

POLICY BRIEF

DIE REFORM ZUR EINHEITLICHEN FINANZIERUNG DER GESUNDHEITSLAISTUNGEN UNTER DER LUPE



VORWORT

Die Schweizer Stimmberechtigten stimmen am 24. November 2024 über eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ab. Die Reform zur einheitlichen Finanzierung gilt als eine der wichtigsten Reformen des Schweizer Gesundheitssystems seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996. Sie wird von den verschiedenen politischen Parteien, den Vertretern der Leistungserbringer und den Krankenversicherern breit unterstützt.

Es handelt sich zweifellos um eine umfassende Reform unseres Krankenversicherungssystems. Daher ist es wichtig, dass die Bevölkerung so transparent wie möglich über die Herausforderungen dieser Reform und die von ihren Befürwortern und Kritikern vorgebrachten Argumente informiert wird.

Dieser Beitrag zielt darauf ab, auf sachliche und analytische Weise Transparenz in die Debatten zu bringen, um den Bürgerinnen und Bürgern zu helfen, in Kenntnis der Sachlage abzustimmen.

KURZE ERLÄUTERUNG DER REFORM

Die Reform zur einheitlichen Finanzierung, kurz «EFAS» (für «Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen»), beinhaltet eine wichtige Änderung der Finanzierung des Gesundheitssystems zulasten der Krankenversicherer der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der Kantone. Diese Reform bewirkt zwei unterschiedliche Veränderungen:

- Eine Vereinheitlichung der Verteilschlüssel zwischen Versicherern und Kantonen in den verschiedenen Versorgungsbereichen (ambulant, stationär, zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen (APH))
- Die Einführung einer Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand (Monismus), die dazu führt, dass die Versicherer alle Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung allein vergüten, während die Kantone ihren finanziellen Beitrag direkt an die Versicherer überweisen.

Das Ziel dieser Reform ist es, einerseits falsche finanzielle Anreize zu korrigieren, die die Verlagerung der Versorgung vom stationären zum ambulanten Bereich bremsen können, und andererseits zu verhindern, dass diese Verlagerung in den ambulanten Bereich die Krankenkassenprämien proportional stärker erhöht als die Steuern, was derzeit der Fall ist.

Über diese beiden direkten Auswirkungen hinaus werden sowohl von den Befürwortern als auch den Gegnern weitere Argumente angeführt. Diese Argumente basieren auf Annahmen und Bedingungen, die analysiert werden müssen, um die tatsächliche Tragweite dieser Reform objektiv bewerten zu können.

Um besser zu verstehen, was auf dem Spiel steht, ist es hilfreich, einen Blick auf die Entstehungsgeschichte der Reform zu werfen und ihren Ursprung zu verstehen, die bis auf die Einführung des KVG zurückgehen. Bei Interesse finden Sie weitere Informationen auf Seite 10 im Abschnitt [«Kurzer historischer Abriss der Reform zur einheitlichen Finanzierung»](#).

ANALYSE DER ARGUMENTE FÜR EINE REFORM ZUR EINHEITLICHEN FINANZIERUNG

3.1. Die Reform vereinheitlicht die Finanzierungsanteile für die Leistungen und führt ein Finanzierungssystem aus einer Hand ein. Worum geht es dabei?

Derzeit unterscheiden sich der vom Krankenversicherer und der vom Kanton zu tragende Finanzierungsanteil je nach Art der Leistungen (ambulant, stationär, zu Hause und Alters- und Pflegeheime), und die verschiedenen Geldgeber – Krankenversicherer oder Kanton – erstatten dem Leistungserbringer seinen vertrags- oder gesetzmässigen Anteil.

Die Reform zielt darauf ab, den Finanzierungsanteil zulasten des Krankenversicherers (73,1 %) und des Kantons (26,9 %) in einem einzigen Verteilschlüssel zu vereinheitlichen. Darüber hinaus sieht sie vor, dass der Kanton seinen finanziellen Beitrag direkt an die Krankenversicherer zahlt. Diese werden dafür zuständig sein, auf der Grundlage von Tarifverträgen 100 % des Betrags für die Leistungen ihrer Versicherten zu erstatten, unabhängig davon, ob es sich um ambulante oder stationäre Leistungen, um häusliche Pflege oder um Alters- und Pflegeheime handelt (Monismus).

Abbildung 1¹ verdeutlicht diese Veränderungen bei der Finanzierung und veranschaulicht ausserdem die Auswirkungen der Reform auf die Beträge, die bei der Berechnung der Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt) berücksichtigt werden.



Abbildung 1: Finanzierung Gesundheitsleistungen vor und nach der Reform

Die Bedeutung der direkten finanziellen Beziehung zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern wird also zunehmen, während diejenige zwischen Kantonen und Leistungserbringern abnehmen wird. Die Kantone finanzieren jedoch weiterhin direkt andere Leistungen, wie z.B. die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften.

Weitere Erläuterungen zu diesen Finanzierungsflüssen finden Sie auf Seite 12 im Abschnitt [«Finanzierung der Leistungen der OKP vor und nach der Reform»](#).

IN KÜRZE

Mit der Reform werden die Krankenversicherer, unabhängig von der Art der Versorgung (ambulant, stationär, Langzeitpflege), 73,1 % der Finanzierung der Leistungen übernehmen und die Kantone 26,9 %.

100 % der Gesundheitsleistungen werden von den Krankenversicherern erstattet, wobei die Kantone ihren Beitrag direkt an die Versicherer zahlen. Umso grösser wird daher die Bedeutung der Finanzierungsverhandlungen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sein.

Die Reform ermöglicht also eine Vereinheitlichung der Finanzierungsanteile und führt ein Finanzierungssystem aus einer Hand ein.

3.2. Kann eine einheitliche Finanzierung zur Verlagerung zum ambulanten Bereich beitragen?

Die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich ist eine wichtige Kostenfrage. Ambulant durchgeführte Eingriffe sind in der Regel günstiger als stationäre, da keine Kosten für Unterbringung und Überwachung anfallen. Worauf beruht jedoch die Entscheidung, eine Leistung eher stationär als ambulant zu erbringen?

Angenommen, der Kostenträger hätte ein Mitspracherecht bei der Entscheidung, eine medizinische Versorgung ambulant statt stationär durchzuführen: Welche finanziellen Anreize bestehen derzeit? Da der Krankenversicherer (OKP) 100 % der Kosten im ambulanten Bereich und nur 45 % im stationären Bereich der Krankenhäuser übernimmt, hat er ein Interesse an mehr stationären Behandlungen. Wenn er die Patientinnen und Patienten jedoch auch privat oder halbprivat versichert, kehrt sich der finanzielle Anreiz um, denn für private Versicherer ist die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen finanziell viel attraktiver. Für den Kanton, der 55 % der Kosten für einen stationären Spitalaufenthalt trägt und bei einem ambulanten Eingriff nichts erstattet, ist es umgekehrt. Er hat ein klares finanzielles Interesse daran, die Verlagerung von der stationären Spitalbehandlung zur ambulanten Behandlung zu fördern.

Haben die Kostenträger jedoch tatsächlich einen Einfluss auf die Art der Versorgung? Sollte dies nicht eher der Ärztin oder dem Arzt vorbehalten sein? Und wenn die Entscheidung hauptsächlich von der Ärztin oder dem Arzt getroffen wird, welche Anreize hat sie oder er? Es liegt auf der Hand, dass die medizinische Situation und der Wunsch der Patientin bzw. des Patienten und ihrer/seiner Angehörigen die wichtigsten Einflussfaktoren sind. Auch die Verfügbarkeit der technischen Ausstattung, sei es im stationären oder im ambulanten Bereich, ist entscheidend. Was die finanziellen Anreize anbelangt, wird die Ärztin bzw. der Arzt oder die Gesundheitseinrichtung wahrscheinlich eher von der Höhe der Rückerstattung der Leistung und damit von ihrer Rentabilität beeinflusst als von der Frage, woher die Rückerstattung kommt. Und nicht zu vergessen ist der Einfluss möglicher privater Honorare, die der Arzt oder die Ärztin bei der stationären Behandlung einer Patientin oder eines Patienten mit einer Zusatzversicherung erhält.

Die Verlagerung zum ambulanten Bereich ist also das Ergebnis vieler Faktoren, für die es viele verschiedene finanzielle Anreize gibt, die nicht alle in die gleiche Richtung gehen.

Wie weit ist die Ambulantisierung in der Schweiz fortgeschritten? Der Abschnitt [«Die Ambulantisierung in der Schweiz»](#) auf Seite 13 enthält eine Analyse der bisherigen Verlagerung zum ambulanten Bereich in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen sowie einen internationalen Vergleich. Dieser Analyse zufolge ist die ambulante Verlagerung in der Schweiz zwar bereits gut angelaufen, aber im internationalen Vergleich besteht wahrscheinlich noch viel Luft nach oben. Die Reform zur einheitlichen Finanzierung wird dazu beitragen, diese Entwicklung zu unterstützen, aber man sollte sich darüber im Klaren sein, dass die Entwicklung der Tarifstrukturen oder andere Massnahmen wie verbindliche Listen ambulant durchzuführender Eingriffe in diesem Zusammenhang wirksamer sind. Ferner ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese Wende mit einer Anpassung des ambulanten Angebots und insbesondere einer Stärkung der ersten Versorgungslinie einhergeht. Denn diese Verlagerungen von Tätigkeiten erfordern eine höhere Verfügbarkeit der ambulanten Medizin und anderer ambulanter Dienste, da diese die Patientinnen und Patienten früher übernehmen müssen. Es ist also eine ganze Versorgungskette, die organisiert werden muss, um die Verlagerung zum ambulanten Bereich zu ermöglichen und zu unterstützen.

IN KÜRZE

Ambulant durchgeführte Operationen kosten in der Regel weniger als stationär durchgeführte. Heute bremsen verschiedene finanzielle Anreize die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, wie z.B. Tarife, Zusatztarife, die an eine private Zusatzversicherung gekoppelt sind, oder der vom Kostenträger zu vergütende Betrag.

Durch die Vereinheitlichung der Anteile, die von den verschiedenen Kostenträgern zu vergüten sind, ermöglicht die Reform eine Korrektur dieses Faktors, da der Krankenversicherer kein Interesse mehr daran hat, die Inanspruchnahme von stationärer statt ambulanter Behandlung zu fördern. Auf die beiden anderen oben genannten Anreize hat sie hingegen keinen Einfluss.

