

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Prozess

**Neue Spitalfinanzierung**

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja 2021. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Neue Spitalfinanzierung, 2011 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 09.03.2021.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	1
<b>Sozialpolitik</b>	1
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

## Abkürzungsverzeichnis

<b>SGK-SR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen

---

<b>CSSS-CE</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Krankenversicherung

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 18.02.2011  
ANJA HEIDELBERGER

Mit einer parlamentarischen Initiative wollte Ruth Humbel (cvp, AG) die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS)** erreichen. Demnach soll die öffentliche Hand zukünftig Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, den Risikoausgleich, Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie die Prämienverbilligung finanzieren. Die Krankenversicherungen sollen hingegen für die Finanzierung aller stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG zuständig sein. Dadurch sollten die Fehlanreize im Gesundheitssystem, die durch die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches entstünden, korrigiert werden, ohne dass die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Gelder verlören, argumentierte die Motionärin. Dies würde den Handlungsspielraum der Kantone zum Beispiel bei der integrierten Versorgung chronisch kranker, polymorbider Menschen vergrössern und den Krankenversicherern eine freie Prämienfestsetzung erlauben.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Nachdem ihre Schwesterkommission den Vorstoss im April desselben Jahres noch sistiert hatte, weil sie der Motion Brändli (svp, GR; 09.3546) folgend zuerst die Ausarbeitung eines Vorschlags durch den Bundesrat abwarten wollte, stimmte die SGK-SR im November 2011 dem Beschluss ihrer Schwesterkommission mit 7 zu 1 Stimme zu. In der Folge entschied sich die mit der Erarbeitung eines Entlassentwurfs beauftragte Subkommission «KVG» der SGK-NR, die laufenden Arbeiten im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik abzuwarten. In deren Rahmen sollten zwischen 2012 und 2018 verschiedene wissenschaftliche Studien zum entsprechenden Thema durchgeführt werden. Aus diesem Grund und wegen der starken Auslastung der Subkommission legte die Kommission 2013, 2015 und 2017 je einen Antrag auf Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre vor, welche der Nationalrat jeweils genehmigte.<sup>1</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 20.04.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2018 verabschiedete die SGK-NR einen ersten Vorentwurf für eine **einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)** mit 15 zu 7 Stimmen. Zukünftig sollen die Krankenversicherungen sowohl die Kosten der ambulanten als auch der stationären Behandlungen übernehmen. Die Kantone sollen einen Beitrag von mindestens 25.5 Prozent an die Behandlungskosten (nach Abzug der Franchisen und des Selbstbehalts) leisten. Die Anteile sind dabei so berechnet, dass die Umstellung für Kantone und Krankenversicherungen kostenneutral ist. Die Kommission definierte drei Ziele der Reform: Diese solle zu einer Verlagerung von stationären zu kostengünstigeren ambulanten Behandlungen führen, die prämierten- und steuerfinanzierten Anteile an den Kosten für die OKP stabilisieren sowie die sachgerechte Tarifierung fördern. Eine Minderheit I beantragte Nichteintreten, weil die Kantone zur Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs verpflichtet würden, ohne dass sie diesen (mit-)steuern könnten. Eine Minderheit II schlug hingegen vor, die Anreize für eine effiziente Versorgung zu vergrössern, indem die Kantone den Krankenversicherungen bei Vorliegen eines Risikoausgleichs Pro-Kopf-Pauschalen anstelle eines Anteils der Versorgungskosten gutschrieben.<sup>2</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 15.05.2018  
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung** zum Vorschlag der SGK-NR zur **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen** zwischen Mai und September 2018 nahmen 111 Organisationen teil, darunter alle Kantone, die GDK, die CLASS, sechs grosse Schweizer Parteien, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumentenverbände, Leistungserbringendenverbände, Ärztegesellschaften, Versicherungsverbände und Patientenorganisationen. Generell begrüsst die Vernehmlassungsteilnehmenden zwar eine einheitliche Finanzierung, zahlreiche von ihnen lehnten den vorliegenden Vorschlag dennoch als ungenügend ab. Zuspruch fand die Vorlage bei den bürgerlichen Parteien, Economiesuisse sowie zahlreichen Leistungserbringenden und Versicherungen. Sie erhofften sich mehrheitlich eine sachgerechtere Tarifierung im ambulanten Bereich, eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich sowie

eine kostensenkende Wirkung der verschiedenen Massnahmen. Die Kantone forderten fast durchwegs eine Überarbeitung der Vorlage, da sie die Fehlanreize im Gesundheitswesen vor allem in der Tarifierung orteten und mit der einheitlichen Finanzierung folglich keine grosse Kosteneindämmung erwarteten. Eine Verlagerung sei zudem durch Operationslisten schneller zu erreichen, argumentierten sie. Hingegen würden die Möglichkeiten der Kantone zur Kostensteuerung – sowie die demokratische Kontrolle – reduziert, indem die Rolle der Versicherungen gestärkt würde. Stattdessen verlangten die Kantone für eine zukünftige Mitfinanzierung der ambulanten Leistungen auch entsprechende Steuerungsmöglichkeiten für deren Angebot. Die SP und die Gewerkschaften lehnten die Vorlage ab. Die SP befürwortete zwar eine einheitliche Finanzierung, nicht aber den Transfer von Mitteln zu den Versicherungen. Gespalten zeigten sich die Konsumentenverbände: Einige befürworteten die einheitliche Finanzierung, andere forderten alternative Massnahmen wie eine sachgerechte Tarifierung oder eine verbesserte Qualität der ambulanten Leistungen.<sup>3</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 05.04.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2019 erschien der **Bericht der SGK-NR** zu ihrem Entwurf für die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Darin verdeutlichte sie noch einmal die drei Ziele der Vorlage: Sie wolle erstens die Verlagerung von stationären zu günstigeren ambulanten Behandlungen fördern, wo dies sinnvoll sei; zweitens die Anteile an den obligatorisch versicherten Krankheitskosten, die durch Prämien und Steuern finanziert werden, stabilisieren; sowie drittens die sachgerechte Tarifierung fördern. Dazu sollen die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Eingeschlossen sind bei den Bruttoleistungen auch die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also Kosten, die nicht die Krankenversicherungen, sondern die Versicherten übernommen haben.

