.803	-505.742	-368.320
SG	89.640.250	7.982.058	3.981.075	48.267.827	-8.514.589	-4.246.677
GR	37.975.274	5.683.578	3.008.580	20.448.225	-3.770.634	-1.995.970
AG	107.353.957	-5.642.418	-1.945.216	57.805.977	-11.121.591	-3.834.154
TG	45.497.533	2.170.805	1.811.593	24.498.672	-3.929.853	-3.279.563
TI	60.885.810	7.506.169	7.802.661	32.784.667	3.129.754	3.253.379
VD	124.825.009	-1.895.083	-1.771.897	67.213.466	13.940.691	13.034.504
VS	54.475.713	34.241.709	34.247.676	29.333.076	-4.001.693	-4.002.390
NE	33.546.848	10.443.376	10.391.977	18.063.687	2.302.187	2.290.856
GE	80.540.744	-20.042.226	-22.206.764	43.368.093	13.849.792	15.345.554
JU	13.669.481	8.420.597	8.420.597	7.360.490	290.676	290.676
Total	1.438.450.000	162.869.868	146.838.083	774.550.000	54.091.460	51.451.980
		-162.869.868	-111.806.655		-54.091.460	-30.702.701

Quelle: Eigene Berechnung

*Schätzwerte für die Ausgleichswirkung*

Spalte 15 Theoretischer Teil der Bundesbeiträge für Finanzausgleich (65%); berechnet auf der Basis der Wohnbevölkerung, aber *ohne* Berücksichtigung der Finanzkraftindizes. Der Betrag von 1.438.450.000 Franken (Spalte 6) ist aufgrund der Wohnbevölkerung verteilt.

Spalte 16 Theoretische Abweichung: Spalte 6 (Tabelle 5) – Spalte 15.  
Beispiel: Kanton Zürich

(Forts. Legende zu Tab. 6)

	Aufgrund des ersten (ausgleichenden) Summanden der Formel (A) erhält der Kanton Zürich 147.594.167 Franken (Spalte 6). Wenn man die ausgleichende Komponente (d.h. die exponentielle Komponente mit der Variable $E_i$ ) aus dem ersten Summanden der Formel (A) entfernt und den Anteil des Kantons stattdessen in Proportion zu seiner Wohnbevölkerung berechnet, soll Zürich 242.147.981 Franken erhalten (Spalte 15). Der theoretische Unterschied zwischen den zwei Verteilungsmodellen ergibt eine Differenz von -94.553.814 Franken zwischen den genannten Beträgen. Daraus folgt, dass der Kanton Zürich, der sich einer beträchtlichen Finanzstärke erfreut (Spalte 3), 94,5 Millionen Franken weniger erhält. Zürich ist also ein Nettozahler im Finanzausgleichssystem, wie auch alle anderen Kantone, bei denen der hinzugefügte Betrag ein Minuszeichen (-) trägt. Positive Beträge weisen darauf hin, dass der betreffende Kanton ein Nettoempfänger ist.
Spalte 17	Effektive Abweichung: theoretische Abweichung, korrigiert mit dem Effekt des Kürzungsfaktors (Spalte 5) sowie mit dem prozentualen Anteil des effektiven Beitrages (Spalte 14); Spalten (16 x 5 x 14).
	<i>Schätzwerte für die Umverteilungswirkung</i>
Spalte 18	Theoretischer Teil des Bundesbeitrages aufgrund der Prämien­differenz (35%), aber <i>ohne</i> Berücksichtigung dieser Differenz, d.h. 774.550.000 Franken (Spalte 7, Tabelle 5); verteilt proportional zu den Werten in Spalte 2, mit der Wohnbevölkerung als Multiplikand.
Spalte 19	Theoretischer Unterschied: Spalte 7 - Spalte 18 Beispiel: Kanton Zürich Aufgrund des zweiten Summanden der Formel (A), welcher die Prämien­differenz berücksichtigen soll, erhält der Kanton Zürich 138.664.315 Franken (Spalte 7). Wenn man diese Komponente (den Indikator der Prämien­differenz) aus dem zweiten Summanden der Formel (A) entfernt und den Anteil des Kantons stattdessen in Proportion zu seiner Wohnbevölkerung berechnet, soll Zürich 130.387.374 Franken erhalten (Spalte 18). Der theoretische Unterschied zwischen den zwei Verteilungsmodellen ergibt eine Differenz von +8.276.941 Franken zwischen den genannten Beträgen. Dementsprechend hat der Kanton Zürich, wo das durchschnittliche Prämien­niveau höher ist als der schweizerische Durchschnitt (Spalte 4), 8,2 Millionen Franken mehr erhalten. Zürich ist Nettoempfänger in der Umverteilung, wie auch alle anderen Kantone, welche in der Tabelle mit einem positiven Resultat eingetragen sind. Ein negatives Resultat bedeutet, dass der betreffende Kanton an die Umverteilungspolitik beitragen muss.
Spalte 20	Effektive Abweichung: theoretische Abweichung, korrigiert mit dem Effekt des Kürzungsfaktors (Spalte 5) sowie mit dem prozentualen Anteil des effektiven Beitrages (Spalte 14); Spalten (19 x 5 x 14).

