

Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich (EFAS)

16. Februar 2023

In Kürze

Heute gelten für ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen unterschiedliche Finanzierungsregeln. Während die Kantone stationäre Leistungen mit 55 Prozent mitfinanzieren, werden die ambulanten Leistungen allein durch die Prämienzahler der OKP finanziert.

Mit der Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (EFAS), wie sie der Nationalrat im Herbst 2019 verabschiedet hat, würden verschiedene Fehlanreize im System vermindert. Der Ständerat hat nun aber die Vorlage bedauerlicherweise überladen und sie somit ineffizienter sowie für die Prämienzahler teurer gemacht. Die Groupe Mutuel setzt sich entsprechend dafür ein, dass der Nationalrat möglichst an seinen bisherigen Entscheiden festhält.



Ihre Kontaktperson bei der Groupe Mutuel

Luca Strebel

T. +41 79 244 04 68

Istrebel@groupemutuel.ch

Ausgangslage

Die Vorlage zur Einführung eines monistischen, sprich einheitlichen, Finanzierungssystems geht auf eine parlamentarische Initiative von Nationalrätin Ruth Humbel (Die Mitte/AG) (09.258) aus dem Jahr 2009 zurück. Die beiden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) haben dieser Initiative 2011 Folge gegeben. Seither wurde deren Frist mehrmals verlängert. Die von der SGK-N eingesetzte Subkommission „Monismus“ hat schlussendlich eine Gesetzesvorlage ausgearbeitet, welche in der Herbstsession 2019 vom Nationalrat und in der Wintersession 2022 vom Ständerat beraten wurde. Damit kommt das Geschäft voraussichtlich im ersten Halbjahr 2023 wieder in den Nationalrat zur Differenzbereinigung.

Zentrale Elemente der Vorlage

Grundsätzliches

Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen ist aus mehreren Gründen unbestritten: Die unter anderem mit dem medizinisch-technischen Fortschritt verbundene Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich führt zu einer **stetigen Abnahme des steuerfinanzierten kantonalen Kostenanteils**. Des Weiteren wurde die **Mehrfachrolle der Kantone** als Regulator, Versorgungsplaner, Leistungserbringer und -finanzierer wie auch als Schiedsrichter bei einem Tarifstreit zwischen Spital und Versicherer mit der Steuerung des ambulanten Bereiches um eine weitere Rolle ergänzt. Entspre-

chend haben die Kantone im ambulanten Bereich mangels Finanzierungsverantwortung auch nur begrenzt einen Anreiz, das **Versorgungsangebot zu optimieren**, so dass wichtige Einsparungen auf Systemebene nicht realisiert werden.

Gemäss der nun vorliegenden Vorlage vergüten die Krankenversicherer in jedem Fall 100 Prozent der in Rechnung gestellten Leistungen unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär ist. An die Kosten, die ihnen nach Abzug von Franchise und Selbstbehalt der Versicherten verbleiben (Nettoleistungskosten), sollen die Kantone gemäss Entscheid Ständerat einen Beitrag von mindestens **26,9 Prozent** leisten. Dieser Prozentsatz ist so festgelegt, dass die Umstellung auf die einheitliche Finanzierung für die Kantone und die Versicherer **insgesamt kostenneutral** ausfallen sollte. Entsprechend soll sich der Kantonsanteil danach proportional zu den Gesundheitskosten entwickeln.

Der Ständerat ist in der Wintersession 2022 in mehreren schwergewichtigen Punkten von der Version des Nationalrats abgewichen. In der Folge wird auf die aus Sicht der Groupe Mutuel vier zentralen Differenzen zwischen Ständerat und Nationalrat eingegangen und die Position der Groupe Mutuel dargelegt.

Einbezug der Langzeitpflege

Seit der Einführung des KVG leistet die OKP einen Beitrag zur Finanzierung der Kosten der Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex). Die eidgenössischen Räte haben bei ihrem Entscheid zur neuen Pflegefinanzierung, die per 2011 eingeführt wurde, bewusst die Prämienzahler von der starken Kostendynamik der Langzeitpflege entlasten wollen. Folglich sind

die Kosten der Langzeitpflege zu Lasten der OKP in den letzten Jahren einigermassen stabil geblieben.