Das sogenannte «monistische Finanzierungsmodell» beinhalte folglich nur noch eine Zahlstelle; alle Rechnungen müssten somit zukünftig an die Krankenversicherungen geschickt werden, welche alleine für deren Kontrolle zuständig seien. Dies solle für alle OKP-Leistungen gelten, auch für Psychiatrie, Rehabilitation und Akut- und Übergangspflege – nicht aber für die Pflegeleistungen, wie von den Kantonen gefordert worden war. Bei diesen müssten mit dem Postulat «Integration der Pflegeleistungen in die Efas» (Po. 19.3002) zuerst verschiedene Grundlagen – unter anderem zur Herstellung von Kostentransparenz, zur Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie zur Definition der Pflegestufen – geklärt werden, bevor sie ebenfalls integriert werden könnten. Als Reaktion auf die Vernehmlassungsantworten ergänzte die Kommission die Vorlage um den Auftrag an den Bundesrat, die Pflegeleistungen bei Vorliegen der entsprechenden Grundlagen in die EFAS-Vorlage aufzunehmen. Die 22.6 Prozent, welche die Kantone zukünftig übernehmen sollten, entsprächen den Beiträgen der Kantone und Gemeinden an den stationären Leistungen zwischen 2012 und 2015, wenn diese ihre Anteile von 55 Prozent im stationären Bereich bereits erreicht hätten. In der Realität hatten die Kantone in dieser Übergangsperiode nach der KVG-Revision jedoch nur einen Anteil von durchschnittlich knapp 53 Prozent der Kosten übernommen. Die Kritik der Kantone in der Vernehmlassung und ihren Wunsch, das ambulante Versorgungsangebot steuern zu können, wenn sie dieses mitfinanzieren müssten, habe die Kommission aufgenommen, indem sie die Inkraftsetzung der einheitlichen Finanzierung an die Inkraftsetzung der Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) geknüpft habe.

Die SGK-NR nahm die Vorlage im April 2019 mit 15 zu 7 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Obwohl sich die ständerätliche Kommission im Mai 2019 mit 9 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung gegen die Verknüpfung mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden gewehrt und eine solche abgelehnt hatte, um Letzteres nicht womöglich auf Jahre hinaus zu blockieren, bestätigte die nationalrätliche Kommission ihren diesbezüglichen Entscheid im August 2019. Sie wolle die «Verknüpfung der beiden Reformen nicht aufgeben, bevor nicht auch die Kantone ein Entgegenkommen bei der einheitlichen Finanzierung erkennen» liessen.<sup>4</sup>

Im August 2019 nahm der **Bundesrat Stellung** zum Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Er erklärte, dass er die Stossrichtung der Vorlage generell befürworte, der Bericht der Kommission aber noch einige Fragen ungeklärt lasse. So bedeute diese Änderung einen Systemumbau mit weitreichenden Wechselwirkungen und müsse folglich sorgfältig angegangen werden. Bei den Wechselwirkungen sprach er insbesondere die Schnittstelle zwischen OKP und Zusatzversicherungen an und betonte, dass diese vermutlich die Wirkung von EFAS einschränken würden. Zum Beispiel entlaste die Erhöhung des Finanzierungsanteils der OKP für Vertragsspitäler ausserhalb der kantonalen Spitalplanung die Zusatzversicherungen stark und schaffe damit womöglich auch Anreize für zusätzliche ambulante Behandlungen. Die vom Bericht erwähnten Massnahmen würden wohl nicht ausreichen, diese Anreize auszugleichen. Zudem wollte der Bundesrat wissen, ob es Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone gebe, die über die Verknüpfung von EFAS mit dem Bundesratsgeschäft zur Zulassung von Leistungserbringenden (BRG 18.047) hinausgingen.<sup>5</sup>

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitalisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen, kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstige die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cyp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfliessen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht

sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberale-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.<sup>6</sup>

---

1) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11

2) Erläuternder Bericht vom 19.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; NZZ, 12.4., 21.4.18

3) Ergebnisbericht Vernehmlassung vom 25.1.19; NZZ, TA, 26.5.18; WW, 31.5.18; SoZ, 16.9.18

4) BBl 2019, S. 3499 ff; Medienmitteilung SGK-NR vom 30.8.19; Medienmitteilung SGK-NR vom 5.4.19; Medienmitteilung SGK-SR (09.528) vom 17.5.19

5) BBl 2019, S. 5725 ff.

6) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19