kosten und das damit eng verbundene Prämien­niveau zu verringern. Ein weiteres Argument ist, dass die Prämien­unterschiede zwischen den Krankenkassen innerhalb eines Kantons genauso groß sind wie die Prämien­unterschiede zwischen Krankenkassen in verschiedenen Kantonen (s. Tabelle 1), wodurch die Versicherten aufgrund ihrer Krankenkassenwahl diskriminiert werden.

- Es ist auch bemerkenswert (s. Abbildung 2), dass die zwei Summanden der Formel (A) in der Beziehung zwischen Bund und Kantonen nicht kohärent sind. Es gibt nur je zwei Gruppen von Kantonen, welche in beiden Domänen (Finanzausgleich bzw. Prämien­unterschied) doppelte Beitragszahler (Quadrat 3) oder doppelte Empfänger (Quadrat 2) sind. Zwölf Kantone ziehen einerseits einen Vorteil aus dem Ausgleichsmechanismus, weil sie finanziell schwächer sind, andererseits sind sie „gestraft“, da ihr Prämien­niveau

unter dem Durchschnitt liegt (Quadrat 4). In zwei Kantonen (SG und TG) ist diese Strafe höher als der Zuschuss aus dem Ausgleichsfonds. Im Quadrat 1 erhalten umgekehrt die vier Kantone, welche kraft ihrer Finanzkraftindizes an der Spitze der Klassifizierung stehen, Zuschüsse für die Kompensation ihrer überdurchschnittlich hohen Versicherungsprämien. Im Kanton Waadt (VD) ragen die Zuschüsse für Prämienkompensation über die negative Ausgleichswirkung hinaus.

Abb. 2: Resultate im Jahre 2000

		Finanzausgleich	
		Beiträger	Empfänger
Prämien- unterschied	Empfänger	ZH BS GE <u>VD</u>	BE TI NE JU
	Beiträger	SZ NW ZG BL SH AG	LU UR OW GL FR SO AR AI GR VS <u>SG TG</u>

#### 4.3 Resultate aufgrund der effektiven Zahlungsströme

Spalten 17 und 20 in der Tabelle 6 enthalten die tatsächlichen Ergebnisse gegenüber den vorhergehenden Schätzwerten betreffend die Ausgleichs- und Umverteilungswirkung der budgetierten Beiträge. Der Zweck dieser Kalkulation ist, den Einfluss des Kürzungsfaktors zu verifizieren (Tabelle 5, Spalte 5), bzw. zu prüfen, ob die tatsächlichen Beiträge von den vorangekündigten budgetierten Beiträgen abweichen oder nicht (Tabelle 5, Spalte 14).

