

November 2023 – Reto Wyss

## **EFAS: Kein Allerheilmittel, sondern falsch und gefährlich**

**EFAS wäre eine der grössten KVG-Reformen der letzten Jahre. Die BefürworterInnen versprechen sich davon viel: eine massive Prämiendämpfung, Kosteneinsparungen in Milliardenhöhe, die Aufhebung der Hauptfehlreize im Gesundheitswesen. Näher betrachtet entpuppen sich die entscheidenden Argumente jedoch als leere Versprechen oder falsche Hoffnungen. Hingegen birgt EFAS ganz reelle Gefahren für die PrämienzahlerInnen, für das Gesundheitspersonal und für die Versorgungsqualität. Die Reform muss deshalb im Parlament unbedingt gestoppt werden.**

### **Ausgangslage**

Ambulante Operationen sind wesentlich kostengünstiger als stationäre. In der Schweiz wird im internationalen Vergleich aber viel weniger ambulant operiert als stationär (dort, wo es überhaupt eine medizinische Wahlmöglichkeit gibt). Gleichzeitig werden ambulante Eingriffe anders abgegolten als stationäre: erstere komplett durch Prämien, letztere etwa hälftig durch Prämien und Steuergelder. Es liegt auf der Hand, dass diese Situation nicht optimal ist. Die Ambulantisierung muss gefördert, das Prämienwachstum muss gedämpft werden. EFAS soll angeblich genau dies bringen: durch die Einführung eines über alle Versorgungsbereiche einheitlichen Finanzierungsschlüssels und die Bestimmung einer einzigen Zahlstelle seitens der Kassen soll erreicht werden, dass stets ein sowohl unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Indikation als auch des finanziellen Anreizes optimaler Behandlungsentscheid gefällt wird. Selbst wenn es möglich wäre, diesen Idealzustand mit einer auf anreizökonomischen Vorstellungen basierenden KVG-Reform zu erreichen: die nun noch zu bereinigende Vorlage ist es definitiv nicht. Ganz im Gegenteil, wie in dieser Notiz dargelegt werden soll.

### **Fehlreize: bleiben unangetastet**

Hauptursächlich für viele Fehlreize im Gesundheitswesen sind die existierenden mengenbasierten Tarifsysteme Tarmed (ambulant) und SwissDRG (stationär): wo mehr operiert und behandelt wird, kann mehr Einkommen erzielt werden. Je akuter die Unterfinanzierung (etwa der Spitäler), desto höher dabei der Druck, das Behandlungsvolumen auszudehnen. Dies optimalerweise mit dem jeweils lukrativeren Tarifsystem, was zumeist für die stationäre Alternative spricht. An dieser Situation wird EFAS rein gar nichts ändern, denn die Ambulantisierung lässt sich bei bestehenden unveränderten Tarifsystemen nicht einfach "herbeizaubern". Die Verlagerung lässt sich jedoch sehr wohl zu einem relevanten Anteil "herbeiregulieren". Genau dies geschieht seit Jahren mit dem Erlass von Listen ambulant durchzuführender Eingriffe erfolgreich. So haben, gemäss Obsan, die ambulanten Kosten der relevanten Behandlungen von 133 Millionen im Jahr 2016 auf 165 Millionen im Jahr 2021 zugenommen, während die stationären Kosten im selben Zeitraum von 308 Millionen auf 126 Millionen rückläufig waren. Für den betrachteten Bereich betragen die Prämieinsparungen damit immerhin 50 Millionen, weshalb der eingeschlagene Weg der Verlagerung über Eingriffslisten unbedingt weitergegangen und ausgeweitet werden muss. Selbstverständlich sind die Prämien insgesamt im entsprechenden Zeitraum massiv gestiegen, nur ist dies eben