Die Reform korrigiert einen derzeit unangemessenen finanziellen Anreiz, wird aber wahrscheinlich nur moderate Auswirkungen haben, wenn man bedenkt, dass die Wahl der Art der Versorgung in erster Linie von einer medizinischen Entscheidung abhängt, die ihrerseits anderen finanziellen Anreizen unterliegt, die von der Reform nicht berührt werden.

3.3. Wird durch die einheitliche Finanzierung die Koordination in der Gesundheitsversorgung gefördert?

In den vorgelegten Argumenten verspricht die Reform ein Sparpotenzial von 440 Millionen Franken pro Jahr, wovon 309 Millionen Franken auf eine bessere Koordination in der Gesundheitsversorgung entfallen würden. Unter welchen Annahmen können eine einheitliche Finanzierung und die Einführung eines Systems aus einer Hand die Koordination in der Gesundheitsversorgung beeinflussen?

Die zugrunde liegende Annahme beruht darauf, dass die Koordination der Gesundheitsversorgung in erster Linie Sache der Krankenversicherer ist, indem diese alternative Versicherungsmodelle anbieten. Unter dieser Annahme würde die einheitliche Finanzierung es den Versicherern ermöglichen, die Einsparungen aus einer geringeren Inanspruchnahme der stationären Versorgung vollständig auf den Prämienrabatt der alternativen Modelle zu übertragen, was mehr Versicherte dazu bewegen dürfte, diese verbindlichen Versorgungsmodelle zu wählen. Die Koordination der Gesundheitsversorgung wird jedoch in erster Linie von den Leistungserbringern vor Ort erbracht. Sie setzt eine Kultur der Interprofessionalität voraus, den Aufbau eines Netzwerks von Personen und Institutionen, die vertrauensvoll zusammenarbeiten und eher am Ergebnis als an der Anzahl der Behandlungen interessiert sind, die sie jeweils durchgeführt haben.

Wenn sich die Leistungserbringer einer Region vernetzen, besser koordinieren und dadurch die Zahl der Spitalaufenthalte sinkt, profitieren davon alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihren Versicherungsmodellen und Versicherern. Es ist zu erwarten, dass das Prämiengefälle zwischen Standard- und Alternativmodell zurückgeht, da gesetzlich vorgeschrieben ist, dass der Prämienunterschied bei einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nur die *«Kostenunterschiede, die auf die eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer sowie auf eine besondere Art und Höhe der Entschädigung der Leistungserbringer zurückzuführen sind,»* widerspiegeln darf (Art. 101 Abs. 2 KVV).

Es stellt sich daher die Frage, ob die rund 40 Krankenversicherer, die durch das System über ihr Angebot an Versicherungsprodukten miteinander konkurrieren und jeweils für ihre über die ganze Schweiz verteilten Versichertenkollektive arbeiten, in der Lage sind, aktiv und massgeblich zur Entwicklung dieser regional organisierten, koordinierten Betreuungsnetze beizutragen. In diesem Fall sollte sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer ihre Praktiken entsprechend dem Versicherer und dem Versicherungsmodell ihrer Patientinnen und Patienten anpassen, damit sich diese Modelle letztendlich durch eine attraktive Prämie von den anderen abheben.

IN KÜRZE

Durch eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung lassen sich derzeit zwar Einsparungen im stationären Bereich erzielen, aber nur 45 % der erreichten Einsparungen können auf die Krankenkassenprämie angerechnet werden, da 55 % der Kosten im stationären Bereich von den Kantonen getragen werden.

Durch die Reform wird der Anteil der von den Krankenversicherern erzielten Einsparungen auf 73,1 % steigen, was die Krankenversicherer dazu ermutigen könnte, für eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung zu sorgen. Es wird erwartet, dass die Versicherer dafür ihr Angebot an alternativen Versicherungsmodellen, die verbindliche Kostenübernahmen für die Versicherten beinhalten, ausbauen.

Die Reform korrigiert einen derzeit unangemessenen finanziellen Anreiz, der bei Einsparungen im stationären Spitalbereich den Spielraum für Prämienrabatte für verbindliche alternative Versicherungsmodelle einschränkt. Die Tragweite dieser Veränderung wird jedoch durch andere bestehende Hindernisse für eine bessere Koordination der Gesundheitsversorgung, die Bereitschaft der Gesundheitsdienstleister, sich über alternative Versicherungsmodelle in Versorgungsnetzen zu organisieren, und durch den Anteil der Versicherten, die verbindliche Bedingungen für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung akzeptieren, begrenzt.

3.4. Sinkt durch die Reform der Druck auf die Krankenkassenprämien?

Die Reform verspricht eine Entlastung bei den Krankenkassenprämien, die Referendumsführer und santésuisse befürchten jedoch einen Anstieg. Worum geht es dabei? Um diese Frage zu beantworten, ist es wichtig, zwischen zwei verschiedenen Zeiträumen zu unterscheiden: den unmittelbaren Auswirkungen beim Inkrafttreten der Reform und den Auswirkungen der Reform auf die künftige Entwicklung der Kosten zulasten der Versicherer und der Kantone.

Bezüglich der Auswirkungen beim Inkrafttreten der Reform sieht der Entwurf Kostenneutralität vor, d.h. die Gesamtbeträge, die zum einen von allen Krankenversicherern und zum anderen von allen Kantonen finanziert werden, dürfen sich nicht ändern, wenn die Finanzierung wechselt. Ausgehend von den Durchschnittskosten zwischen 2016 und 2019 wurde berechnet, dass diese Neutralität durch die Aufteilung der Finanzierung in 73,1 % für die Versicherer und in 26,9 % für die Kantone erreicht wird. Wäre die Umstellung damals schon erfolgt, hätte es für einen «durchschnittlichen» Schweizer Versicherten also weder Prämientlastungen noch Prämienerrhöhungen gegeben. Man muss sich jedoch bewusst sein, dass die Situation für jeden Kanton und somit für jeden Versicherten unterschiedlich ist. In einigen Kantonen wären die Prämien gestiegen und die Steuern gesunken, in anderen wäre das Gegenteil der Fall gewesen. Das BAG hat diese Auswirkungen nach Kantonen berechnet. Sie werden auf Seite 18 im Abschnitt [«Auswirkungen der Reform auf Prämien und Steuern»](#) dargestellt.

Wenn die Reform zustande kommt, wird die Umstellung jedoch erst ab 2028 erfolgen. Bis dahin wird sich die Verteilung der Anteile zulasten der Versicherer und der Kantone seit dem Zeitraum 2016-2019 verändert haben und der von der Reform vorgeschriebene Prozentsatz von 73,1 % bzw. 26,9 % wird keine exakte Kostenneutralität mehr ermöglichen. Da durch die Inanspruchnahme von mehr ambulanten Leistungen tendenziell der über die Krankenkassenprämien finanzierte Anteil steigt und der von den Kantonen über die Steuern finanzierte Anteil sinkt, erhöht sich der von den Versicherern zu tragende Anteil tendenziell im Laufe der Zeit. Das BAG prognostiziert, dass die Reform im Jahr 2028 zu einem Nettotransfer von den Versicherten zu den Steuerzahlern führen wird. Eine Grafik, die diese Entwicklung simuliert, hat das BAG im Faktenblatt «Entwicklung von Prämien- und Steuerfinanzierung»² vom 8. Oktober 2024 vorgelegt, das auf ähnlichen Annahmen zur Kostenentwicklung basiert wie die Studie von Infrans (2021). Ausgehend von diesen Zahlen ist zu erwarten, dass die durch die Reform verursachte Finanzierungsverschiebung zugunsten der Versicherten in der Grössenordnung von 1,5 Milliarden Franken liegen wird³, vorausgesetzt natürlich, dass die Prämien von den verschiedenen Krankenversicherern perfekt angepasst werden. Was die zu erwartenden Steuererhöhungen angeht, lässt sich kaum vorhersagen, was in den einzelnen Kantonen passieren wird. Es handelt sich also nicht um eine Senkung der Gesundheitskosten, sondern um eine Überwälzung der Belastung von den Krankenkassenprämien auf die Steuern.

Was die Auswirkungen der Reform auf die zukünftige Kostenentwicklung zulasten der Prämienzahlenden betrifft, so wird mit der Reform verhindert, dass die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich die Prämien proportional stärker belastet als die Steuern, wie dies heute der Fall ist. Im Bereich der Langzeitpflege ist jedoch eine genau umgekehrte Entwicklung zu beobachten, da der Finanzierungsanteil zulasten der Kantone schneller steigt als der Anteil zulasten der Krankenversicherer. Letztendlich hängen die Auswirkungen der Reform auf die Entwicklung der von den Versicherten zu tragenden Gesundheitskosten hauptsächlich von drei Faktoren ab: dem Tempo der Verlagerung zum ambulanten Bereich, der Höhe der Differenz der übernommenen Kosten zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sowie der Kostenentwicklung in der Langzeitpflege. Je nachdem, welche Annahmen für die Kostenentwicklung in der Langzeitpflege zugrunde gelegt werden, könnte die Reform zu einer höheren Belastung der Prämienzahlenden führen. Zumindest wurde dies von santésuisse im Mai 2023 festgestellt⁴: *«Somit ist klar: Der kostenreduzierende Effekt von EFAS wird durch die Integration der KVG-pflichtigen Pflege aufgehoben. Die Integration der KVG-pflichtigen Pflege kostet die Prämienzahler im Szenario «Wachstum KVG-pflichtige Pflege hoch» gemäss unseren Prognosen im Jahr 2035 zusätzliche 4,9 Milliarden Franken, 2040 sogar 9,6 Milliarden Franken.»* Das zweite von santésuisse untersuchte Szenario eines moderaten Wachstums der Kosten für die Langzeitpflege zeigt, dass die Belastung der Prämienzahlenden bei Einführung der Reform sinkt, aber ab 2040 die Belastung, die ohne Reform entstehen würde, übersteigt.

IN KÜRZE

Die Reform setzt Kostenneutralität voraus, d.h. der Gesamtbetrag zulasten der Krankenversicherer und der Kantone darf sich durch das Inkrafttreten der Reform nicht ändern. Es gibt also keine unmittelbare Umstellung der Finanzierung, wie sie in der Reform vorgesehen ist, um den Druck auf die Krankenkassenprämien durch eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils zu mindern.

Durch die Vereinheitlichung der Finanzierung wird jedoch verhindert, dass die potenziellen Einsparungen durch die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich hauptsächlich nur den Kantonen zugute kommen und nicht auf die Krankenkassenprämien überwälzt werden können. Die Berücksichtigung der Langzeitpflege in der Reform behindert jedoch diese gewünschte Dämpfung des Anstiegs der Krankenkassenprämien.