Die tatsächlichen Resultate hängen nicht nur von der Zusammensetzung der Verteilungsformel (A) ab, sondern auch von jedem einzelnen Kürzungsfaktor, der ja in der exklusiven Kompetenz (egal ob strategisch oder nicht) der Kantone liegt. Das System ist verzerrt im folgenden Sinne: Wenn ein Kanton, der zum Ausgleichssystem beitragen muss, einen Kürzungsfaktor verwendet, dann wird die Ausgleichswirkung entsprechend geringer. Der Bund muss jede Unzulänglichkeit in der Ausgleichsfinanzierung selbst übernehmen. Dazu kommen noch die Effekte der kantonalen Kommunikationspolitik gegenüber den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.

##### 4.3.1 Die Ausgleichswirkung

Was die Ausgleichswirkung betrifft, schrumpft der Gesamtbeitrag der zahlenden Kantone von 162.869.968 Franken (Spalte 16) auf 111.806.655 Franken, was einem Rückgang von fast 52 Mio. Franken entspricht. Sieben der zehn Nettozahlern (ZH, SZ, NW, ZG, BL, SH, AG) leisten einen wesentlich kleineren Beitrag zum Finanzausgleich, weil sie ihr Recht auf Beitragskürzung geltend gemacht haben. Auch der Kanton Zug, der finanziell stärkste Kanton, spart 7,86 Mio. Franken, d.h. 66 % seines Beitrags zum Finanzausgleich, weil er einen

Kürzungsfaktor von 50 % verwendet und folglich nicht mehr als 68,46 % des budgetierten Beitrages einzahlen muss. In demselben System wird aber der Kanton Genf (hohe finanzielle Kapazität, kein Kürzungsfaktor, die tatsächlichen Ausgaben übertreffen die budgetierten Ausgaben) bestraft: Sein Beitrag zum Ausgleichssystem steigt um mehr als 2,1 Millionen Franken (Spalte 17 im Vergleich zur Spalte 16).

Die begünstigten Kantone sehen ihren Gewinn aus dem Finanzausgleich von 162,5 Mio. Franken auf 146,8 Mio. zurückgehen, was einer Senkung von 16 Mio. Franken entspricht. Hierbei sind drei Punkte zu bemerken:

- (a) Da der Ausgleichseffekt bei den Nettozahlern stärker zurückgeht als bei den Nettoempfängern, muss der Bund die Finanzierung des Differenzbetrages übernehmen (146,8 Millionen – 111,8 Millionen = 35 Millionen Franken; Spalte 17).
- (b) Acht der 16 Nettoempfänger müssen auf einen Teil der Vergünstigungen verzichten, weil sie einen Kürzungsfaktor verwenden; weitere sechs werden hingegen dadurch benachteiligt, dass sie die budgetierten Beträge nicht vollständig ausbezahlen.
- (c) Die französisch- resp. italienischsprachigen Kantone (FR, TI, VD, VS, NE, GE, JU) verwenden keinen Kürzungsfaktor; die Subventionen für die Versicherten in den Kantonen TI, VS, GE und JU sind genauso hoch oder höher als die budgetierten Ausgaben (100 % oder mehr in Spalte 14). Freiburg, Waadt und Neuenburg liegen leicht über der 100 %-Grenze.

### 4.3.2 Die Umverteilungswirkung

Der Effekt der Kürzung und der Nichtauszahlung der budgetierten Ausgaben sind gleichermaßen wichtig. Dementsprechend geht der Gesamtbeitrag der Nettozahler-Kantone (wo das durchschnittliche Prämienniveau unter dem nationalen Durchschnitt liegt) von 54,1 Mio. Franken auf 30,7 Mio. Franken zurück. Vierzehn der achtzehn Kantone (LU, UR, SZ, NW, GL, ZG, SO, BL, SH, AR, AI, SG, GR und AG) werden durch diese Situation stark begünstigt. Der Kanton Wallis (VS) sieht sich als den einzigen Verlierer, obwohl er vom Kürzungsfaktor keinen Gebrauch macht und auch die Ziele des Verteilungsmodells respektiert. In den Nettoempfänger-Kantonen schrumpfen die empfangenen Subventionen von 54,1 Mio. Franken auf 51,5 Mio. Franken. Gleich wie oben, muss auch hier der Bund eingreifen und die Differenz selbst finanzieren.

