



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)

Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) wird derzeit breit diskutiert, so auch unter den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Dem Vernehmen nach steht in der GDK Plenarversammlung ein «Grundsätzlich Nein, aber» zu EFAS zur Diskussion.

### Aufruf zum Brückenschlag

curafutura möchte die Regierungsrätinnen und Regierungsräte der GDK dazu aufrufen, nicht voreilig die Türen zu schliessen, sich im Interesse des Gesamtsystems aktiv für die Einführung von EFAS zu engagieren und in diesem Sinne die Haltung «Grundsätzlich Ja» zu beschliessen.

#### - Weil EFAS die neun GDK-Kriterien erfüllt.

Das EFAS-Modell erfüllt die neun GDK-Kriterien, an denen sich Reformvorschläge nach Meinung der Plenarversammlung messen lassen müssen (**siehe Anhang**).

#### - Weil die Kantone Mitverantwortung für das Gesamtsystem haben.

Es ist die Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen (Bund, Kantone, Leistungserbringer, Krankenversicherer, Behörden, Politik) sich gemeinsam dafür einzusetzen, dass die medizinische Grundversorgung in der Schweiz auch in Zukunft finanzierbar, die Qualität der medizinischen Leistungen hoch und der Zugang zu diesen für die gesamte Bevölkerung gewährleistet ist.

#### - Weil finanzielle Fehlanreize konsequent abgeschafft werden müssen.

Gute Ansatzpunkte zur Effizienzsteigerung und damit Kostendämpfung finden sich dort, wo finanzielle Fehlanreize im heutigen System bestehen. Sie müssen konsequent eliminiert werden. In diesem Sinne ist die Abschaffung der ungleichen Finanzierung ein Muss. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum eine ambulant durchgeführte Behandlung vollumfänglich zulasten der Prämienzahlenden geht, während der Kanton mehr als die Hälfte der Kosten übernimmt, sobald der Patient im Spital übernachtet.

#### - Weil die Einführung von EFAS überfällig ist.

Die Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung wurde in der Politik stets als Zwischenschritt hin zur einheitlichen Finanzierung deklariert. Es ist Zeit für den zweiten Schritt. Im Moment beschäftigt sich eine Subkommission der SGK-N mit der Ausarbeitung einer Vorlage zur einheitlichen Finanzierung. Ein «Nein, aber» signalisiert keine Offenheit. Diese Haltung ist nicht angemessen für einen so wichtigen Akteur wie die Kantone. Sie sind ihrer gesamten – steuer- und prämienzahlenden – Bevölkerung verpflichtet.

#### - Weil der Rückzug der Kantone aus der Finanzierung der OKP nicht im Sinne des Gesetzgebers ist.

2004 hatte die SGK-S dem Ständerat eine Vorlage unterbreitet, die eine Gleichbehandlung der stationären und ambulanten Leistungen vorsah. Damals lag der Schlüssel bei 30 Prozent der Kantone (Steuern) und 70 Prozent der Krankenversicherer (Prämien). Heute liegt dieses Verhältnis bereits bei 25 Prozent zu 75 Prozent. Das ist nicht im Sinne des Gesetzgebers, wie sich belegen lässt. Die Einführung der dual-fixen Spitalfinanzierung wurde sozialpolitisch begründet<sup>1</sup>. Für den Gesetzgeber stand fest, dass es sich bei der kantonalen Finanzierung um eine wichtige Finanzierungsquelle handeln soll.

---

<sup>1</sup> vgl. BGE 138 II 398 E. 6.3



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Reine Kostenverschiebungsvorschläge zulasten der Prämienzahlenden, wie sie aktuell unter den Kantonen diskutiert werden, sind darum unannehmbar.

