

Bern, 6. Oktober 2024

## **EFAS-Vorlage:**

### **Abstimmungshilfe der AG Gesundheit der GRÜNEN;**

#### **Argumente Pro und Contra**

Die Vorlage zur Regelung der einheitlichen Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungen im Krankenversicherungsgesetz (EFAS) ist bei den GRÜNEN umstritten. In der Fraktion waren die Meinungen in der parlamentarischen Beratung geteilt, so auch an der Delegiertenversammlung der Grünen Schweiz, welche letztlich eine Stimmfreigabe beschloss (zunächst stimmten 44 Delegierte gegen die Reform, 42 für die Reform, 24 haben sich enthalten; anschliessend obsiegte die Stimmfreigabe mit 99 zu 22 Stimmen gegen die Nein-Parole). Im Hinblick auf die Diskussionen in den kantonalen und lokalen Sektionen und letztlich als Abstimmungshilfe für die Mitglieder hat die Arbeitsgruppe Gesundheit der Grünen die Argumente zusammengestellt, weil ja letztlich bei der Abstimmung auch Ja oder Nein gestimmt werden muss. Denn wer Leer einlegt, überlässt die wichtige Entscheidung anderen. Die an der Sitzung vom 2. September anwesenden Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich mehrheitlich für ein Ja ausgesprochen, die Arbeitsgruppe fasst jedoch keine Parole.

#### **Was die Vorlage regelt:**

Medizinische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich werden bis anhin unterschiedlich finanziert. Die Kantone finanzieren Leistungen im stationären Bereich zu mindestens 55 Prozent, die Krankenversicherer übernehmen höchstens 45 Prozent. Die Leistungen im ambulanten Bereich werden grösstenteils von den Krankenversicherern vergütet (die Kantone übernehmen keine Kosten; die Patient\*innen bezahlen die Franchise, den Selbstbehalt und den zusätzlichen Selbstbehalt für Pflegeheime und Spitex im ambulanten Bereich). Diese unterschiedliche Finanzierung geht mit verschiedenen Problemen einher: Sie führt zu Fehlanreizen bei der Behandlung und der Tariffestlegung, zu einer unsozialen Mehrbelastung von Prämienzahler\*innen bei der eigentlich sinnvollen und kostensparenden Verlagerung von stationären zu ambulanten Leistungen und sie erschwerte eine koordinierte Versorgung. Es besteht ein grundsätzlicher Konsens, dass diese Situation nicht zufriedenstellend ist.

Mit der EFAS-Reform (Einheitliche Finanzierung für ambulante und stationäre Leistungen) sollten diese negativen Effekte, die sich aus der unterschiedlichen Finanzierung ergeben, beseitigt werden: Zukünftig gilt für ambulante und stationäre Leistung ein einheitlicher Finanzierungsschlüssel (26.9% finanzieren die Kantone, 73.1% finanzieren die Versicherer über die Prämien). Nach einer Übergangsphase von sieben Jahren – und sofern bis dann kostendeckende Tarife vorliegen – soll auch die Langzeitpflege nach diesem Kostenschlüssel finanziert werden. Der Kostenschlüssel wird periodisch durch den Bundesrat überprüft und kann anschliessend durch die Bundesversammlung angepasst werden.

#### **Was von der Vorlage nicht geregelt werden will und kann:**

Die Vorlage betrifft nicht alle Bereiche der Gesundheitsversorgung und -finanzierung. Sie hat also keine grundsätzliche Reform zum Ziel. So tangiert sie beispielsweise die ganze Versorgungsplanung, die in vielen Bereichen nicht kostendeckenden Tarife, die grundsätzlich ungerechte Finanzierung über Kopfprämien kombiniert mit dem Prämienverbilligungssystem, die ungenügende finanzielle Unterstützung der Prävention oder der Mangel an Gesundheitsfachkräften und ihre Arbeitsbedingun-

gen nicht oder nur am Rande. Auch so ist die Vorlage noch komplex genug, da die Stimmbürger\*innen vielfach gar nicht wissen, wie kompliziert und unterschiedlich die Finanzierung der Gesundheitsleistungen heute in den verschiedenen Bereichen (Akutspital, Reha, Arztpraxis, Physiotherapie, Spitex, Pflegeheim etc.) geregelt ist.