Man muss aber bemerken, dass es für die Kantone auf diesem Gebiet äußerst schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist, sich strategisch zu verhalten. Sie haben nämlich keine Kontrolle über die individuellen Prämienbeiträge zur obligatorischen Krankenversicherung, liegt doch diese Frage vollständig in der Kompetenz der Krankenkassen, die ihrerseits unter der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung stehen. Zudem gibt es vielerlei Umstände, welche die Versicherungskosten beeinflussen und sich der direkten oder indirekten Kontrolle der Kantone entziehen.

## 5. Schlussfolgerungen

### 5.1 Bemerkungen

Die Realisierung der partiell öffentlichen Finanzierung der Krankenversicherung ist schon des Öfteren Gegenstand parlamentarischer Eingriffe gewesen. Dadurch waren (und werden) die Resultate hauptsächlich in zwei Richtungen beeinflusst.

#### 5.1.1 Der Prämienunterschied

Der aktuelle Verteilungsschlüssel, der im Abschnitt 3 erläutert wurde, rührt von der partiellen Überprüfung (17. Juni 1996) der Verordnung vom 12. April 1995 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung. Doch im selben Jahr war der Schlüssel bereits heftig umstritten. Elf Kantone (AG, AR AI, GL, GR, LU, NW, SG, SH, SZ, TG) haben eine Kantonsinitiative eingereicht, welche die Streichung des zweiten Satzes aus dem Artikel 66, Absatz 3 des KVG forderte. Es ist diese Textstelle, die es ermöglicht, den kantonalen Prämiendurchschnitt bei der Berechnung der Bundessubvention (zweite Hälfte der Formel A) in Betracht zu ziehen. Am 19. und 20. Juni 1996 wurden dem Nationalrat und dem Ständerat zwei weitere Initiativen mit dem gleichen Inhalt vorgelegt. Alle Initiativen werfen dem Bundesrat vor, die Verordnung vom 12. April 1995 bereits sechs Monate nach ihrem Inkrafttreten modifiziert zu haben. Das Hauptargument ist das Folgende: Die Kantone hatten die Möglichkeit der Berücksichtigung des kantonalen Prämiendurchschnitts in zwei aufeinander folgenden Verhandlungen über das KVG bzw. über die erste Verordnung bezüglich der Bundesbeiträge zurückgewiesen (Amtliches Bulletin der Vereinigten Bundesversammlung, 1997, Herbstsession: 1740 und 1743). Anfang 1998 schlug die Ständerat-Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit einen Kompromiss vor, der vorsah, den Prämienunterschied als Variable aus dem Verteilungsmodell zu entfernen, gleichzeitig aber gestattete, dass der Bundesrat die kantonalen Prämienindizes und ihre Abweichungen vom nationalen Durchschnitt spätestens bis Ende 2001 berücksichtigt. Dieser Kompromiss wurde dann im Gesetz vom 20. März 1998 fixiert, was die Abänderung des KVG nach sich zog. Mit der Berechnung der Inzidenz aufgrund der Prämienunterschiede (Spalten 18 bis 20) hat man ab 2002 aufgehört.