**- Weil im Gesamtbild andere Reformen untrennbar mit EFAS verbunden sind.**

Erfahrungsgemäss dürfen Reformen politisch nicht überladen werden. Es ist daher wichtig, das Gesamtbild vor Augen zu haben, die Reformen indessen separat und parallel anzugehen. Im Jahr 2017 stehen wichtige Vorlagen zur Diskussion, die eng miteinander verbunden sind: Einheitliche Finanzierung (Pa.Iv. Humbel 09.528), Tarifeingriff des Bundesrats und Vorstösse betreffend Tariforganisation, Nachfolgelösung zur Zulassungsbeschränkung sowie die Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (BR 15.083).

**- Weil die Interessen der Finanzierer in die gleiche Richtung wirken sollten.**

Als Finanzierer medizinischer Leistungen sind die Kantone und Krankenversicherer besonders gefordert. Umso wichtiger ist es, dass ihre Interessen gleichgerichtet wirken. Solange medizinische Leistungen – je nachdem, ob ambulant oder stationär durchgeführt – unterschiedlich finanziert werden (ambulant: 100% Prämien; stationär: 45% Prämien und 55% Steuern), ist das nicht der Fall.

**- Weil die Maxime lauten muss: Das eine tun, ohne das andere zu lassen.**

Zur Effizienzsteigerung sind zwei Schwerpunkte wichtig. Zum einen die Verlagerung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Wieviel Effizienzgewinn darin steckt, zeigt eine Studie von PWC<sup>2</sup> (1 Mrd. Franken). Zum anderen ist die Stärkung der integrierten Versorgung zentral. Dies insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden und zunehmend chronisch- bzw. multimorbiden Bevölkerung. Eine von den Akademien der Wissenschaften Schweiz in Auftrag gegebene Studie hat das Effizienzpotenzial der integrierten Versorgung auf 3 Mrd. Franken pro Jahr geschätzt<sup>3</sup>.

Der Verlagerung stehen heute vor allem finanzielle Fehlanreize bei den Tarifen im Wege. Demgegenüber wird die Stärkung der integrierten Versorgung vor allem durch die ungleiche Finanzierung behindert. Durchgängige Finanzierungsanreize würden zu einer Optimierung der Behandlungskette führen. Mit Bezug auf Reformen muss darum gelten: Sowohl als auch.

<sup>2</sup> PricewaterhouseCoopers (2016). «Ambulant vor stationär. Oder wie sich eine Milliarde Franken jährlich einsparen lassen.»

<sup>3</sup> (Trageser, J., A. Vettori, et al. (2012). «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens.» Akademien der Wissenschaften Schweiz. Bern).



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

## ANHANG

Die Plenarversammlung der GDK hat neun Kriterien bestimmt, an welchen sich Reformvorschläge messen lassen müssen. Nimmt man die Kriterien unter die Lupe, zeigt sich, dass EFAS sie erfüllt.

**GDK 1: «Eine Systemanpassung soll dazu führen, dass Entscheide über die zweckmässigste und gleichzeitig wirtschaftlichste Behandlungsform (inkl. Behandlungsort) aus fachlichen (medizinischen) Gründen und nicht aufgrund finanzieller Fehlanreize erfolgen.»**

curafutura steht vorbehaltlos hinter diesem Ziel. Um diesem Ziel näher zu kommen, ist es wichtig, finanzielle Fehlanreize konsequent abzuschaffen. Der Fehlanreiz der heutigen ungleichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen kann mit Einführung von EFAS korrigiert werden.

**GDK 2: «Bei einem Systemwechsel bleiben die Kantone in der Versorgungsverantwortung.»**

Die Versorgungsverantwortung hat grundsätzlich nichts mit der Mittelherkunft zu tun, also damit, woher das Geld zur Vergütung medizinischer Leistungen kommt. Insofern bleibt die Versorgungsverantwortung der Kantone mit EFAS unangetastet.

**GDK 3: «Die Kantone müssen zur Wahrnehmung ihrer Versorgungsverantwortung über die dazu notwendigen Instrumente verfügen.»**

Die Kantone stellen heute die medizinische Grundversorgung ihrer Wohnbevölkerung sicher. Mit EFAS wird den Kantonen nichts weggenommen, weder ihre Versorgungsverantwortung, noch ihre Instrumente wie die Spitalisten, noch ihre Kompetenz, im Fall von Unterversorgung im Rahmen der kantonalen Gesetzgebung Massnahmen ergreifen zu können.