nicht auf ein Scheitern der aktuell betriebenen Verlagerungspolitik zurückzuführen. Sondern vielmehr beispielsweise auf die genannten Fehlanreize der mengenbasierten Tarifsysteme sowie ganz grundsätzlich auf die völlig falsche Finanzierung der Grundversicherung über Kopfprämien. Auch daran würde EFAS nichts ändern, denn mit dieser Vorlage würde der aktuell gemessene Finanzierungsanteil der Kantone ja sogar explizit im Gesetz fixiert – und damit auch der horrenden Prämienanteil. Eigentlich ein absolutes Unding: wenn der Parlamentsmehrheit etwas an einer Entlastung der PrämienzahlerInnen mittels EFAS läge, dann müsste sie den Finanzierungsschlüssel sofort deutlich zugunsten eines tieferen Prämienanteils anpassen!

### **Abbau der Regulierung: gefährliche Auswirkungen**

Das Beispiel der Eingriffslisten zeigt, dass eine Stärkung der Regulierung in der Grundversicherung der richtige Weg ist. Denn für das Gesundheitswesen ist hinlänglich belegt: dort, wo nicht oder zu wenig reguliert wird, explodieren die Kosten (siehe etwa die Medikamentenpreise). EFAS würde den Regulierungsspielraum aber massiv schwächen. Denn durch die geplante zentrale Verteilung der kantonalen Gelder über eine einheitliche Zahlstelle würden die kantonalen Spitalisten – das wichtigste stationäre Regulierungsinstrument – erheblich an Wirkung verlieren (da den Kantonen die Kompetenz der Mittelverteilung entzogen würde). Dies gilt umso mehr, sollte sich der Nationalrat mit seiner Forderung durchsetzen, den Kantonen künftig sogar den Einblick in stationäre Rechnungen zu verweigern. Und noch mehr gilt es, sollte das Parlament sogar daran festhalten, dass neu auch Nichtlistenospitäler im stationären Bereich den neuen, um zwei Drittel höheren Prämienanteil erhalten sollen. Das ist eine völlig inakzeptable Bestimmung und ein äusserst teures Geschenk an die Privatspitäler und Zusatzversicherer – vollends zulasten der PrämienzahlerInnen.

### **Einsparungen: davon war nie die Rede**

Obwohl EFAS mittlerweile fast gebetsmühlenartig als tiefgreifende Massnahme der Kostendämpfung verkauft wird, haben ursprünglich auch dessen UrheberInnen klar festgehalten, dass die Vorlage *"das grundlegende Problem der übermässig steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht [löst]"* (Santésuisse, 2021). Unter dem parlamentarischen Druck, mögliche Kosteneinsparungen nicht einfach ins Blaue heraus in Aussicht zu stellen (siehe etwa BAG, 2021 bzw. SAMW, 2012: *"Einsparungen in der Grössenordnung von mehreren hundert Millionen Franken pro Jahr [scheinen] mittelfristig nicht ausgeschlossen"*), sondern klar zu benennen, hat das BAG im letzten Jahr eine weitere Studie präsentiert. Diese vermag jedoch ebenfalls nicht, ein substanzielleres Fazit zu ziehen: *"Die Werte sind mit grosser Unsicherheit behaftet [...]. Es ist nicht auszuschliessen, dass auch Werte möglich sind, die [...] niedriger als das pessimistische Szenario [0 CHF Einsparungen] ausfallen"* (Polynomics, 2022).

Einsparungen entstünden gemäss dieser Studie etwa durch die Tatsache, dass alternative Versicherungsmodelle mit EFAS attraktiver würden und zu einem um schätzungsweise 50 Franken höheren Prämienrabatt angeboten werden könnten. Dass dies zu substanziellen Kostensenkungen führen könnte, ist schlicht nicht vorstellbar, denn bereits heute sind vier von fünf Versicherten in einem alternativen Modell. Dies insbesondere deshalb, weil solche Modelle mit einem durchschnittlichen Rabatt von 1000 Franken preislich schon sehr attraktiv sind.