#### 5.1.2 Der Kürzungsfaktor

Betreffend die öffentlichen Beiträge zur Prämienverbilligung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen stellte 1998 das mit der Implementierung der Maßnahmen beauftragte Eidgenössische Departement des Innern fest: Die Ausführung durch die Kantone lasse zu wünschen übrig, und insgesamt haben die Maßnahmen das anvisierte Ziel bezüglich der Sozialpolitik nicht verwirklichen können. Dies erklärt die Absicht, den Kantonen ab dem Jahre 2000 strengere Direktiven sowie eine vom Bund fixierte Norm (Sécurité sociale 2/1998: 94 und 5/1998: 273) aufzuzwingen. Das Bundesgesetz, welches das KVG in diesem Sinne modifizierte, wurde am 24. März 2000 verabschiedet (Bundesblatt 2000: 2074). Das neue Gesetz hat zwar die Freiheit der Kantone in der Verwendung eines Kürzungsfaktors von maximal 50 Prozent (Tabelle 5, Spalte 5) nicht abgeschafft, es will aber zusehen, dass die von den Kantonen budgetierten Beiträge an die unteren Einkommensschichten tatsächlich

und ohne Verzug ausbezahlt werden (d.h. die effektiven Auszahlungen sollen 100 % erreichen; s. Spalte 14, Tabelle 5). Wie aus der Analyse der Resultate in Abbildung 2 hervorgeht, hat diese Maßnahme ihre Wirkung nicht ganz verfehlt, sind doch die Ersparnisse der Kantone zu Ungunsten der Versicherten von 44 % auf ca. 26 % der budgetierten Beiträge zurückgegangen. Zudem haben 19 von den 26 Kantonen zumindest 90% ihrer Budgets von 2000 tatsächlich ausgeschöpft.

### 5.1.3 Eine gescheiterte Initiative

Um dem weiteren Anstieg der Krankenkassenprämien entgegenzutreten und die Umverteilung zwischen Besserverdienenden und untersten Einkommensgruppen im Rahmen des KVG zu verbessern, hat die Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS) im Juni 1999 beim Bundesrat eine Volksinitiative eingereicht.<sup>6</sup> Unter dem Titel „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ zielte die Vorlage darauf ab, die obligatorische Krankenversicherung künftig über die Mehrwertsteuer (MwSt) und einkommens- sowie vermögensabhängige Beiträge zu finanzieren.

Am 18. Mai 2003 wurde die SPS-Initiative mit einer überraschend großen Deutlichkeit verworfen. Bei einer Stimmbeteiligung von 50% betrug der Nein-Stimmen-Anteil 72,9%. Zudem brachte das Referendum in allen 26 Kantonen ein negatives Ergebnis für die Vorlage. Für diese unmissverständliche Ablehnung lassen sich hauptsächlich zwei Gründe nennen:

- Das Versprechen der Prämienenkung hat die drohende Perspektive einer zusätzlichen MwSt-Erhöhung nicht aufgewogen.
- Konkrete Ansätze für einen territorialen Prämienausgleich waren in der Initiative nicht vorgesehen.

Trotz der bestehenden Schwierigkeiten hinsichtlich des dezentralisierten Mechanismus der Prämienverbilligung scheint folglich das heutige Finanzierungssystem eine breite Unterstützung unter den Versicherten zu genießen. Dies mag zwar auf die augenblickliche *Funktionsfähigkeit* des Kopfprämienmodells hindeuten, stichhaltige Folgerungen über die *Nachhaltigkeit* des Systems – die Kernfrage der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland – lassen sich jedoch nicht formulieren. Aus unseren Untersuchungen geht aber eindeutig hervor, dass die Verteilung von Prämienzuschüssen im Rahmen eines dezentralisierten Verwaltungsmechanismus den teilnehmenden Autoritäten einen verstärkten Anreiz zu strategischem Verhalten bietet. Dies kann zu erheblichen Verzerrungen im Allokationssystem führen. Aufgrund der unbestreitbaren Ähnlichkeiten zwischen Deutschland und der Schweiz angesichts des föderativen Staatsaufbaus sowie der Verteilung von Kompetenzen zwischen Bund und Ländern (bzw. Kantonen) ist bei der gegenwärtigen deutschen Finanzierungsreform besondere Vorsicht geboten. Die kritischen Punkte sind im folgenden letzten Abschnitt zusammengefasst.