**GDK 4: «Systemanpassungen müssen insgesamt zu Minderkosten im Gesamtsystem führen.»**

Ein Mehrwert von EFAS liegt genau darin, dass die Neuregelung kostendämpfend wirkt, indem sie die integrierte Versorgung stärkt, Überversorgung und Fehlallokationen reduziert, «ambulant vor stationär» fördert und dafür sorgt, dass die Interessen von Kantonen und Krankenversicherern als Finanzierer neu in die gleiche Richtung wirken.

**GDK 5: «Der Finanzierungsanteil der Kantone an den Gesamtkosten soll insgesamt nicht erhöht werden.»**

Im EFAS-Modell entsprechen die Kantonsbeiträge insgesamt dem heutigen Umfang von 55 Prozent an den stationären Kosten. Hierzu soll im Krankenversicherungsgesetz ein fixer und national einheitlicher prozentualer Mindestfinanzierungsanteil festgelegt werden, mit dem sich die Kantone an den OKP-Nettokosten ihrer Wohnbevölkerung beteiligen. Steuer- und Prämienanteil würden sich zukünftig im Gleichschritt entwickeln.

**GDK 6: «Ein Systemwechsel gewährleistet die Planbarkeit des Mitteleinsatzes für die Kantone.»**

Mit dem EFAS-Modell leistet der Kanton einen Beitrag an die gesamten OKP-Nettokosten seiner Wohnbevölkerung, anstatt deren stationäre Leistungen zu vergüten. Es handelt sich also weiterhin um gebundene Kantonsausgaben. Budgetsicherheit und Planbarkeit bleiben damit gleich.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

**GDK 7: «Die Versorgungssicherheit und Finanzierbarkeit darf durch einen Systemwechsel nicht gefährdet werden.»**

Die Verantwortung der Kantone für die Versorgung wird mit EFAS nicht in Frage gestellt. EFAS steigert sowohl Qualität als auch Effizienz (vgl. GDK 4).

**GDK 8: «Ein Systemwechsel muss insgesamt die Transparenz für alle Beteiligten erhöhen (auch für die Patienten).»**

EFAS wird die Transparenz bezüglich Leistungskosten stark verbessern, gleichzeitig bestehende Wettbewerbsverzerrungen verringern und den Anpassungsbedarf aufzeigen. Beispiele:

- Heute sieht der Patient auf seiner Rechnung für stationäre Leistungen nur die halbe Wahrheit. Den Vergütungsanteil des Kantons sieht er nicht. Entsprechend sind auch in der nationalen Statistik des Bundesamtes für Gesundheit nicht die gesamten OKP-Kosten ersichtlich.
- In gewissen Kantonen erfolgt die Finanzierung der eigenen öffentlichen Spitäler über ein prospektives Globalbudget. Die Differenz zwischen effektiven Kosten und pauschaler Abgeltung ist nicht öffentlich.
- Heute besteht eine Abgrenzungsproblematik zwischen Leistungen, die durch OKP-Tarife gedeckt sind, und gemeinwirtschaftlichen Leistungen. EFAS würde transparenter machen, wo die einzelnen Kantone die Grenze zwischen diesen beiden Bereichen ziehen.

**GDK 9: «Ein Systemwechsel darf nicht zu einem administrativen Mehraufwand führen.»**

Mit dem EFAS-Modell nimmt der administrative Aufwand ab. Zum einen entfällt die heutige doppelte Rechnungsstellung für stationäre Leistungen an Krankenversicherer und Kantone. Und zum anderen würde die Zuweisung der Kantonsbeiträge an die Krankenversicherer via Gemeinsame Einrichtung nach den Regeln des Risikoausgleichs erfolgen. Das heisst, die Prozesse wären etabliert, erprobt und schlank.

Bern, Mai 2017

Anita Holler, curafutura