Der Ständerat möchte nun im Gegensatz zum Nationalrat die Langzeitpflege in die Vorlage integrieren (mit einer Übergangsfrist von sieben Jahren). In der Langzeitpflege fehlt es aus heutiger Sicht jedoch an einer **einheitlich und transparent erhobenen Datenbasis**. Um die herausfordernde Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung einheitlich vornehmen zu können ist dies aber unumgänglich, ebenso wie für die Schaffung des künftigen Pflegetarifs. **Die angedachte Integration der Langzeitpflege wird zudem zu einer zusätzlichen Kostenverlagerung zu Lasten der OKP und zu Gunsten der Kantone führen.** Langfristig werden die zu erwartenden steigenden Kosten für die Langzeitpflege (Ankunft der Babyboomer in den betroffenen Altersklassen; Auswirkungen der Umsetzung der Pflegeinitiative) so hoch sein, dass sie **allfällige Kostenersparnisse von EFAS zu Gunsten der Prämienzahlenden zunichtemachen** und für diese sogar zu einer zusätzlichen Belastung führen.

Position Groupe Mutuel: Bevor über die Integration der Pflege diskutiert und entschieden wird, müssen die notwendigen Grundlagenarbeiten vorliegen und die Kostentransparenz gewährleistet sein. **Deshalb ist als Kompromissvorschlag ein möglicher Einbezug erst in einer losgelösten zweiten Phase zu prüfen.**

Rechnungskontrolle

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung 2012 beteiligen sich die Kantone im stationären Bereich zu 55 Prozent an den stationären Leistungen. Entsprechend führen sie

heute als Rechnungsempfänger von stationären Krankenhausaufenthalten eine Rechnungsprüfung durch. Das Ausmass dieser Kontrolle ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Insbesondere wird heute der Wohnsitz der Patienten geprüft. Durch EFAS sollen die Kantone neu zum anteilmässigen Beitragszahler werden, indem sie den Krankenversicherern einen Beitrag an die gesamten OKP-Leistungen zahlen. Der Ständerat möchte nun im Gegensatz zum Nationalrat, dass die Versicherer den Kantonen dennoch **kostenlos und unverzüglich sämtliche Rechnungsdaten übermitteln**, die sich auf eine Behandlung in einem Spital beziehen.

Festzuhalten ist, dass es im **essenziellen Interesse der Krankenversicherer liegt, dass die Rechnungen wirtschaftlich und korrekt sind**. Jährlich können so gut drei Milliarden Franken an Kosten für die Prämienzahler vermieden werden. Dies zeigt, dass die Rechnungskontrolle durch die Krankenversicherer effektiv und effizient ist. Eine doppelte Rechnungsprüfung durch Krankenversicherer und Kantone wäre aber nicht nur umständlich, sie hätte auch einen massiven **Mehraufwand bei den Kantonen, finanziert durch Steuergelder**, zur Folge. Die Koordination zwischen den Überprüfungen der Krankenversicherer und der Kantone müsste zudem gewährleistet werden, was das System zusätzlich verkomplizieren würde. Dies alles ohne einen Mehrwert für den Patienten zu bieten.

Position Groupe Mutuel: Eine Übertragung der systematischen Rechnungskontrolle an die Kantone oder eine zentrale Organisation derselben kommt für die Groupe Mutuel nicht in Frage. Dies ist nämlich eine **Kernaufgabe der Krankenversicherer**. Als Kompromiss ist beispielsweise eine **strichprobeartige Kontrolle durch ein Audit** vorstellbar.

Datenlieferungen an die Kantone

Die für die Versorgungsplanung und Leistungserbringeraufsicht der Kantone benötigten Datengrundlagen sind **bereits heute über aggregierte Daten**, die dem Bundesamt für Gesundheit und dem Bundesamt für Statistik vorliegen, weitestgehend abgedeckt.

