

Faktenblatt EFAS: Anforderungen aus Sicht der Kantone Medienkonferenz 8.8.2019

1. Was ist EFAS?

Die Krankenkassen und die Kantone sollen Behandlungen nach den gleichen Regeln finanzieren, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden. Dies ist die grundlegende Idee von EFAS («Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen»). EFAS kommt einem Systemwechsel gleich. Heute werden die ambulanten Kosten vollständig durch die Krankenversicherer, also über Prämien, finanziert. Die stationären Kosten werden von den Krankenversicherern zu höchstens 45% und Kantonen zu mindestens 55% bezahlt.

2. Wo steht das Geschäft im politischen Prozess?

Aufgrund der [parlamentarischen Initiative 09.528](#) «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» hat die Gesundheitskommission des Nationalrates eine entsprechende Gesetzesänderung an die Hand genommen und am 5. April 2019 zu Ende beraten. Mit ihrer Vorlage zur Änderung des KVG «Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich» will eine Mehrheit der Gesundheitskommission des Nationalrates die Verlagerung von stationär zu ambulant fördern. Die Vorlage wurde dem Bundesrat zur Stellungnahme bis Ende August 2019 überwiesen. Das Ziel ist, dass die Vorlage im Hinblick auf die Herbstsession 2019 für den Nationalrat behandlungsfähig ist.

3. Wie ist die Haltung der Kantone zu EFAS?

Die Kantone bieten Hand für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung (EFAS), falls EFAS insbesondere auch die pflegerischen Leistungen in den Pflegeheimen und in der Spitex umfasst. Der Grund: Kantone und Gemeinden werden im Bereich der Pflege finanziell immer stärker belastet. Die Kantone vertreten deshalb einstimmig und mit Überzeugung die Ansicht, dass die Kosten aller KVG-Leistungen bei EFAS zu berücksichtigen sind, und dass die Kantone und Versicherer die Kostenentwicklung aller Gesundheitsleistungen gemeinsam tragen.

4. Was für Vorteile hat die Integration der Pflege in EFAS?

Nur wenn EFAS auch die Pflegeleistungen umfasst, wird ein echter Beitrag zur Steigerung der Effektivität und Effizienz über die ganze Versorgungskette hinweg geleistet. Eine integrierte Versorgung fordert auch ein einheitliches Finanzierungssystem ohne Finanzierungsbarrieren. Nur EFAS mit Pflege bewirkt die gewünschte Vereinfachung der Pflegefinanzierung. Die Inkraftsetzung der entsprechenden Bestimmungen soll zeitlich gestaffelt bis spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der übrigen Vorlage erfolgen, was in den Übergangsbestimmungen des KVG festzuhalten ist.

5. Finanzielle Auswirkungen des Einbezugs der Pflege?

Eine unabhängige INFRAS-Studie zeigt, dass die Mehrbelastung der Finanzierungsträger infolge einer Umstellung auf die einheitliche Finanzierung insgesamt gerechter ausfällt, wenn die Ausgaben der OKP für die Pflegeleistungen nach Art. 25a Abs. 1 KVG und die Restfinanzierung der Kantone und Gemeinden ins Gesamtvolumen der dual gemeinsam zu tragenden Leistungen eingerechnet werden. Unter der Bedingung der Kostenneutralität würde sich in diesem Fall voraussichtlich ein Kostenteiler von 25,5 % (Anteil Kantone und Gemeinden) zu 74,5 % (Anteil Versicherer) ergeben.

6. Wie hoch ist die Belastung bei EFAS ohne Pflege?

Prognosen für die Periode von 2016 bis 2030 zeigen, dass die Kosten im Pflegebereich am stärksten wachsen werden, gefolgt von den Kosten der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich. Basierend auf diesen Annahmen wächst die Ausgabenlast der Kantone und ihrer Gemeinden unter Beibehaltung des heute geltenden Finanzierungssystems im untersuchten Zeitraum um ca. 34 % und jene der Versicherer um rund 45 %. Wird EFAS ohne Einbezug der KVG-Pflegekosten realisiert, steigt die Belastung der Kantone/Gemeinden mit etwa 49 % deutlich stärker als beim Status quo (Mehrausgaben Versicherer ca. +40 %). Die Integration der Pflege in EFAS bringt hingegen eine ausgeglichene Mehrbelastung von ungefähr 42 % bei beiden Finanzierungsträgern. Das GDK-Modell EFAS plus Pflege sorgt somit für eine ausgewogene Verteilung der durch den Kostenanstieg bedingten Mehrbelastung zwischen Kantonen/Gemeinden und Versicherern in den kommenden Jahren.

7. Welche sonstigen Anforderungen müssen für die Einführung eines neuen einheitlichen Finanzierungssystems erfüllt sein?

1. Die finanzielle Belastung der einzelnen Kantone muss im Übergang überprüfbar kostenneutral sein.
2. Den Kantonen wird das Instrumentarium in die Hand gegeben, um das ambulante Versorgungsangebot (Leistung, Menge und Qualität) gezielt zu beeinflussen, das heisst zu steuern. Die Zulassungsvorlage ist basierend auf der Fassung des Ständerates ohne Verzögerung zu verabschieden und rasch Kraft zu setzen.
3. Die Rechnungen im stationären Bereich werden analog zu heute abgewickelt, mit entsprechend angepasstem Finanzierungsschlüssel. Die Rechnungstellung im ambulanten Bereich erfolgt aufgrund der für die Kantonsbevölkerung effektiv erbrachten Leistungen.
4. Es besteht eine Kontrollmöglichkeit für die Kantone in Bezug auf die korrekte Abrechnung von ambulanten Leistungen für die Kantonsbevölkerung, beispielsweise durch die Schaffung eines gemeinsamen Organs (Krankenversicherer / Kantone), welches dies sicherstellt.
5. Es wird eine nationale Tariforganisation für ambulante Tarife gesetzlich vorgeschrieben, an welcher die Kantone paritätisch beteiligt sind, vergleichbar mit der SwissDRG AG.
6. Fehlanreize infolge Verknüpfung der vertraglichen Vereinbarungen der Tarifpartner im Grund- und Zusatzversicherungsbereich werden konsequent eliminiert.