Weiter soll EFAS vor allem auch durch den Einbezug der Langzeitpflege zu Einsparungen führen. Dies gemäss Studie dadurch, dass die Versicherer künftig auch in der Langzeitpflege

*"eine wirtschaftliche Leistungserbringung stärker einfordern"* werden. In anderen Worten: Die durch EFAS verschobenen Verhandlungsgewichte ermöglichen die Durchsetzung tieferer Abgeltungen für die bereits heute unterfinanzierten Spitex-Betriebe und Pflegeheime. Welche gravierenden Auswirkungen der Einbezug der Langzeitpflege in die EFAS-Vorlage weiter haben würde, wird im nächsten und letzten Abschnitt erläutert.

### **Einbezug Langzeitpflege: ein kapitaler Fehler**

Zum Einbezug der Langzeitpflege in die einheitliche Finanzierung sind sich die Räte im Grundsatz einig. Dieser Entscheid ist aus mehrerlei Hinsicht höchst besorgniserregend und für sich alleine Grund genug, die nun zur Bereinigung und Abstimmung gebrachte EFAS-Vorlage vehement abzulehnen. Dies aus folgenden Gründen:

- Mit dem Einbezug der Langzeitpflege wird Art. 25a KVG komplett aufgehoben – und damit die gesamte gesetzliche Basis zur Finanzierung der Langzeitpflege, insbesondere auch die zentrale Bestimmung *"die Kantone regeln die Restfinanzierung"*. Zwar wird diese Vorgabe seit jeher von vielen Kantonen mitnichten zufriedenstellend umgesetzt. Doch durch die ersatzlose Streichung des erwähnten Artikels wäre explizit niemand mehr für die (Rest-)Finanzierung zuständig (!). In der Folge müsste für die Langzeitpflege ein neuer Tarif ausgearbeitet werden, was grundsätzlich das System zusätzlich verkomplizieren würde, obwohl EFAS ja Vereinfachung bringen sollte. Im Rahmen der Aushandlung dieses neuen Tarifs wäre der Druck für Einsparungen auf Kosten des Pflegepersonals und der Versorgungsqualität ungleich höher (genau davon geht die oben erwähnte Studie aus). Dies wäre natürlich völlig konträr zur dringlichen Umsetzung der von der Stimmbevölkerung mit überwältigender Mehrheit angenommenen Pflegeinitiative.
- Die parallele Folge der Aufhebung von Art. 25a KVG ist, dass sich die OKP neu dynamisch an den Kosten des demografiebedingt am stärksten wachsenden Versorgungsbereichs beteiligen müsste. Die heute gesetzlich zum Glück gedeckelte Prämienbeteiligung würde explizit aufgehoben, womit mittelfristig eine massive Erhöhung der Prämien droht. Das ist absolut inakzeptabel – ist das Versprechen von EFAS doch eine Prämienenkung! Zwar liegen die Einschätzungen zu den Prämieneffekten in den verschiedenen Prognosen weit auseinander, doch genau dies zeigt auch die Gefährlichkeit der Situation: Wenn heute das BAG (verständlicherweise) nicht einmal sagen kann, wie stark die Prämien im nächsten Jahr steigen werden, wie kann es sich dann bei einer so einschneidenden Reform massgeblich auf vage Prämienprognosen über die nächsten zehn Jahre abstützen?
- Der Einbezug der Langzeitpflege erfolgte explizit auf vehementen Druck der Kantone, die sich damit auf Kosten der PrämienzahlerInnen entlasten wollen: Es soll mehr Geld über Kopfsteuern (Prämien) und weniger über einkommensabhängige Steuern (öffentliche Mittel) in die Finanzierung des Gesundheitswesens fließen. Diese Haltung der Kantone ist völlig nicht im Interesse ihrer Bevölkerung und deshalb stark zu kritisieren.
- Eine massive Steigerung droht auch für die Kostenbeteiligung in der Langzeitpflege: Heute ist diese gesetzlich auf 20 Prozent des OKP-Beitrags festgelegt. Weil aber die Deckelung des OKP-Beitrags aufgehoben würde, entfielen sie auch für die Kostenbeteiligung (nach einer Übergangsfrist von fünf Jahren).