Der erwartete starke Anstieg der Langzeitpflegekosten, der insbesondere auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist, wird die Krankenkassenprämien nach der Reform im Vergleich zu heute stärker belasten als die Kantone.

Die Aufnahme der Langzeitpflege in das Reformpaket dämpft den Entlastungseffekt auf die Krankenkassenprämien und könnte, je nachdem wie sich das Wachstum dieser Kosten entwickelt, langfristig sogar das Gegenteil bewirken.

3.5. Werden durch die Reform Einsparungen erzielt?

Laut der Website des Bundes⁵ heisst es: *«Das Sparpotenzial der Reform kann nur grob geschätzt werden. Eine Studie im Auftrag des BAG veranschlagt das mögliche Sparpotenzial auf bis zu 440 Millionen Franken pro Jahr. In welchem Umfang und wie schnell es realisiert werden kann, hängt vom Verhalten der Akteure ab, deshalb kann es nur grob geschätzt werden.»*

Die Pressemitteilung vom 8. Oktober 2024⁶ des Vereins «Gesundheitswesen mit Zukunft», der für die Kampagne zur Unterstützung der Reform verantwortlich ist, ist positiver formuliert: *«Konkret: Die verstärkte Ambulantisierung birgt ein Sparpotenzial in Milliardenhöhe. Allein durch die Reform können durch bessere Koordination und vermehrte ambulante Behandlungen jährlich 440 Millionen eingespart werden.»*

Die im Zusammenhang mit der Reform zur einheitlichen Finanzierung genannten 440 Millionen Franken an potenziellen Einsparungen sind das Ergebnis einer Studie, die Polynomics 2022⁷ im Auftrag des BAG durchgeführt hat. Sie basiert auf einem Wirkungsmodell und bewertet zwei Szenarien, ein optimistisches und ein pessimistisches. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass vor allem drei indirekte Effekte der Reform zu Einsparungen in unserem Gesundheitssystem führen könnten:

1. Die Entwicklung eines Modells der koordinierten Versorgung mit einem Sparpotenzial von 0 bis 309 Millionen Franken pro Jahr;
2. Die Entwicklung innovativer Tarifstrukturen mit einem Sparpotenzial von 0 bis 3,3 Millionen Franken pro Jahr;
3. Die Reduktion von Ineffizienzen in der Langzeitpflege mit einem Sparpotenzial von 0 bis 126 Millionen Franken.

Insgesamt schwankt das geschätzte Sparpotenzial also zwischen 0 (pessimistisches Szenario) und 438,3 Millionen Franken (optimistisches Szenario). Der Bericht betont ausserdem: *«Das Sparpotenzial von EFAS resultiert ausschliesslich aus indirekten Effekten»* und *«Die Einsparungen lassen sich nicht sofort realisieren. Da sie hauptsächlich auf Verhaltensänderungen von Akteuren beruhen, werden sie erst nach einer gewissen Zeit eintreten.»*

Wenn man sich auf die Quelle bezieht, die zur Rechtfertigung dieser potenziellen Einsparungen angeführt wird, bedeutet die Aussage, dass *«allein durch die Reform»* Einsparungen von 440 Millionen Franken pro Jahr ermöglicht werden, dass man ausgesprochen optimistisch sein und akzeptieren muss, dass dies durchaus mehrere Jahre dauern kann. Wie die Autorinnen und Autoren der Studie klarstellen, lassen sich diese Einsparungen durch die Reform nicht sofort realisieren, da sie hauptsächlich auf Verhaltensänderungen von Akteurinnen und Akteuren beruhen, die wiederum von anderen Faktoren abhängen als nur von der Umstellung aufgrund der Reform zur einheitlichen Finanzierung.

IN KÜRZE

Laut dem Bund besteht ein Sparpotenzial von 440 Millionen Franken durch die Reform zur einheitlichen Finanzierung. Diese Einsparungen beruhen auf einer besseren Koordination der Gesundheitsversorgung (309 Millionen Franken), der Entwicklung innovativer Tarifstrukturen (3,3 Millionen Franken) und der Reduktion von Ineffizienzen in der Langzeitpflege (126 Millionen Franken).

Es sei darauf hingewiesen, dass in dem vom BAG in Auftrag gegebenen Bericht Einsparungsspannen berechnet werden, die insgesamt zwischen 0 und 440 Millionen Franken liegen. In diesem Bericht heisst es ausserdem, dass das Sparpotenzial durch die Reform lediglich aus indirekten Effekten resultiert und hauptsächlich auf Verhaltensänderungen der Akteurinnen und Akteure beruht. Diese potenziellen Einsparungen können daher nicht sofort realisiert werden.

Der vom BAG in Auftrag gegebene Bericht kommt zu dem Schluss, dass das Sparpotenzial zwischen 0 und 440 Millionen Franken beträgt. Es ist sehr unsicher, wie sich diese Reform tatsächlich auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken wird.

3.6. Wird die Finanzierung der Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen und zu Hause sicherer?

Die Reform wirkt sich an sich nicht direkt auf die Tarifstrukturen aus. Als Nebeneffekt bedeutet die Reform der EFAS jedoch, dass auf nationaler Ebene Tarifstrukturen für die Pflege zu Hause und Alters- und Pflegeheime geschaffen werden müssen. Die Finanzierung der Langzeitpflege wird also den Weg der Spitalfinanzierung einschlagen, die 2009 in Kraft getreten ist. Mit der Reform werden bis 2032 die Kostenstatistiken und -rechnungen vereinheitlicht, um als Grundlage für den Aufbau nationaler Tarife zu dienen, die für die Pflege zu Hause und für Alters- und Pflegeheime zwischen Krankenversicherern, Kantonen und Leistungserbringern ausgehandelt werden.

Die Verhandlungen über die finanzielle Ausstattung des Langzeitpflegesektors, die derzeit von den einzelnen Kantonen geführt werden, werden sich also auf die Tarifgruppen der Krankenversicherer verlagern, wie es derzeit bei den ambulanten und stationären Spitaltarifen der Fall ist. Der Kanton bleibt für die Genehmigung der auf kantonaler Ebene ausgehandelten Tarife verantwortlich.

Das BAG⁸ ist der Ansicht, dass diese Entwicklung die Finanzierung sicherer machen wird, da die von den Kantonen gewährte Restfinanzierung heute manchmal unzureichend ist. Es scheint daher erwartet zu werden, dass die Einführung eines nationalen Tarifs für Alters- und Pflegeheime langfristig eine bessere Kostendeckung und damit eine Erhöhung der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel ermöglicht. Dieses Argument scheint jedoch dem Argument zu widersprechen, wonach im Bereich der Langzeitpflege durch mögliche Effizienzsteigerungen ein Sparpotenzial von 126 Millionen Franken besteht, das sich unter dem optimistischen Szenario des Polyomics-Berichts ergibt und eine Komponente der Einsparungen von 440 Millionen Franken ist, auf die zur Verteidigung der Reform zur einheitlichen Finanzierung verwiesen wird.

Die Referendumsführer hingegen sind der Meinung, dass die Finanzierungslücke im Pflegesektor nicht durch die Reform zur einheitlichen Finanzierung gelöst wird. Im Gegenteil: Sie warnen vor dem Druck, den die Krankenversicherer im Hinblick auf die Kostendämpfung auf diesen Sektor ausüben werden und den in erster Linie die Mitarbeitenden spüren werden. Da ihrer Meinung nach der Finanzierungsanteil der Kantone im Pflegebereich sinken wird, warnen sie vor dem Risiko, für die Finanzierung von staatlichen Einrichtungen nicht mehr auf die öffentliche Hand zählen zu können⁹. Diese Warnung beruht also unmittelbar auf der Annahme, dass die versprochenen Einsparungen im Pflegebereich erzielt werden und dass diese auf Kosten des Pflegepersonals gehen.

IN KÜRZE

Die Reform zur einheitlichen Finanzierung beinhaltet die Einführung nationaler Tarifstrukturen für die Langzeitpflege (Pflege zu Hause und in Pflegeheimen). Die Tarife werden, ähnlich wie bei der Spitalfinanzierung, zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern für jeden Kanton ausgehandelt.

Derzeit gibt es in diesem Bereich einen landesweit einheitlichen Tarif für die Krankenversicherer, aber jeder Kanton legt über seine Restfinanzierung seinen eigenen Beitrag fest.

Das BAG ist der Ansicht, dass diese Vereinheitlichung der Tarifstrukturen die Pflegefinanzierung sicherer machen und eine bessere Kostendeckung ermöglichen wird. Gleichzeitig wird jedoch durch die Einführung nationaler Tarifstrukturen, die zu einer Verringerung der Ineffizienzen in diesem Sektor führen dürften, ein Sparpotenzial von 126 Millionen Franken erwartet.

Die Auswirkungen der Reform auf die Finanzierungsweise der Langzeitpflege können nicht vorhergesagt werden, da sie von den Tarifstrukturen, die von den Akteurinnen und Akteuren eingeführt werden, sowie dem Ergebnis der Tarifverhandlungen abhängen. Die Reform wird jedoch erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierung der Langzeitpflege haben.

SCHLUSSFOLGERUNG

Während die unmittelbaren Ziele der Reform zur einheitlichen Finanzierung eindeutig sind – der Verteilschlüssel zwischen Krankenversicherern und Kantonen soll vereinheitlicht werden und die Krankenversicherer sollen die Rückerstattung der Gesundheitsleistungen aus der OKP voll übernehmen –, ist es schwieriger, die Auswirkungen dieser Reform zu erfassen und vorauszusagen.

Da diese Auswirkungen nicht unmittelbar mit den in der Reform vorgesehenen Änderungen zusammenhängen, hängt ihre Bewertung von den zugrunde gelegten Annahmen ab und ihre Tragweite von anderen Bedingungen und Anreizen, die innerhalb des Gesundheitssystems gelten.

Es ist daher schwierig, die Behauptung aufzustellen, dass diese Reform tatsächlich grössere Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem und seine Entwicklung haben wird.