### **Argumente, die für ein NEIN sprechen:**

1. Die Idee der einheitlichen Finanzierung: Seit mehreren Jahren kommt es mehr und mehr zu einer Verschiebung von stationären Behandlungen – mit mindestens einer Übernachtung – hin zu ambulanten Behandlungen. Letztere sind billiger. Allerdings beteiligten sich die Kantone bisher fast ausschliesslich an den Kosten von stationären Behandlungen. Obwohl die ambulante Behandlung weniger kostet, vergrössert sie also die Prämienlast. Die Theorie: Vereinheitlichen wir die Finanzierung, dann übernehmen die Kantone auch einen Teil der Kosten von ambulanten Behandlungen. So würde dort die Belastung sinken, der Verschiebungstrend sich weiter fortsetzen, alles würde weniger kosten und die Prämien würden nicht mehr explodieren. Das ist aber nur Theorie. Die Praxis dürfte anders aussehen.
2. Selbst ohne Einbezug der Langzeitpflege und der durch die Umsetzung der Pflegeinitiative notwendigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen reicht der kantonale Beitrag von 26,9% nicht aus, um die heutigen ambulanten und stationären Gesundheitskosten zu decken. Die Kantone wollen sparen und entledigen sich mit EFAS steigender Kosten aber auch einer wirkungsvollen Planung und Steuerung zugunsten der Bevölkerung. Es ist eine einfache Milchbüchlein-Rechnung: Wenn der Betrag nicht reicht, erhöhen sich entweder die Krankenkassenprämien oder es kommt zu einem Abbau der Gesundheitsleistungen für die Patient\*innen.
3. Gravierende Auswirkungen auf die Langzeitpflege: Die Kantone sollen neu gleich viel an ambulante wie an stationäre Leistungen bezahlen. Dieser Kostenschlüssel bedeutet aber auch, dass sich die Kantone in Zukunft weniger an den stationären Leistungen beteiligen und die Restkostenfinanzierung in der Langzeitpflege nicht mehr übernehmen, sondern nur noch wie im Schlüssel vorgesehen 26,9 % bezahlen. Gerade die Langzeitpflege ist aber unter anderem aufgrund der Demografie ein stark wachsender Kostenblock. Kantone konnten bis jetzt durch ihren Beitrag Heimbewohnende und Prämienzahlende vor übermässigen Kosten schützen. Wie zukünftig dort die Finanzierungslücke gestopft wird, ist unklar. Gemäss einer im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellten Studie<sup>1</sup> wird wegen EFAS gar mit Kosteneinsparungen in der Langzeitpflege gerechnet: «In Bezug auf die 'Durchsetzungskraft der Versicherer' ist denkbar, dass die Versicherer (...) eine wirtschaftliche Leistungserbringung stärker einfordern». Will heissen: Die Versicherer werden wortwörtlich stärker den Tarif durchgeben, das Personal gerät noch stärker unter Druck. Und das in einem Bereich, der schon heute unterfinanziert ist und vielerorts schlechten Arbeitsbedingungen aufweist.
4. Die Tarifmacht der Krankenkassen wird gestärkt: Mit EFAS sollen alle Gelder in einen Topf – in die privat verwaltete «gemeinsame Einrichtung KVG» – fliessen, von dem aus dann alle Leistungen bezahlt werden. Dies bedeutet, dass auch die Kantone ihren Anteil, 11 Milliarden Steuergelder, in diesen Topf einspeisen. Der Staat und die Versicherten bezahlen also, während die Entscheidung, welche Leistungen für Patient\*innen bzw. für Gesundheitseinrichtungen bezahlt werden oder eben nicht durch die Krankenkassen gesteuert wird. Die profit- und wettbewerbsorientierten Kassen bestimmen zwar weiterhin nicht formell über den Leistungskatalog, aber ihr Einfluss wird deutlich gestärkt. Im Gegensatz zu den Kantonen: Sie

---

<sup>1</sup> Siehe den Bericht "[Sparpotenzial einheitliche Finanzierung. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit](#)" (2022).

können mit ihrem Viertel Beteiligung nicht mehr viel Kontrolle ausüben und der demokratische Einfluss wäre damit geschwächt.