---

<sup>6</sup> Für den Wortlaut der Initiative vgl. „Verfügung vom 4. August 1999 der Schweizerischen Bundeskanzlei“, siehe <http://www.admin.ch/ch/d/ff/1999/7308.pdf>

## 5.2 Aussichten

Die Analyse der Entwicklungen im Jahre 2000 mündet in vier Konklusionen, die auf potenzielle Probleme der dezentralisierten öffentlichen Finanzierung in den Sozialversicherungen hindeuten. Zum Schluss werden drei Vorschläge aufgeführt.

1. Erlaubt man die Teilnahme der Kantone an der Finanzierung des KVG, dann soll man auch zusehen, dass die Verteilungsformel im Inneren kohärent ist und das „Hin und Her“ bezüglich der kantonalen Beitragszahlung vermieden wird.

Formel (A) birgt etliche Spannungen in sich, denn sie stützt sich auf zwei verschiedene Messgrößen (Finanzkraft der Kantone, bzw. Prämienunterschied), die miteinander nicht notwendigerweise korrelieren. Fazit: Man kann nicht zwei Ziele durch eine einzige Formel anstreben. Da die zweite Messgröße ab 2002 verschwunden ist, wollen wir mit dieser Folgerung nichts anderes erreichen, als dass andere Länder aus der Erfahrung der Schweizer eine Lehre ziehen und nicht den gleichen Fehler begehen.

2. Auf Kriterien, welche in der Verteilungsformel berücksichtigt werden, sollten die Kantone keinen Einfluss haben. Als solch störender Einfluss lässt sich der Kürzungsfaktor nennen.

Die Resultate für das Jahr 2000 lassen die Motive des Gebrauchs von Kürzungsfaktoren nicht erkennen. Soll der Gebrauch von Kürzungsfaktoren darauf hindeuten, dass einige Kantone sich weigern, das bundesstaatliche Konzept über die „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse“ vollständig zu akzeptieren, oder sind Maßnahmen dieser Art eher mit der kantonalen Haushaltsstrategie zu erklären, da sie unter anderem darauf zielen, eine zu intensive Teilnahme des Kantons an der Finanzierung der gesetzten Ziele des Ausgleichs-systems zu vermeiden? In Anbetracht dieses Dilemmas bleibt nichts anderes festzustellen, als dass die andauernde Steigerung der Versicherungsprämien nicht befriedigend gezügelt wird, während die gesetzlich zur Prämienverbilligung bestimmte Finanzhilfe nicht vollständig ausbezahlt wird, und dies gilt verstärkt für die geprüfte Periode. Vergleicht man den theoretisch auszahlenden Betrag (3.319,5 Mio. Franken) mit dem tatsächlich ausgezahlten Betrag (2.533,5 Mio. Franken), dann lässt sich feststellen, dass das Ziel der Prämienverbilligung im Jahre 2000 bloß zu 76 % erreicht wurde. Fazit: Es muss überprüft werden, ob die Vermittlungsrolle der Kantone, welche in der Umverteilung als eine Art Filter funktionieren, überhaupt sinnvoll ist.

Was das angestrebte Ziel betrifft, lässt die vorliegende Situation eine gewisse Ambiguität durchschimmern. Erstens, in der auf Bundesebene gebrauchten Terminologie spricht man meistens über Versicherte in „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“, manchmal spricht man aber über Versicherte in „unteren Einkommensschichten“. Haben die beiden Begriffe dieselbe Bedeutung? Und wo liegt die Grenze, unterhalb deren die Einkommen (welche?) als niedrig zu bezeichnen sind? Es mag dafür verschiedene Interpretationen geben, und anscheinend wollen manche Kantone, welche ihr Recht auf die Beitragskürzung ausüben, die nach ihrer Ansicht viel zu großzügige bundesstaatliche Interpretation nicht teilen. An diesem Punkt muss man sich für einen der zwei Wege entscheiden. Entweder akzeptiert man, dass die Kantone unterschiedliche Standpunkte haben dürfen, und in diesem Fall muss der Bund sein Bestreben nach Einheitlichkeit aufgeben, oder man zieht die Einstimmigkeit vor, dann aber muss der Mechanismus der Beitragskürzung abgeschafft werden.