ZUSÄTZLICHE ABSCHNITTE

5.1. Kurzer historischer Abriss der EFAS-Reform

Mit der Einführung des KVG im Jahr 1996 wurden hauptsächlich zwei Ziele verfolgt: mehr Solidarität in drei Gruppen (zwischen Jung und Alt, Kranken und Gesunden, Reichen und Armen) und die Kostendämpfung durch den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern. Während das Inkrafttreten des KVG ganz klar für eine grössere Solidarität im Bereich der Krankenversicherung sorgte, wurden die Effekte in Sachen Kostendämpfung nur wenige Jahre später weitgehend infrage gestellt. Daher war die Bereitschaft, das KVG zu reformieren, zu diesem Zeitpunkt bereits deutlich spürbar, und am 24. März 2000 trat eine erste Teilrevision des KVG in Kraft, die sich hauptsächlich mit dem Prämienverbilligungssystem befasste. Die zweite Teilrevision des KVG, die ehrgeiziger war und insbesondere eine Reform der Spitalfinanzierung vorsah, scheiterte 2003 im Parlament und veranlasste den Bundesrat, die Reformpakete aufzuteilen und sich auf diejenigen zu konzentrieren, die am ehesten einen politischen Konsens erzielen konnten.

Zur gleichen Zeit gab es bereits Debatten um die Finanzierung aus einer Hand, die jedoch an der schwierigen Mehrheitsbeschaffung scheiterten, wie der folgende Auszug aus der Botschaft des Bundesrates vom 18. September 2000 belegt¹⁰:

«An dieser Stelle soll insbesondere kein monistisches Finanzierungssystem – das heisst ein System, in dem alle Mittel von den Versicherern zu den Leistungserbringern fliessen – vorgeschlagen werden. Da einerseits die Rahmenbedingungen und andererseits der politische Konsens, welche beim Übergang zu einem monistischen System erfüllt sein müssten, nicht gegeben sind, hält der Bundesrat ein aus einer Quelle finanziertes Vergütungssystem einzig in der langen Frist allenfalls für realisierbar.»

Die Reform der Spitalfinanzierung, die Teil des 2003 gescheiterten zweiten Reformpakets war, wurde vom Parlament rasch wieder aufgenommen und trat am 1. Januar 2009 in Kraft. Obwohl zuvor die Einführung eines Finanzierungssystems aus einer Hand zur Debatte stand, führte diese Reform eine Neuregelung der bestehenden dualen Finanzierung ein (Art. 49a KVG).

Im September 2009 reichte die Nationalrätin Ruth Humbel daher die parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»¹¹ mit der Unterstützung der Mitte-Rechts-Parteien ein. Diese Initiative forderte die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems und die Berücksichtigung der folgenden drei Eckwerte (aus dem Initiativtext) mit dem Ziel, dass die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals, für den Risikoausgleich, für Leistungen im öffentlichen Gesundheitswesen und im öffentlichen Interesse sowie für die Prämienverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Finanzierung der von der Grundversicherung abgedeckten Leistungen wird festgelegt und an die Teuerung der Gesundheitsleistungen angepasst.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung und die wichtigsten Schritte der Reform von der Einreichung bis zur Umsetzung.

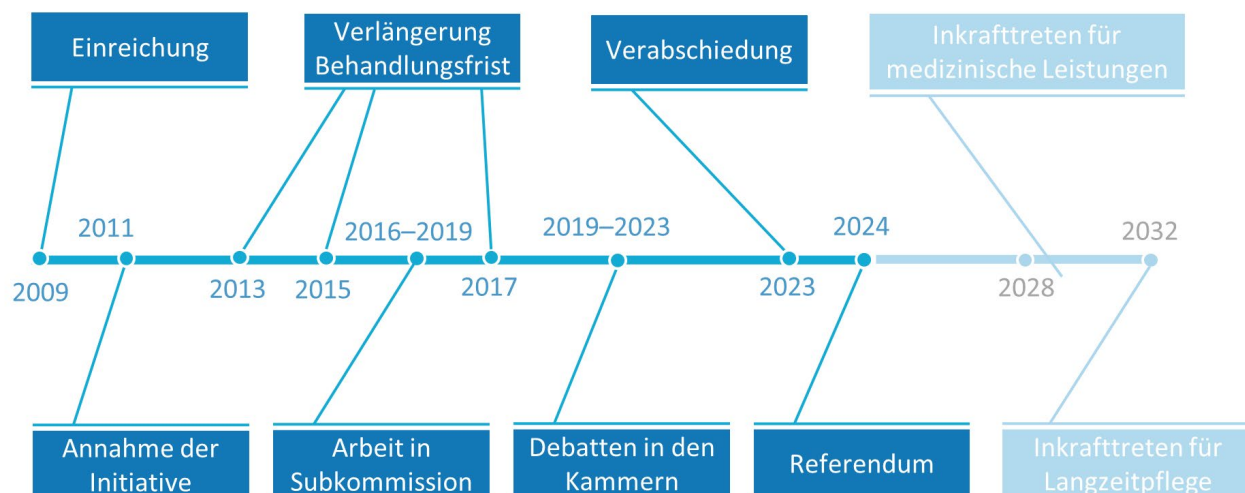


Abbildung 2: Von der Einreichung der Initiative bis zu ihrer Umsetzung

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) hat der Initiative am 18. Februar 2011 Folge gegeben, und die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) stimmte am 15. November 2011 zu. Zwischen 2011 und 2017 wurde die Behandlungsfrist der Initiative vom Nationalrat dreimal verlängert. Diese Verzögerungen waren hauptsächlich auf die Priorisierung anderer politischer Dossiers sowie auf den ausstehenden Evaluationsbericht nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, die ab 2012 umgesetzt wurde, zurückzuführen. Während dieser Zeit wurde die Subkommission «Monismus» der SGK-N eingesetzt, die einen ersten Vorentwurf ausarbeitete, der am 19. April 2018 von der SGK-N verabschiedet wurde, bevor er in die Vernehmlassung ging.

Am 24. Januar 2019 beschloss die SGK-N, das Postulat «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich»¹² einzureichen, welches den Bundesrat beauftragte, zusammen mit den Partnern zu prüfen, ob die Langzeitpflege in den Rahmen der Reform einbezogen werden soll. Zwischen 2019 und 2022 fanden zahlreiche Beratungen in den Ausschüssen und Kammern statt, und es wurden mehrere zusätzliche Berichte von der Bundesverwaltung angefordert. Die Reform wurde aufgrund von Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden Kammern mehrmals diskutiert, bevor sie am 22. Dezember 2023 verabschiedet wurde.

5.2. Finanzierung der Leistungen der OKP vor und nach der Reform

Die EFAS-Reform zielt auf zweierlei Art darauf ab, direkt auf die Finanzierungsflüsse einzuwirken: durch die Vereinheitlichung der Finanzierungsanteile zulasten der Krankenversicherer und der Kantone und durch die Einführung eines Finanzierungssystems aus einer Hand. [Abbildung 1](#) auf Seite 3 verdeutlicht diese Veränderungen bei der Finanzierung und veranschaulicht ausserdem einen Nebeneffekt dieser Reform auf den Betrag, der bei der Berechnung der Kostenbeteiligung der Versicherten berücksichtigt wird.

Finanzierung von ambulanten und stationären medizinischen Leistungen

Derzeit werden die stationären medizinischen Leistungen auf der Grundlage von Pauschalen finanziert, die zu mindestens 55 % von den Kantonen und zu höchstens 45 % von den Krankenversicherern getragen werden. Die Spitäler und Kliniken stellen den Anteil zulasten der Versicherer direkt den Versicherern in Rechnung und erhalten den Betrag zulasten des Kantons als Subvention. Nur der Teil zulasten des Versicherers unterliegt der Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise und Selbstbehalt).

Die Rückerstattung von ambulanten medizinischen Leistungen basiert auf der Tarifstruktur TARMED, die einen Einzelleistungstarif vorsieht, d. h. jede medizinische Leistung wird einzeln vergütet. Sie wird heute zu 100 % von den Krankenversicherern übernommen, ebenso wie die ambulant abgegebenen Medikamente. Die Kantone greifen also nicht direkt in die Finanzierung der ambulanten Leistungen ein. Dementsprechend wird die Kostenbeteiligung des Versicherten auf den Gesamtbetrag der Kosten für die ambulante Versorgung berechnet.

Aufgrund der Reform zur einheitlichen Finanzierung werden die Krankenversicherer maximal 73,1 % der Kosten für stationäre und ambulante medizinische Leistungen finanzieren und die Kantone mindestens 26,9 %.

Finanzierung von Langzeitpflegeleistungen

Derzeit ist die Finanzierung von Langzeitpflegeleistungen in drei Teile gegliedert:

- Der vom Krankenversicherer übernommene Betrag, der im Bundesgesetz (Art. 7a Abs. 3 KLV) festgelegt und somit auf Schweizer Ebene einheitlich ist. Dieser Betrag unterliegt der Berechnung der Kostenbeteiligung des Versicherten (Franchise und Selbstbehalt);
- Der tägliche Beitrag, der von der Patientin oder dem Patienten bezahlt wird und nicht mehr als 20 % des vom Krankenversicherer übernommenen Betrags betragen darf (Art. 25a Abs. 5 KVG), vorbehaltlich des Entscheids des Kantons, ihn an seiner Stelle zu übernehmen;
- Der vom Kanton übernommene Betrag, der als «Restfinanzierung» bezeichnet wird und die Deckung der Pflegekosten sicherstellen soll, abzüglich des Beitrags des Krankenversicherers und der Patientin oder des Patienten, wenn sie oder er einen täglichen Beitrag zahlen muss.

Derzeit wird die Pflege in einem Alters- und Pflegeheim über einen Pauschalbetrag finanziert, der nach Risikoklasse bestimmt wird. Die Risikoklasse wird auf der Grundlage eines klinischen Bewertungsinstruments festgelegt, das von Kanton zu Kanton unterschiedlich sein kann. Das Alters- und Pflegeheim erhält also einen Pauschalbetrag pro Tag für die geleistete Pflege, der sich nach der Risikoklasse der Bewohnerin oder des Bewohners richtet. Da dieser Pauschalbetrag die Summe der drei oben beschriebenen Anteile ist, hängt er von der Höhe der Restfinanzierung ab und kann daher je nach Kanton variieren.

Die derzeitige Finanzierung von Pflegeleistungen, die zu Hause von einer Pflegefachperson oder einer Spitex-Organisation erbracht werden, basiert auf der Pflegezeit, die tatsächlich anfällt oder die für eine bestimmte Leistung veranschlagt wird. Ähnlich wie bei der Finanzierung der Pflege in Alters- und Pflegeheimen ergibt sich der pro Pflegestunde erhaltene Gesamtbetrag aus der Addition der drei oben beschriebenen Anteile und kann daher ebenfalls je nach Kanton variieren.