5. Keine Probleme gelöst, nur neue geschaffen: Die diversen Fehlanreize im Gesundheitswesen, unter anderem die Fallpauschalen und Tarifsysteeme oder die überbeuerten Medikamente, werden durch diese Vorlage nicht angegangen. Im Gegenteil, es besteht das Risiko, dass sich durch EFAS der Spardruck erhöht und die Qualität wie die Arbeitsbedingungen leiden. Das Personal im Gesundheitsbereich ist schon seit Jahren am Anschlag, weil systematisch Einsparungen auf ihrem Rücken vorgenommen werden, was die Gesundheit und Sicherheit der Patient\*innen gefährdet. Mit EFAS wird dieser Druck noch weiter zunehmen, da Personalschlüssel und Gehälter die Hebel für Einsparungen sind. Es müssen mehr Patient\*innen in noch kürzerer Zeit behandelt werden. Ein Teufelskreis, denn bereits heute verlässt das Gesundheitspersonal aus diesen Gründen in Scharen den Beruf.
6. Gemäss Vorstellung von uns GRÜNEN ist eine gute Gesundheitsversorgung ein elementares Grundbedürfnis der Menschen und verfassungsmässig garantiert. Um dies zu gewährleisten, muss der Gesundheitsbereich als Service Public organisiert und demokratisch gesteuert sein, gut und sicher ausfinanziert, zugänglich und erschwinglich für alle und mit guten Arbeitsbedingungen für das Personal. Mit EFAS entfernen wir uns weiter von diesem Ziel!

#### **Argumente die für ein JA sprechen:**

1. EFAS bringt ein längerfristig ein günstigeres, also sozialeres Verhältnis zwischen Kopfprämien und steuerfinanziertem Anteil an die Gesundheitsleistungen. Dies weil die ambulanten Leistungen, wo heute die Kantone nichts bezahlen und sie in Zukunft wie in allen anderen Bereichen rund einen Viertel mitbezahlen müssen, stärker wachsen als die stationären Behandlungen im Spital. Denn auch in Zukunft können immer mehr Leistungen ambulant gemacht werden. Diese Dynamik wird weitergehen, in der Akutversorgung, der Psychiatrie, der Reha (wo der Prozess erst in den Anfängen steht), in der Physiotherapie etc.
2. Dies ist auch mit Integration der Pflege der Fall (also wenn die Kosten für KVG-Pflegeleistungen in Pflegeheimen und von Spitex ab 2032 eingeschlossen werden). Diese Leistungen werden heute mit einem fixen Frankenbetrag pro Tag oder Stunde durch die Krankenversicherungen bezahlt und der Kanton übernimmt die sogenannten «Restkosten». Je nach Kanton (und Gemeinde) werden diese Restkosten sehr unterschiedlich entschädigt, so dass heute viele Institutionen auf den einem ungedeckten Teil sitzen bleiben und diese den Patient:innen als «Betreuungsleistungen» verrechnen. Neu müssen die Kantone zwar hier einen geringeren Kostenanteil übernehmen als heute, aber die Kostenverschiebung zugunsten der Prämienzahlenden in allen ambulanten Bereichen wird ihre Mehrbelastung im Pflegebereich (wo oft im Bedarfsfall auch Ergänzungsleistungen beansprucht werden können) bei weitem überkompensieren. Zum Vergleich: Zwischen 2016 und 2022 – also innert sechs Jahren – gab es eine Verlagerung von netto 1.2 Milliarden von den Steuer- zu den Prämienzahlenden. Das heisst: Ohne EFAS geht die unsoziale Verlagerung zu Lasten der kleinen Einkommen weiter.<sup>2</sup> Und weil die Volksabstimmung zu den Prämienverbilligungen im Juni verloren ging, haben wir ohne EFAS gar nichts mehr, was in Richtung Prämientlastung wirkt.
3. «Die Krankenkassen erhalten mit der Vorlage mehr Macht»: Es trifft zwar zu, dass im Bereich der stationären Versorgung der Finanzierungsanteil der Kassen steigen wird. Das gibt ihnen

---

<sup>2</sup> Siehe die Berichte BAG [«Zukünftige Entwicklung Prämien- und Steuerfinanzierung mit oder ohne Einbezug der Pflegeleistungen»](#) vom August 2023 und [«Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»](#) vom März 2023

aber nicht automatisch mehr Macht, denn die Zuständigkeiten für Planung, Leistungsaufträge, Tarifgenehmigungen und -beschwerden etc. bleiben unverändert bei den Kantonen. Zudem finanzieren neu die Kantone auch im ambulanten Bereich mit, was im Umkehrschluss ja dazu führen müsste, dass die Kantone dort mehr öffentliche Einflussmöglichkeiten haben. Bei der ärztlichen Versorgung haben sie dies mit der Zulassungsbeschränkung bereits. Die politischen Steuerungselemente für die Kantone werden mit EFAS in einem weiteren entscheidenden Bereich sogar ausgebaut: Neu sind die Kantone von Anfang an bei allen Tarifdiskussionen mit Stimmrecht dabei (dank der Einsitznahme in der Tariforganisation). Die Kontrollmöglichkeiten der öffentlichen Hand auf die Kostenentwicklung wird also auf der rechtlichen Ebene im Gegenteil eher gestärkt.