3. Unter wirtschaftspolitischem Gesichtspunkt kann man die Vereinbarkeit zwischen den explizit anvisierten Zielen und den eingesetzten Mitteln (einschließlich der finanziellen Instrumente) bezweifeln. Wenn man anerkennt, dass die im vorliegenden Artikel analysierte staatliche Intervention dazu dient, gewissen Versicherten in „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen“ oder in den „unteren Einkommensschichten“ eine gezielte finanzielle Unterstützung zur Verringerung ihrer Prämienbelastung zu gewähren, dann muss man auch gestatten, dass zwischen derjenigen Regierungsebene, welche dieses Feld der Sozialpolitik steuert (hier: dem Bundesstaat), und den begünstigten Versicherten eine *direkte* Beziehung zustande kommt.

Nach dieser Logik ist die Einschaltung einer mittleren Regierungsebene (hier: der Kantone) nicht gerechtfertigt:

- a) Es geht um die Einschaltung einer mittleren Ebene, die zum anvisierten Ziel nicht den geringsten Beitrag leistet.
  - b) Die budgetären Angelegenheiten des Kantons überschneiden sich mit der vom Zentrum angestrebten Umverteilungspolitik. Infolge des haushaltsstrategischen Verhaltens der Kantone kommen den anfänglichen (partiell gemilderten) Ungleichheiten zwischen den Versicherungsprämien zusätzliche Ungleichheiten hinzu.
  - c) Schließlich, wie die Schätzwerte für die Ausgleichswirkung demonstrieren, ist es unmöglich, mit einem einzigen Instrument (d.h. mit der Formel A) zwei verschiedene wirtschaftspolitische Ziele zu bewältigen (Umverteilung und Finanzausgleich), wenn diese miteinander nicht notwendigerweise verbunden sind.
4. Zum Schluss lässt sich noch feststellen, dass der „ausgleichende“ Teil der Verteilungsformel nicht ganz befriedigend ist. Wie oben gezeigt, beträgt dieser 111,8 Mio. Franken (Tabelle 6, Spalte 17) für die Nettozahler-Kantone und 146,8 Mio. Franken für die Nettoempfänger-Kantone, auf einem Gesamtvolumen von 1.438,5 Mio. Franken von bundesstaatlichen Subventionen. Dies entspricht einem Ausgleichseffekt von ca. 11 Prozent. Es ist doch bekannt, dass viele andere Ausgleichsinstrumente des Bundes wesentlich effektiver funktionieren (Dafflon 1995: 216).

Anhand dieser vier Feststellungen lassen sich drei Empfehlungen formulieren.

- (i) *Die Kürzungsfaktoren sollen abgeschafft werden.* Die Umverteilungspolitik soll weder unter dem Einfluss solcher strategischen Elemente wie dem Kürzungsfaktor stehen, noch soll sie von solchen exogenen und unbeherrschten Variablen abhängen wie den inter- und intrakantonalen Disparitäten zwischen den individuellen Versicherungsprämien.
- (ii) *Die Prämienunterschiede sollen im Weiteren nicht berücksichtigt werden.* Man sollte vermeiden, die redistributive Zielsetzung, d.h. die Hilfeleistung an Versicherte in bescheidenen Verhältnissen, und die ausgleichende Zielsetzung, welche nicht die Lage der versicherten Individuen, sondern die Lage der Kantone beeinflusst, miteinander zu vermengen. Ab dem Moment, wo der Prämienunterschied als Variable aus der Verteilungsformel eliminiert wird (was ab 2002 in der Schweiz tatsächlich der Fall ist), bleibt der Finanzausgleich die einzige Rechtfertigung für die Einschaltung der Kantone. Der Finanzausgleich aber lässt sich durch andere Instrumente viel effektiver ausführen.