Da die Restfinanzierung sowohl in Bezug auf die Finanzierung der Pflege in Alters- und Pflegeheimen als auch zu Hause von Kanton zu Kanton unterschiedlich ist, ist die Verteilung der Finanzierung der Langzeitpflege zwischen Krankenversicherern und Kanton in der Schweiz nicht einheitlich.

Aufgrund der Reform zur einheitlichen Finanzierung werden die Krankenversicherer schweizweit maximal 73,1 % und die Kantone mindestens 26,9 % der Kosten für Pflegeleistungen finanzieren. Dies bedeutet also, dass in der Schweiz eine einheitliche Tarifstruktur für die Langzeitpflege eingeführt und ein kantonaler Tarif zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt werden muss, wie dies bei ambulanten und stationären medizinischen Leistungen der Fall ist.

Wie in [Abbildung 1](#) auf Seite 3 zu sehen ist, wirkt sich die Reform auf die Beträge aus, die bei der Berechnung der Kostenbeteiligung der Versicherten berücksichtigt werden. Durch die Einführung einer Finanzierung aus einer Hand bezieht die Reform alle Finanzierungsbeträge in die Berechnung der Kostenbeteiligung der Versicherten ein, während derzeit die Beträge zulasten des Kantons nicht berücksichtigt werden.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass die maximale Kostenbeteiligung eines Versicherten, die im Gesetz verankert ist (Art. 64 Abs. 2 KVG und Art. 93 und 103 KVV), davon nicht berührt wird; es handelt sich weiterhin um den Betrag der Franchise und einen Höchstbetrag von 700 Franken pro erwachsenen Versicherten. Da der jährliche Höchstbeitrag unverändert bleibt, werden nur die Patientinnen und Patienten, die diese Obergrenze nicht erreicht haben und im Spital, zu Hause oder in einem Alters- und Pflegeheim gepflegt wurden, von einer Erhöhung ihrer Kostenbeteiligung betroffen sein.

5.3. Die Ambulantisierung in der Schweiz

Historisch gesehen wurden chirurgische Eingriffe immer stationär durchgeführt. Dank des technologischen Fortschritts können chirurgische Eingriffe jedoch mittlerweile immer öfter ambulant durchgeführt werden. Die «Ambulantisierung», d. h. die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich, ist aus mehreren Gründen wünschenswert:

- Bequemer für die Patientinnen und Patienten, denn sie können noch am Tag der Operation nach Hause gehen, und weniger Risiken durch den Spitalaufenthalt;
- Optimierung der Bettennutzung und der technischen Ausstattung der Spitäler;
- Kostengünstiger in Bezug auf die von der Allgemeinheit zu tragenden Kosten, da die Krankenversicherung bei einem ambulanten Eingriff nicht die hohen Unterbringungskosten im Spital tragen muss.

Die Entwicklung der Ambulantisierung in der Schweiz

Die Ambulantisierung hat sich in der Schweiz in den letzten Jahren in den einzelnen Kantonen uneinheitlich entwickelt. Der Kanton Luzern war der erste, der die Ambulantisierung forcierte; er führt schon seit 2017 eine Liste mit elektiven chirurgischen Eingriffen, die vorrangig ambulant durchgeführt werden sollen. Acht weitere Kantone folgten ab 2018.

Auf Bundesebene wurde die Förderung der Ambulantisierung festgeschrieben, indem am 1. Januar 2019 eine Änderung der KLV (Art. 3c und Anhang 1a) in Kraft trat, die die Finanzierung durch die OKP davon abhängig macht, dass sechs Gruppen von chirurgischen Eingriffen ambulant durchgeführt werden, wobei jedoch Ausnahmen möglich sind.

Diese Eingriffe werden seit 2015 vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Rahmen eines nationalen Monitorings überwacht und betreffen Krampfaderoperationen der unteren Extremität, Eingriffe an Hämorrhoiden, einseitige Operationen der Leistenhernie, Untersuchungen und Eingriffe an der Zervix oder am Uterus, Arthroskopien des Kniegelenks und Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden.

Abbildung 3 zeigt die Entwicklung des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe für die sechs vom Obsan überwachten Eingriffsgruppen. Die Linie entspricht dem Mittelwert des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe für die sechs Eingriffsgruppen, und der farbige Bereich zeigt die Abweichung vom Mittelwert an. Insgesamt ist ein Anstieg des Anteils der ambulanten Eingriffe zu beobachten, der zwischen 2017 und 2019 – dem Zeitpunkt der Einführung der verbindlichen Liste ambulant durchzuführender Eingriffe in der KLV – besonders ausgeprägt ist. Die Lage hat sich zwischen 2020 und 2022 stabilisiert, wobei der Anteil der ambulanten Eingriffe bei über 75 % liegt.

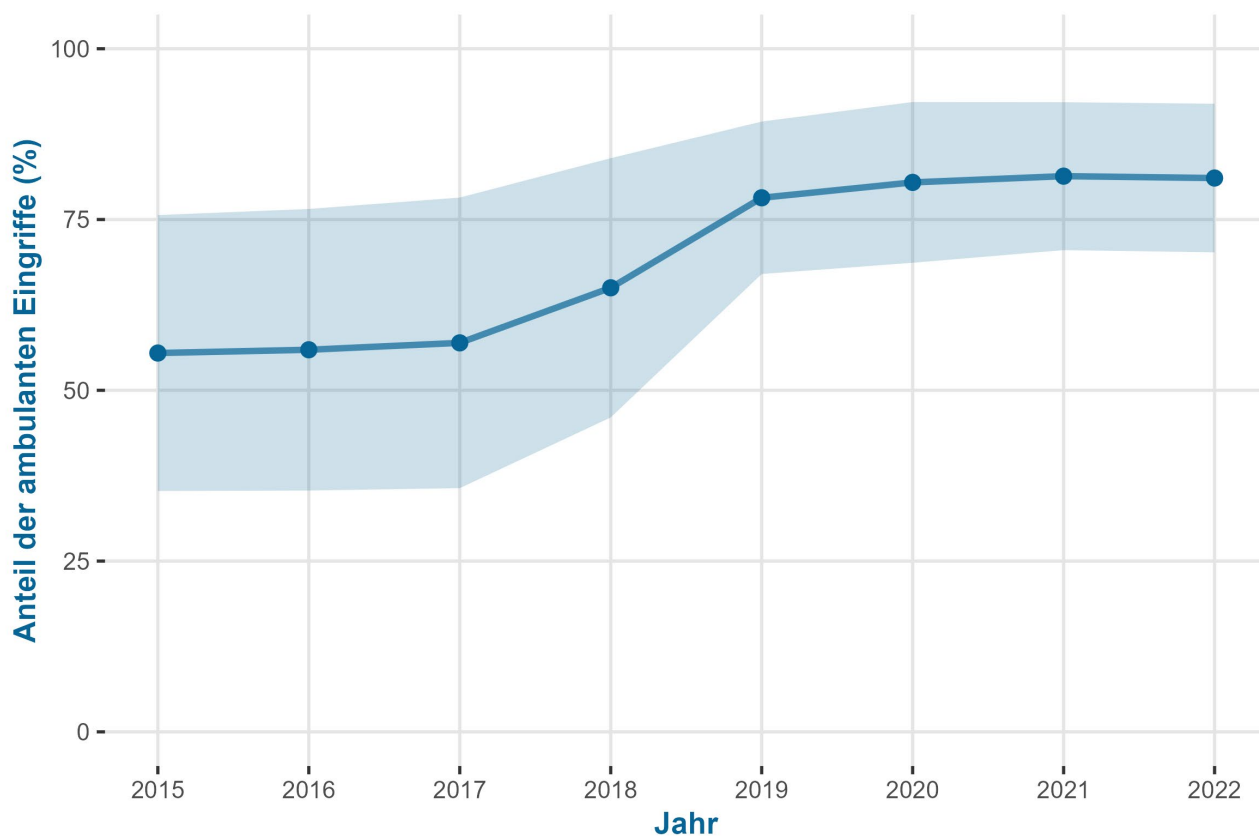


Abbildung 3: Entwicklung des Gesamtanteils der ambulant durchgeführten Eingriffe in der Schweiz auf der Grundlage der sechs in der KLV verankerten Eingriffsgruppen. Quelle: Obsan, AvS-Indikatoren, <https://ind.obsan.admin.ch/avos>

Aufgrund der Weiterentwicklung der kantonalen Listen wurde die Eingriffsliste der KLV zum 1. Januar 2023 angepasst. Auf nationaler Ebene sind derzeit 18 Gruppen von elektiven chirurgischen Eingriffen betroffen. Der nächste Obsan-Bericht über das Monitoring im Jahr 2023, der diese neuen Interventionen beinhaltet, wird voraussichtlich Anfang 2025 veröffentlicht.

Kantonale Unterschiede bei Ambulantisierung

Abbildung 4 vergleicht den Anteil dieser sechs Gruppen von Eingriffen, die zwischen 2015 und 2022 ambulant durchgeführt werden, nach Kantonen. Der Trend zu mehr ambulanten Leistungen zwischen 2015 und 2022 ist in allen Kantonen (ausser Jura) deutlich, allerdings bestehen grosse Unterschiede zwischen den Kantonen. Einige Kantone, z. B. Waadt, Wallis oder Obwalden, wiesen bei den gemessenen Indikatoren bereits einen hohen Anteil ambulanter Leistungen von rund 75 % im Jahr 2015 auf. Eine zweite Gruppe von Kantonen, darunter Uri, Freiburg und Neuenburg, bildeten das Mittelfeld; dort wurden zwischen 50 % und 75 % der Eingriffe ambulant durchgeführt. Eine dritte Gruppe von Kantonen, darunter Tessin, St. Gallen und Bern, wies bei den gemessenen Indikatoren einen Anteil von weniger als 50 % ambulanter Leistungen auf. In den sieben Jahren danach gab es eine rasante Entwicklung, sodass sich die Unterschiede zwischen den Kantonen stark verringerten. 2022 hatten alle Kantone bei den gemessenen Indikatoren einen Anteil der ambulanten Versorgung von mehr als 75 %.