4. «Die Kostendeckung der Leistungen werden im Pflegebereich (Pflegeheim, Spitex) gefährdet, und damit können auch die Löhne und Arbeitsbedingungen nicht verbessert werden». Es trifft zwar zu, die Krankenkassentarife in Pflegeheimen und Spitex ab 2032 dann verhandelt werden müssen und allenfalls auch (zu) knapp bemessen werden. In vielen Kantonen ist aber heute ihre «Restfinanzierung» bereits nicht kostendeckend. Nicht zuletzt EFAS führt dazu, dass die Dachverbände nun die Kostentransparenz bei den Gesundheitsinstitutionen mit einheitlichen Kostenerfassungssystemen weiter verbessern wollen. Zusammen mit der im Gesetz verankerten Bestimmung, dass die Tarife kostendeckend sein müssen, dürfte dies in Tariffestsetzungs- oder Tarifbeschwerdeverfahren sogar zu einer Verbesserung der Finanzierungslage der Institutionen führen. Das sehen auch die Dachverbände der Pflegeheime und Spitex so und unterstützen deshalb die Vorlage.
5. Die gleiche Finanzierung über alle Leistungsbereiche hinweg, wird auch eine bessere Koordination der Versorgung für die Patient\*innen begünstigen. Es ist zwar kein Automatismus, dass es in diese Richtung geht, aber die Voraussetzungen für die Zusammenarbeit von Institutionen und Gesundheitsfachpersonen werden damit verbessert.
6. Schliesslich gilt es auch zu berücksichtigen, dass alle Leistungserbringerverbände (FMH, Spitäler, Pflegeheime, Spitex) in einer breiten Allianz EFAS unterstützen. Auch der Verband des Pflegepersonals SBK beschloss eine Stimmfreigabe, sieht aber viele positive Aspekte in der Vorlage.

#### **Was nach einem JA getan werden muss:**

So oder so bleibt auch bei einer Annahme von EFAS viel zu tun:

- Der Verfassungsartikel 117 a und b zur Förderung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe und der medizinischen Grundversorgung inklusive Hausarztmedizin muss unabhängig von EFAS mit Nachdruck umgesetzt werden.
- Der Selbstfinanzierungsanteil (Franchise und Selbstbehalt) darf insbesondere auch bei Annahme von EFAS nicht erhöht werden. Er ist in der Schweiz ohnehin schon ausserordentlich hoch.
- Auch die Frage der sozialen Finanzierung der sogenannte Betreuungskosten im Pflegeheim ist ungelöst.
- Die sozial ungerechte Finanzierung ist nach wie eine Schlüsselfrage des Gesundheitswesens. Initiativen in Richtung einkommensabhängigen Prämien und/oder steuerfinanzierten Modellen müssen geprüft werden.

#### **Was nach einem NEIN getan werden muss:**

- Mit der Ablehnung bleibt alles wie heute und der oben beschriebene Handlungsbedarf gilt auch bei einem Nein. Der Druck auf die Prämien dürfte aber stärker wachsen und damit auch der Ruf nach sozialeren Finanzierungsmodellen bzw. stärkerer Prämienverbilligung.

- Gleichzeitig dürfte auch der generelle Druck auf die Bundesfinanzen, und damit der Spar-  
druck auf die Gesundheitsausgaben weiter zunehmen. Dies stellt insbesondere für die grüne  
Partei eine strategische politische Herausforderung dar, da dieser Themenbereich für die  
Schweizer Bevölkerung wichtig ist.
- Es muss daran gearbeitet werden, dass der Gesundheitsbereich als Service Public verstanden  
und finanziert wird. Sprich: der Anteil der Kosten, der über die öffentliche Hand bezahlt wird,  
muss sich deutlich erhöhen und die Prämien auf maximal 8% des Haushaltsbudgets (wie bei  
der Einführung des KVG vorgesehen) begrenzt werden (einkommensabhängig und mit deutli-  
cher Entlastung der Kinder und Jugendlichen). Eine gute Gesundheitsversorgung für alle ist  
ein Menschenrecht!