(iii) *Die Kantone sollen aus dem Mechanismus ausgeschaltet werden.* Diejenige Regierungsebene, welche die Sozialversicherungspolitik am besten steuern kann, soll mit den Versicherten in direkte Verbindung gebracht werden, ohne dass eine andere Regierungsebene dazwischen steht. Denn die Verteilungsgerechtigkeit ist ein nationales Ziel, und wegen des hohen Grades an Mobilität der wirtschaftlichen Akteure im nationalen Raum ist die Verantwortung für die Verwirklichung dieses Zieles der Ebene des Bundesstaates zugewiesen. Die Kantone sollen sich hier nicht einmischen. Die Ausschaltung der Kantone bedeutet, dass der Bund die Beitragspflicht der Kantone (1.140 Mio. Franken im Jahre 2002; Tabelle 3) übernimmt, wodurch der totale Beitrag des Bundes höher wird. Dieselbe Maßnahme würde auch auf den Finanzausgleich einwirken (146 Mio. Franken im Jahre 2000; Tabelle 6, Spalte 17). Doch beide Effekte lassen sich im Rahmen des neuen Finanzausgleichs durch die Anpassung der Salden der kantonalen Beiträge im Ausgleichsfonds ohne weiteres kompensieren.

## Literatur

- Balthasar, A. (1999): Evaluation du système de réduction de primes dans les cantons en 1997. *Sécurité Sociale, OFAS*, 1/1999, pp. 25–28.
- Dafflon, B. (1995): *Fédéralisme et solidarité: étude de la péréquation en Suisse*. Université de Fribourg, Institut du Fédéralisme, *Études et colloques* 15.
- Dafflon, B. (2002): *Fédéralisme et sécurité sociale en Suisse: le cas de l'assurance maladie*. In: Cattoir: De Bruycker; Dumont; Tulkens; Witte (eds): *Autonomie, solidarité et coopération, Quelques enjeux du fédéralisme belge*. Editions Larcier, Bruxelles, pp. 175–209.
- Gerlinger, Th. (2003): *Gesundheitsreform in der Schweiz : ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?* In: *Jahrbuch für kritische Medizin*, Bd. 38: *Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen*. Hamburg, S. 10–30.
- Haari, R.; Rüefli, C.; Vatter, A. (2002): *Comment s'expliquent les différences intercantionales des coûts de la santé*. *Sécurité Sociale, OFAS*, 2002/1, pp. 14–16.
- Hegner, M. (1998): *Rationalität der Anspruchsberechtigten in Sozialversicherungen*. *Mémoire de recherche*, Institut de recherches économiques empiriques, Université de Zurich, *OFAS Sécurité sociale* 1/1998.
- Helsana Assurance (2002): *Senso*. *Revue périodique de l'assurance*, 4/2002, Zürich.
- Meier, R. (1995): *La nouvelle loi sur l'assurance-maladie à l'approche de son entrée en vigueur*, *Sécurité sociale, OFAS*, 5/1998, pp. 236–240.
- Oates, W. (1999): *An Essay on Fiscal Federalism*. *Journal of Economic Literature*, vol. 37, September, pp. 1120–1149.
- OFAS (2002): *Statistique des assurances sociales suisses, Comptes globaux, Résultats principaux, Séries*. Office fédéral des assurances sociales, Berne, *statistique annuelle* 2000.
- OFAS: *Sécurité Sociale*. *Revue de l'Office Fédéral des Assurances Sociales*, Berne, diverses années.
- Rürup-Kommission (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*. Bericht der Kommission, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin, August 2003.
- Siffert, N. (2000): *Quelques effets particuliers de la LAMal sur le financement*. *Sécurité Sociale, OFAS*, 4/2000, pp. 206–210.