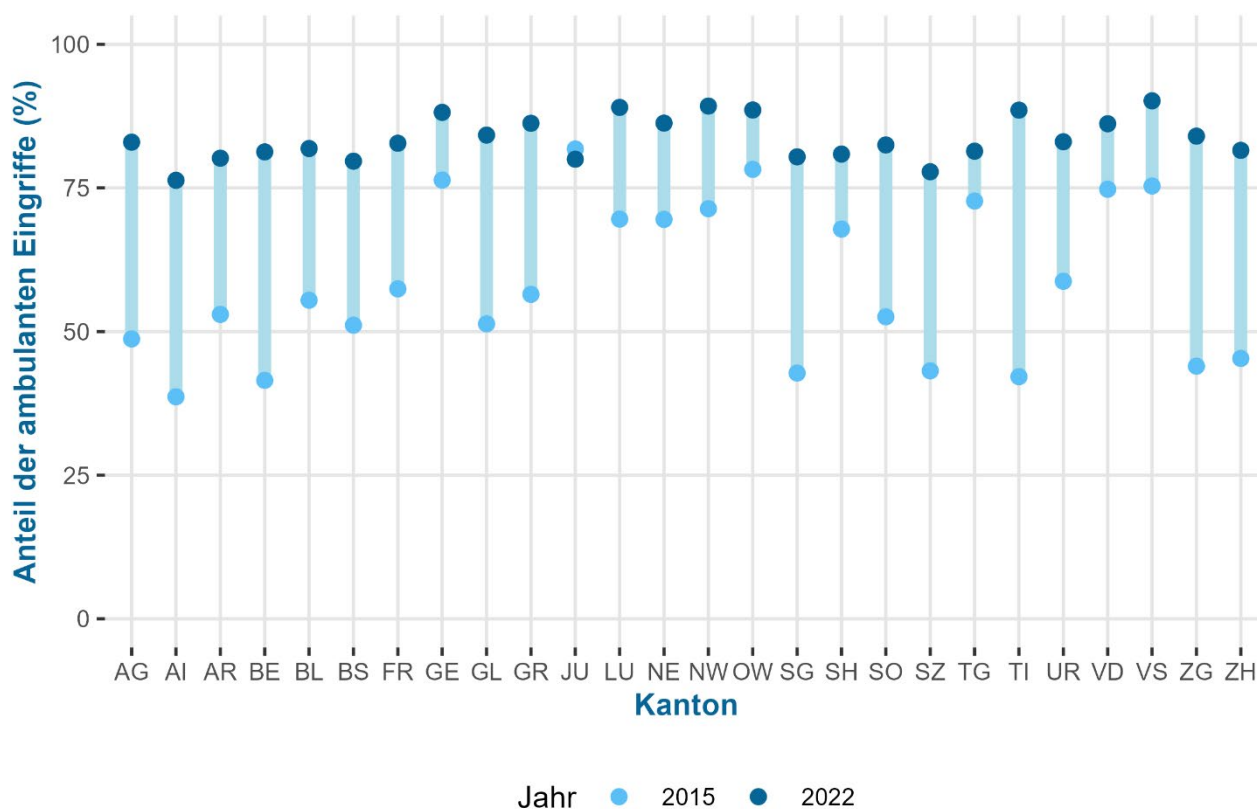


Abbildung 4: Kantonsvergleich des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe am Gesamttotal. AvS-Indikatoren zwischen 2015 und 2022. Quelle: Obsan, AvS-Indikatoren, <https://ind.obsan.admin.ch/avos>

Die Ambulantisierung vollzog sich in den einzelnen Kantonen unterschiedlich. Beispiele dafür sind in dieser Box angegeben. **Abbildung 5** und **6** zeigen die Entwicklung des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe für die AvS-Indikatoren in fünf Kantonen. Die gestrichelte vertikale Linie zeigt das Jahr an, in dem im Kanton eine verbindliche Liste eingeführt wurde. Aus diesen Abbildungen lassen sich drei Feststellungen ableiten:

- Der Anteil der ambulant durchgeführten Eingriffe variiert zwischen den Kantonen;
- Auch die Art des Eingriffs ist von Bedeutung, da einige Eingriffe häufiger ambulant durchgeführt werden (z. B. Zervix, Hämorrhoiden) als andere (z. B. Leistenbruch, Kniearthroskopie);
- Ab der Einführung einer verbindlichen Liste ist ein Aufholeffekt zu beobachten. Dies gilt insbesondere für bestimmte Operationen, die zuvor noch zu einem grossen Teil stationär durchgeführt wurden. Diese Entwicklung, die zum Beispiel bei Leistenbrüchen besonders ausgeprägt ist, lässt sich in den Kantonen beobachten, die in **Abbildung 5** und **6** dargestellt sind.

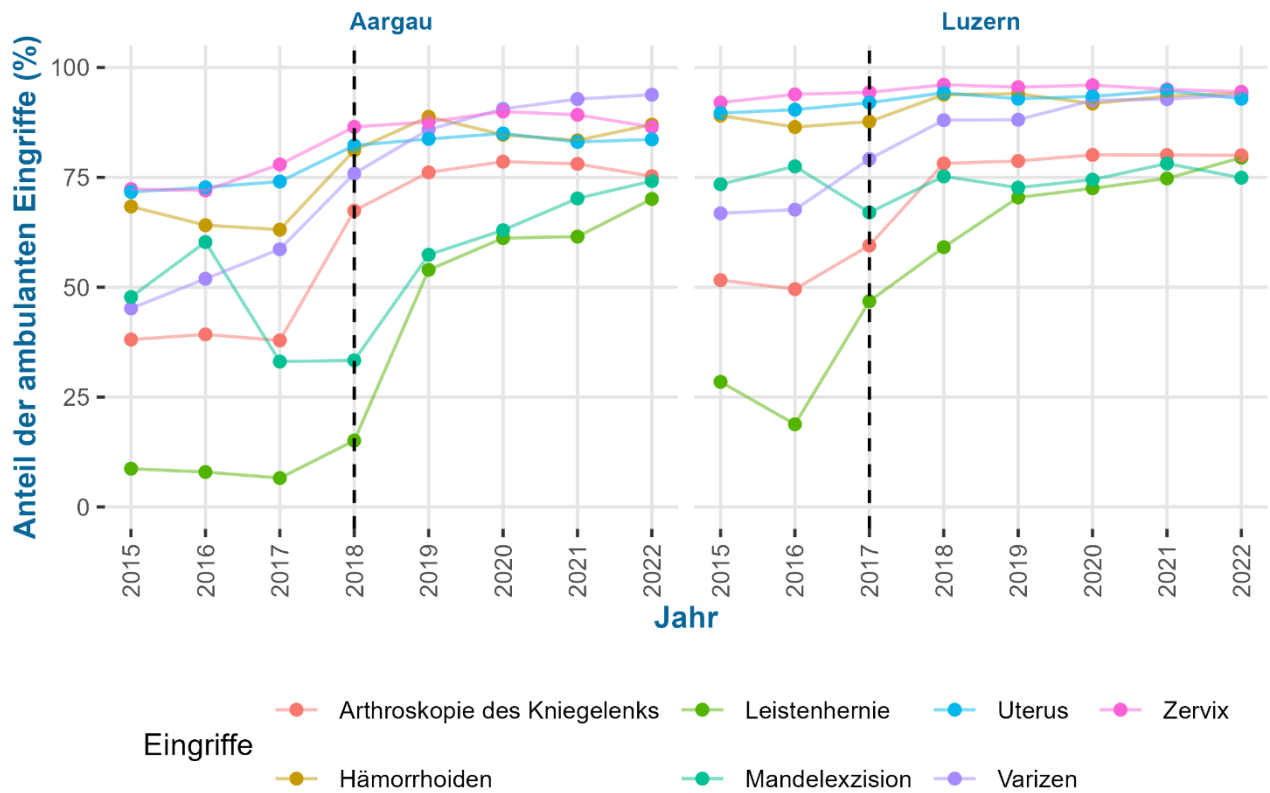


Abbildung 5: Entwicklung des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe in den Kantonen Aargau und Luzern, auf der Grundlage der AvS-Indikatoren. Quelle: Obsan, AvS-Indikatoren, <https://ind.obsan.admin.ch/avos>

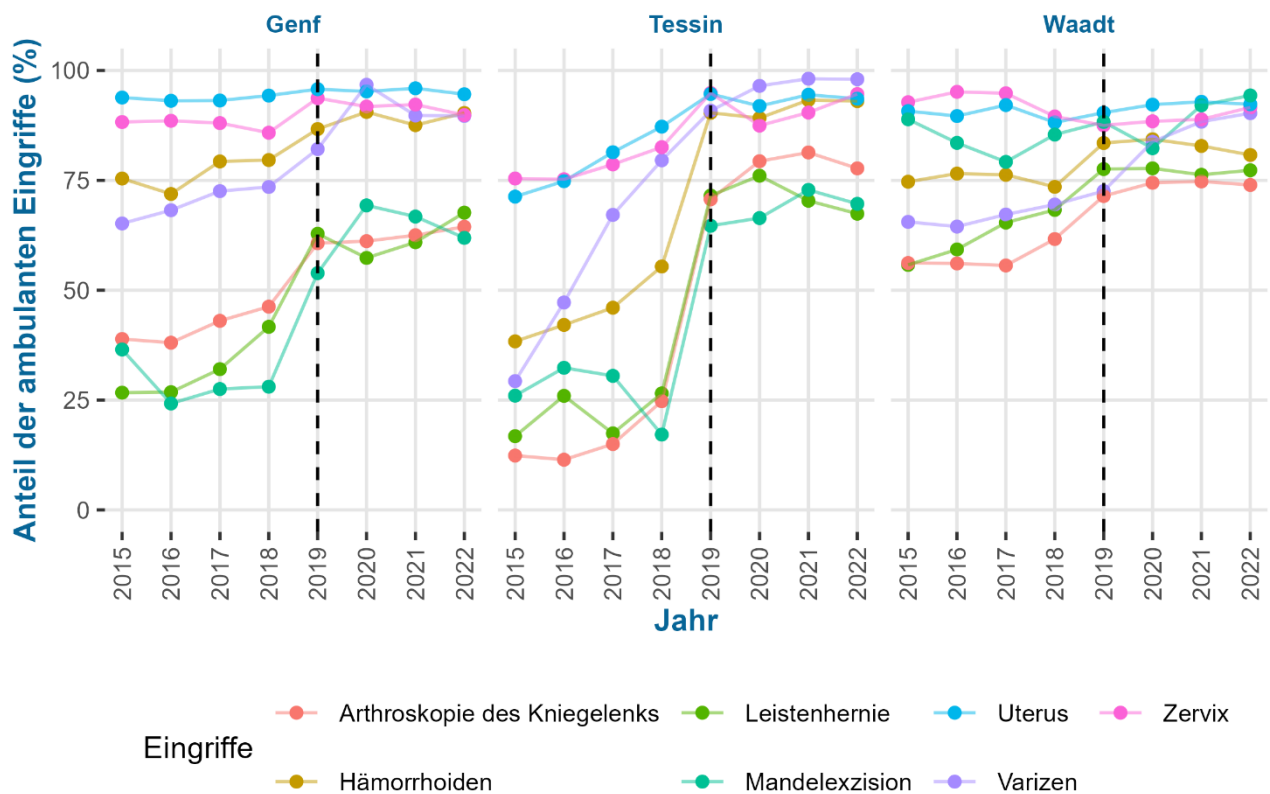


Abbildung 6: Entwicklung des Anteils der ambulant durchgeführten Eingriffe in den Kantonen Genf, Waadt und Tessin, auf der Grundlage der AvS-Indikatoren. Quelle: Obsan, AvS-Indikatoren, <https://ind.obsan.admin.ch/avos>