In diesem Bereich fordert der Ständerat nun aber nun, dass die Versicherer den Kantonen direkt detailliertere Rechnungsdaten zur Verfügung stellen, um die Leistungserbringer zu überwachen, um zu planen, um den Pflegebedarf in Spitälern, Pflegeheimen und Geburtshäusern zu decken, sowie um die Anzahl der Ärzte zu begrenzen. So wird der **Daten-transfer an die Kantone ausgeweitet**, obwohl die Kantone bereits über die notwendigen Daten, welche sie vom Bund erhalten, verfügen, um diese Planungs- und Steuerungsaufgaben durchzuführen.

Position Groupe Mutuel: Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung darf nicht als Vorwand dienen, um die Datenlieferung an die Kantone weiter auszudehnen. **Eine systematische Datenlieferung an die Kantone wird abgelehnt.** Auf Gesetzesstufe ist jedoch klar zu regeln, welche Daten zu welchem Zweck an die Kantone weitergegeben werden sollen. Eine solche Datenlieferung wäre zudem, wenn schon, Aufgabe der Leistungserbringer.

Umgang mit den Vertragsspitalern

Der Ständerat möchte die Beteiligung der OKP auf die Leistungen von Vertragsspitalern

beschränken, da es sonst zu einer Subventionierung von Privatspitälern durch die OKP

käme. Der Nationalrat wollte für diese Leistungserbringer keine Ausnahme machen, da EFAS eine **Standardisierung des Systems** anstrebt und eine **unterschiedliche Behandlung** entsprechend nicht angezeigt wäre.

Position Groupe Mutuel: Die **Beibehaltung einer differenzierten Finanzierung** zur Deckung der Leistungskosten von Vertragsspitalern ist im Hinblick auf das angestrebte Ziel **nicht gerechtfertigt.** Die Anwendung einer einheitlichen Finanzierung auch auf diese Art von Spitalern ermöglicht es zudem, den **Wettbewerb unter den Krankenhäusern zu stärken**, was in der Folge zu Kosteneinsparungen führen dürfte.

Überblick Positionen Groupe Mutuel



Einbezug der Langzeitpflege allenfalls erst in einer zweiten Phase, wenn Kostentransparenz hergestellt ist.



Keine **doppelte Rechnungskontrolle** durch Versicherer und Kantone, dies ist eine Kernaufgabe der Krankenversicherer



Keine systematische **Datenlieferung an die Kantone.** Klare gesetzliche Grundlage für zweckgebundene Datenweitergabe.



Anwendung einer einheitlichen Finanzierung auch auf **Privatspitäler**, um den Wettbewerb zu stärken.

Fazit

Die Groupe Mutuel unterstützt grundsätzlich die Einführung einer einheitlichen Finanzierung, um bestehende Fehlanreize im System zu beseitigen; dies auch in der zukünftigen Erwartung dadurch Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Mit der einheitlichen Finanzierung wird zudem ein schleichender Rückzug der Kantone aus der Finanzierung der Gesundheitskosten verhindert, da die zunehmende Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich mit dem heutigen Finanzierungssystem zu einer massiven Mehrbelastung der Prämienzahler führt.

Jedoch wird die Vorlage, wie nun vom Ständerat angedacht, mittel- und langfristig zu erheblichen Kostenverlagerungen zu Lasten der Prämienzahler der OKP führen. Ebenso würden die Mehrfachrollen der Kantone weiter massiv ausgebaut. Verschiedene Beschlüsse des Ständerates müssen deshalb unbedingt durch den Nationalrat korrigiert werden. Sind die beiden folgenden Punkte nicht erfüllt, ist die Vorlage in ihrer Gesamtheit abzulehnen.

- **Vollständige sofortige Integration der Pflegekosten ist abzulehnen:**

Daher Prüfung der Integration der Pflegeleistungen erst in einer zweiten Phase, wenn die Grundlagen erarbeitet, die Daten erhoben und die Kostentransparenz gewährleistet sind.

- **Rechnungskontrolle:**

Keine systematische Rechnungskontrolle durch die Kantone oder eine neue zentrale Organisation. Eine Überprüfung auf der Grundlage von Stichproben durch ein Audit ist für die Groupe Mutuel jedoch vorstellbar.