Internationaler Vergleich der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen

Auch wenn in der Schweiz der Anteil der ambulanten Versorgung bei allen sechs vom Obsan untersuchten Eingriffsgruppen deutlich gewachsen zu sein scheint, lässt ein breiterer internationaler Vergleich vermuten, dass die Schweiz bei der Ambulantisierung im Vergleich zu anderen OECD-Ländern noch viel Verbesserungsspielraum hat. Das BAG hat dazu in einem Faktenblatt vom 8. Oktober 2024 eine Vergleichsgrafik¹³ veröffentlicht. Diese Grafik zeigt, dass der durchschnittliche Anteil der ambulant durchgeführten Operationen in der Schweiz im Jahr 2022 bei 21 % lag, gegenüber 30 % in Deutschland, 36 % in Österreich, 42 % in Italien oder 54 % in Frankreich.

Auswirkungen der Ambulantisierung auf die Kosten

Ein Argument für die Ambulantisierung ist das Sparpotenzial einer ambulanten anstelle einer stationären Versorgung. Gemäss den Untersuchungen des Obsan sind die Einsparungen erheblich, da ein ambulanter Eingriff die Allgemeinheit weniger kostet als ein Eingriff im Rahmen eines Spitalaufenthalts.

Für die sechs Gruppen von Eingriffen kam das Obsan 2018¹⁴ auf ein geschätztes Einsparungspotenzial von bis zu 90 Millionen Franken. Diese Einsparungen betreffen derzeit jedoch hauptsächlich die Kantone, denn sie tragen ausschliesslich zur Finanzierung der stationären Leistungen bei, die im Zuge der Ambulantisierung zurückgehen, und nicht zur Finanzierung der ambulanten medizinischen Leistungen, die entsprechend zunehmen. Seit 2020 führt das Obsan ein Monitoring der Entwicklung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen dieser sechs Eingriffsgruppen durch und veröffentlicht regelmässig Berichte zu diesem Thema. Diese bestätigen die Prognosen von 2018, wonach eine Verlagerung bestimmter zuvor stationär durchgeführter Eingriffe in den ambulanten Bereich zu einer Senkung ihrer Behandlungskosten geführt hat, von der die Kantone jedoch stärker als die OKP profitierten. Beispielsweise sind die Ausgaben für 2022 für die Kantone um 35 % gesunken und für die OKP um 6 % gestiegen¹⁵.

Es ist wichtig klarzustellen, dass die Analysen des Obsan nur die von Spitälern und Arztpraxen verursachten Kosten einbeziehen, d. h. eventuelle Kosten für die Betreuung und Pflege zu Hause oder in Alters- und Pflegeheimen, die durch einen ambulant statt stationär durchgeführten Eingriff notwendig geworden sind, sind nicht eingeschlossen.

In seinem Bericht aus dem Jahr 2015¹⁶ weist das Obsan ausserdem auf die Gefahr einer Erweiterung des Angebots bei bestimmten Eingriffen hin. Je nachdem, welche chirurgische Eingriffe analysiert werden, kann die Ambulantisierung mitunter zu einem deutlichen Anstieg der stationär wie auch der ambulant durchgeführten Eingriffe führen, was gleichbedeutend mit einer Erweiterung des Versorgungsangebots und somit mit höheren Kosten ist. Dies gilt insbesondere für die Operation des grauen Stars (Katarakt).

5.4. Auswirkungen der Reform auf Prämien und Steuern

Das Prinzip der Kostenneutralität, das für die Reform zur einheitlichen Finanzierung gilt, impliziert, dass die Reform im Schweizer Durchschnitt den Gesamtbetrag zulasten der Prämien und den Gesamtbetrag zulasten der Steuern nicht beeinflussen darf. Da die Prämien und Steuern jedoch von den einzelnen Kantonen abhängen, führt Kostenneutralität auf nationaler Ebene nicht zu Kostenneutralität auf kantonaler Ebene. Somit werden die Auswirkungen der Reform in Bezug auf Steuern und Krankenkassenprämien für jeden Kanton unterschiedlich ausfallen.

Die Verteilung des Anteils zulasten der Versicherer und der Kantone, die eine Kostenneutralität auf schweizerischer Ebene ermöglicht, wurde auf der Grundlage der Durchschnittskosten der Jahre 2016-2019 berechnet. [Abbildung 7](#) zeigt die erwarteten Auswirkungen für jeden Kanton, wenn die Reform zu diesem Zeitpunkt eingeführt würde.

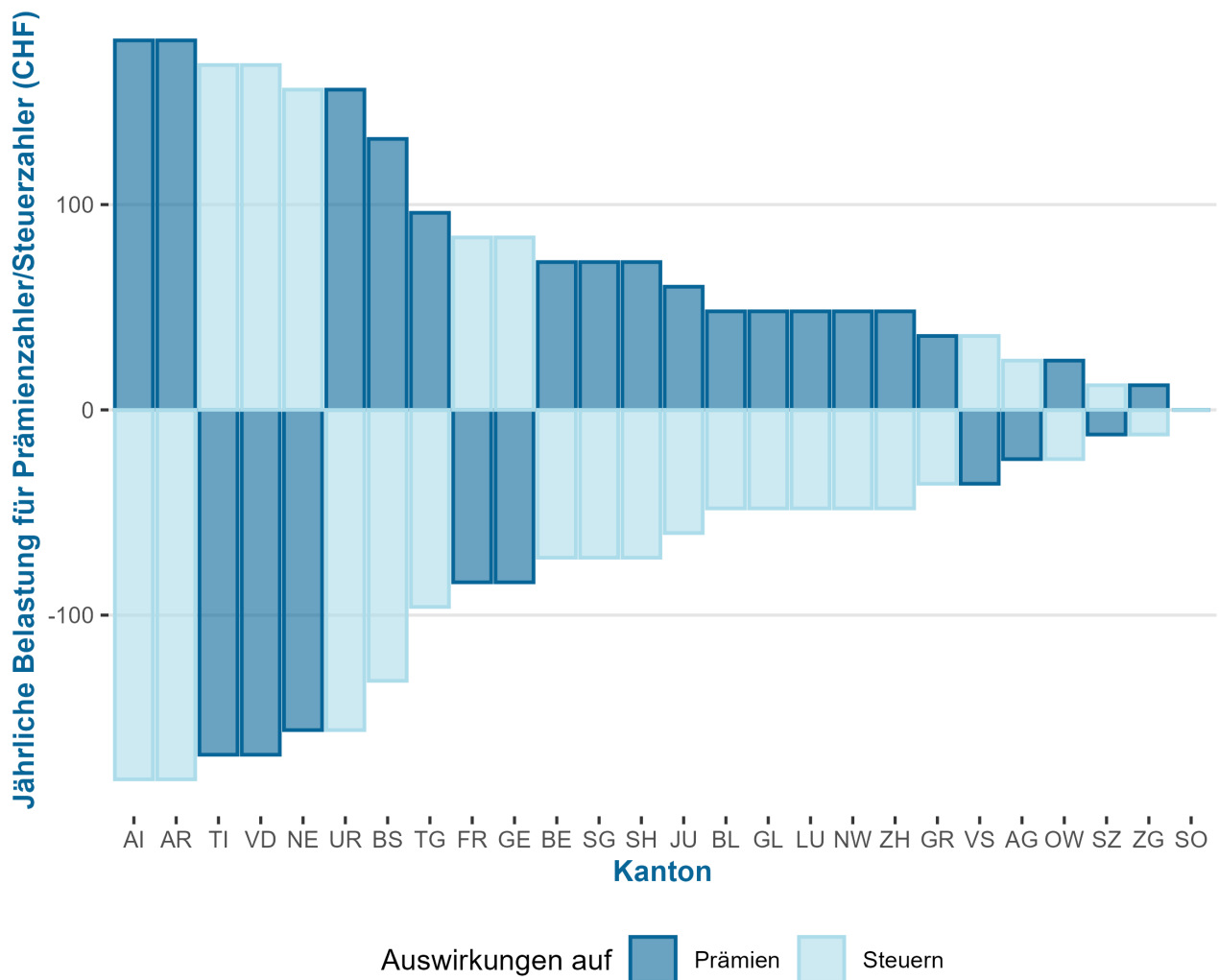


Abbildung 7: Auswirkungen der EFAS-Reform auf Steuern und OKP-Prämien nach Kanton und Jahr gemäss den vom BAG veröffentlichten Zahlen¹⁷

In den Westschweizer Kantonen und im Tessin würden die OKP-Prämien sinken, während die Steuerlast zur Finanzierung der Leistungen steigen würde. Im Gegensatz dazu dürften in vielen Kantone der Deutschschweiz die OKP-Prämien steigen und die für die Finanzierung von Leistungen aufgewendeten Steuern sinken. Die drei Kantone Luzern, Obwalden und Zug wären von einer solchen Umstellung nicht betroffen, da die derzeitigen Finanzströme dem Schweizer Durchschnitt der von der Reform angestrebten Finanzierungsanteile entsprechen.

Diese Unterschiede zwischen den Kantonen ergeben sich aus dem Stand der Umsetzung der Ambulantisierung. Wie bereits erläutert, bestehen unter den Kantonen gewisse Unterschiede beim Fortschritt der Ambulantisierung. Konkret bedeutet dies: Je weiter ein Kanton bei der Ambulantisierung ist, desto stärker sinken im Zuge der Reform zur einheitlichen Finanzierung die OKP-Prämien, während die Steuern steigen, und umgekehrt. [Abbildung 8](#) zeigt die Korrelation zwischen dem Anteil der ambulanten Eingriffe bei Referenzeingriffen, für die Daten vorliegen, und den finanziellen Auswirkungen der Umstellung auf die Höhe der Krankenkassenprämien.

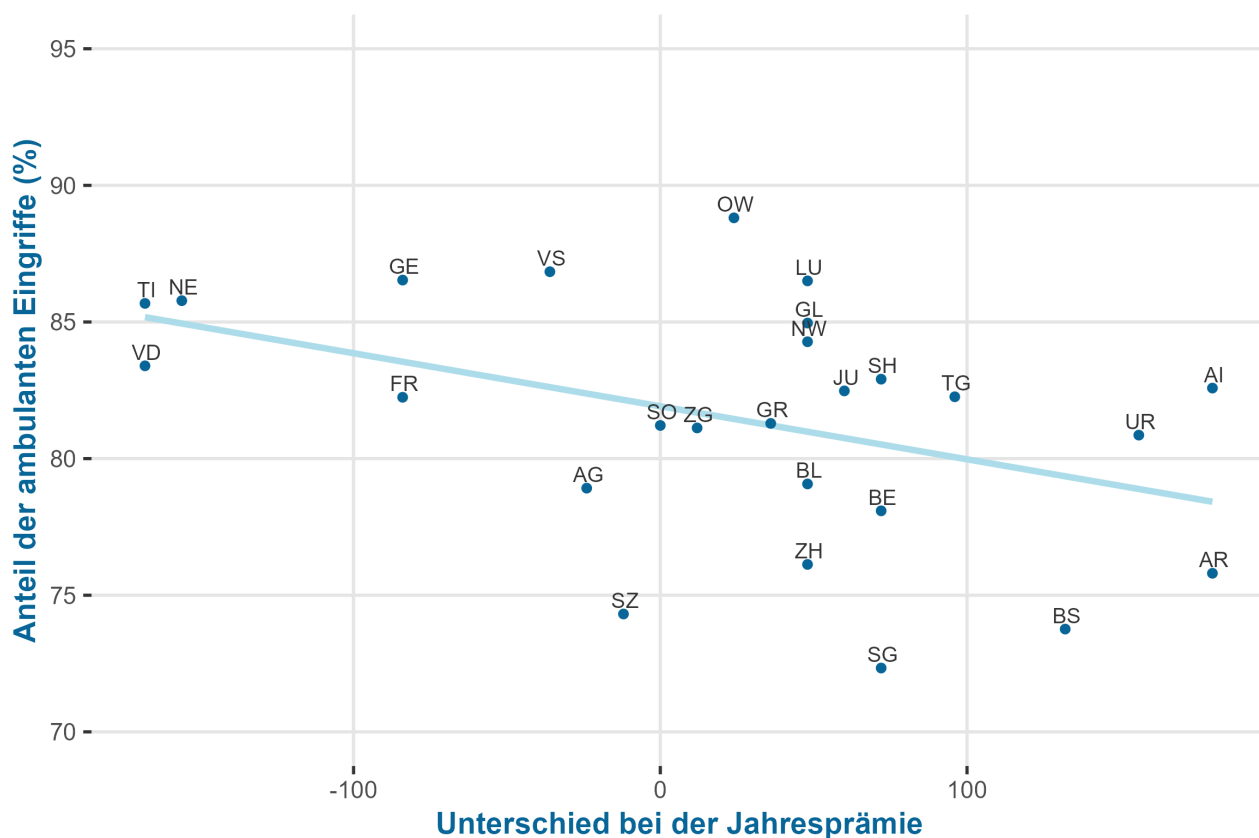


Abbildung 8: Korrelation zwischen dem Anteil der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen und den Auswirkungen der EFAS-Reform auf die OKP-Prämie

Die Reform wird jedoch, vorbehaltlich des Ausgangs der Volksabstimmung, erst 2028 in Kraft treten. Bis dahin werden sich die Finanzierungsanteile von Versicherern und Kantonen gegenüber den Referenzjahren, die für die Berechnung der Reform herangezogen wurden, verändert haben. Daher sind die tatsächlichen Auswirkungen der Reform auf die einzelnen Kantone nicht genau abschätzbar und eine genaue Berechnung wird auch zum Zeitpunkt der Umstellung nicht möglich sein, da die erforderlichen Zahlen noch nicht vorliegen werden.

Vor dem Hintergrund, dass wir bei der Einführung der Reform eindeutig auf Sicht fahren werden, stellt sich die Frage, ob die Versicherer und das BAG in der Lage sein werden, die Auswirkungen der Umstellung Kanton für Kanton richtig einzuschätzen und eine gerechte Prämienanpassung sicherzustellen. Es sollte nämlich vermieden werden, dass die Prämien von den tatsächlichen Kosten abweichen, die ein Jahr später beobachtet werden, und dass die Differenzen aus den Rücklagen der Versicherer auf nationaler Ebene beglichen werden.

5.5. Definitionen und Abkürzungen

EFAS Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

KVG	Krankenversicherungsgesetz
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
OKP	Obligatorische Krankenversicherung
APH	Alters- und Pflegeheime
BAG	Bundesamt für Gesundheit
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats

Stationäre medizinische Leistung	Stationärer Aufenthalt von mehr als 24 Stunden, sei es in einem Akutspital, einer Rehabilitationsklinik, einer psychiatrischen Klinik oder einem Geburtshaus
Ambulante medizinische Leistung	Medizinische Leistung, die nicht während eines stationären Aufenthalts erbracht wird, typischerweise in einer Arztpraxis, einer Notfallaufnahme oder im Spital
Elektiver chirurgischer Eingriff	Geplanter und daher nicht im Rahmen einer Notfallversorgung durchgeführter chirurgischer Eingriff
Langzeitpflege	Pflegeleistungen, die zu Hause, in einem Alters- und Pflegeheim oder in Zwischenstrukturen (Tageszentrum und Kurzaufenthalte) erbracht werden
Kostenbeteiligung der Versicherten	Die Kostenbeteiligung umfasst die Franchise und einen Selbstbehalt von 10 %. Für Erwachsene beträgt die Mindestfranchise 300 Franken und die maximale Franchise 2500 Franken. Der Selbstbehalt gilt bis zu einem maximalen Beitrag des Versicherten von 700 Franken pro Kalenderjahr
Finanzierung aus einer Hand	Die Erstattung der Leistungen erfolgt durch einen einzigen Geldgeber, unabhängig von der Finanzierungsquelle
Duale Finanzierung	Die Erstattung der Leistungen kommt von zwei verschiedenen Geldgebern, die jeweils den von ihnen zu tragenden Anteil erstatten
Risikoausgleich	Ein im KVG eingeführter und zwischen den Versicherern umgesetzter Mechanismus, der es ermöglicht, die Verteilung der von den Versicherern eingenommenen Krankenkassenprämien entsprechend dem Risiko ihres Versichertenkollektivs zu korrigieren, da die Krankenkassenprämien per Gesetz und aus Gründen der Solidarität nicht das Risiko des Versicherten widerspiegeln können
Ambulantisierung	Erhöhung des Anteils der ambulanten Eingriffe im Vergleich zu den stationären für Leistungen, die ambulant erbracht werden können
AvS-Indikatoren	«Ambulant vor Stationär»-Indikatoren: Indikatoren, die vom Obsan verwendet werden, um die Entwicklung der ambulanten Versorgung in der Schweiz zu überwachen, basierend auf sechs Gruppen von elektiven chirurgischen Eingriffen

REFERENZEN

- ¹ Infrac, Judith Trageser, Sabine Fries, Thomas von Stokar, [Schlussbericht «Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung»](#), Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Oktober 2021, Tabelle 6, Seite 37
- ² BAG, Volksabstimmung zur Änderung des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen): [Faktenblatt 6: Entwicklung Prämien- und Steuerfinanzierung](#), Oktober 2024, Seite 3
- ³ BAG, Volksabstimmung zur Änderung des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen): [Faktenblatt 6: Entwicklung Prämien- und Steuerfinanzierung](#), Seite 3 und eigene Berechnungen auf der Grundlage dieser Grafik
- ⁴ santésuisse, [Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen: Auswirkungen auf die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler](#), Mai 2023, Seite 4
- ⁵ BAG, «Finanzielle Auswirkungen der Reform», [Volksabstimmung zur Änderung des KVG \(Einheitliche Finanzierung der Leistungen\)](#):
- ⁶ Verein «Gesundheitswesen mit Zukunft», [Website «Ja zur einheitlichen Finanzierung»](#), Oktober 2024
- ⁷ Polynomics, Dr. Barbara Fischer, Dr. Beatrice Mäder, Dr. Harry Telser, [Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG](#), Juli 2022
- ⁸ BAG, «Welche Ziele verfolgt die Reform zur einheitlichen Finanzierung der Leistungen?», [Volksabstimmung über die Änderung des Bundesgesetzes über die KVG \(Einheitliche Leistungsfinanzierung\)](#)
- ⁹ SSP-VPOD, [EFAS : les raisons de notre référendum](#), Seite 4, Punkt 8
- ¹⁰ Schweizer Parlament, [Botschaft betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung](#), Curavista BB 2001 693, Seite 694
- ¹¹ Schweizer Parlament, [Parlamentarische Initiative «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»](#), Curavista, 09.528, Dezember 2009
- ¹² Schweizer Parlament, [Postulat «Pflege und einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich»](#), Curavista 19.3002, Januar 2019
- ¹³ BAG, Volksabstimmung zur Änderung des KVG (einheitliche Finanzierung der Leistungen): [Faktenblatt 1: Verlagerung von stationär zu ambulant](#), Oktober 2024
- ¹⁴ Obsan, Sacha Roth und Sonia Pellegrini, [Verlagerungspotenzial von stationär zu ambulant: Analyse ausgewählter chirurgischer Eingriffe](#), Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), 2018
- ¹⁵ OBSAN, Sacha Roth und Sonia Pellegrini, [Ambulant vor Stationär: Aktualisierung des Monitorings zur Einführung der Regelung der Kostenübernahme \(gemäss Artikel 3c und Anhang 1a KLV\) für das Jahr 2022](#), Kurzbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 2024
- ¹⁶ OBSAN, Sacha Roth und Sonia Pellegrini, [Von der stationären zur ambulanten Gesundheitsversorgung: Verlagerung oder Erweiterung des Angebots?](#), 2015
- ¹⁷ BAG, Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. [Bericht des BAG vom 5. Januar 2022 in Ergänzung zum Bericht des EDI vom 30. November 2020](#), Januar 2022, Tabelle 2, Seite 8.