

Sachdokumentation:

Signatur: DS 4942

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/4942



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

DIE ÄNDERUNG DES KRANKENVERSICHERUNGSGESETZES EINHEITLICHE FINANZIERUNG VON LEISTUNGEN / EFAS

Fassung 24. September 2024

Am 23. Dezember 2023 verabschiedete das Parlament EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär), eine Reform zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Es handelt sich dabei um eine grundlegende Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems, die von der Lobby der Versicherer durchgesetzt wurde. Ziel ist es, die finanzielle Verantwortung von den Kantonen auf die Krankenkassen zu übertragen. Damit erhalten die Versicherer noch mehr Macht, um unser Gesundheitssystem zu lenken. Der VPOD hat gegen diese Revision das Referendum ergriffen, das im April 2024 zustande kam. Am 24. November 2024 ruft der VPOD die Bevölkerung auf, NEIN zu zur Revision des KVG; EFAS zu stimmen, da diese Reform zu Einsparungen beim Gesundheitspersonal führt, die Gesundheitsausgaben in gewinnorientierte Bereiche lenkt und die Versicherungsprämien verteuert.

2. Wie werden durch die Revision die Karten in der Finanzierung neu gemischt?

Das KVG in seiner aktuellen Form ist unbefriedigend. Im Gegensatz zu allen anderen Sozialversicherungen werden die individuellen Prämien pro Kopf berechnet, ohne jeglichen Zusammenhang mit dem Einkommen. Der Direktor einer Krankenkasse (wie Herr Direktor der Groupe Mutuel, der im Jahr 2022: 780'000.- pro Jahr erhalten hat) zahlt bei gleicher Franchise die gleiche Grundprämie von CHF 471.- pro Monat wie die Angestellte in der Cafeteria eines Spitals (die Vollzeit CHF 58'500.- pro Jahr verdient). Der eine gibt 0,72 % seines Einkommens für die Finanzierung des Gesundheitssystems aus, während die andere 9,7 % ihres Einkommens dafür aufwendet.

Weitere Lücken sind, dass Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind und das Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall fehlt, ein Kapitel, das zwar in das Gesetz aufgenommen wurde, aber freiwillig blieb. Im Klartext heisst das, dass das KVG seine Aufgabe als Sozialversicherung nicht vollständig erfüllt. Doch die laufende Revision behebt diese Mängel nicht, sondern verschärft sie und institutionalisiert die Rationierung der Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen.

Heute werden die Gesundheitsausgaben (für Krankheit) finanziert durch:

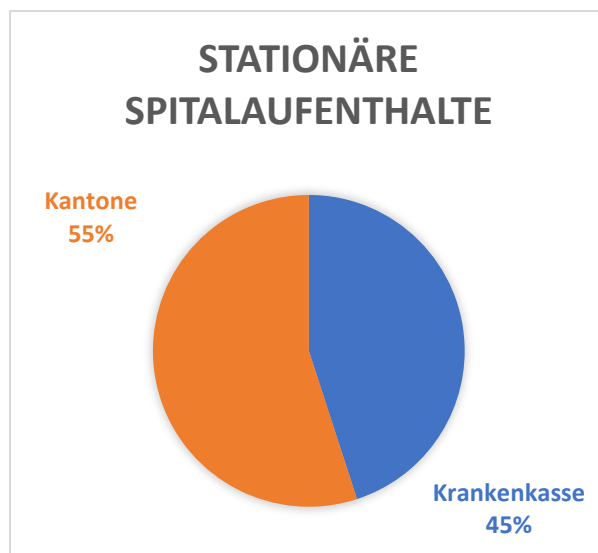
- **Unsere Prämien**, die von den Krankenkassen einkassiert werden. Sie machen **im Jahr 2024** etwa 38 Milliarden aus.

- **Unsere Steuern**, die von den Kantonen erhoben werden, finanzieren ebenfalls Gesundheitsleistungen. Diese Finanzierung beläuft sich auf rund 13 Milliarden.
- **Direkte Beteiligung der Versicherten**. Jede/r Versicherte in der Schweiz zahlt auch einen direkten Beitrag aus der eigenen Tasche an die Gesundheitskosten. Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten direkten Kostenbeteiligung (im Englischen wird sie „out of the pocket“ genannt) in den OECD-Ländern! Auf nationaler Ebene wurde diese direkte Beteiligung der Versicherten im Jahr 2022 auf rund 20 Milliarden geschätzt.

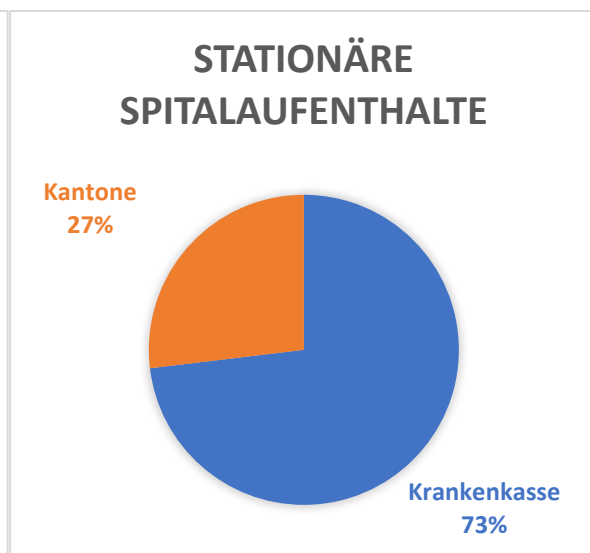
Diese Ausgaben werden nicht gleichmässig „verteilt“, sondern je nach Leistungsart unterschiedlich finanziert. Die EFAS-Revision will die Finanzierung vereinheitlichen.

Der nationale Verteilungsschlüssel erzeugt bei allen Leistungsarten Kostenverschiebungen:

Aktuell



Neu mit EFAS



Bei stationären Spitalaufenthalten zahlen die Kantone mindestens 55 Prozent der Pflegekosten, während 45 Prozent von den Krankenkassen getragen werden (Art. 49a Abs. 1 KVG).

Heute

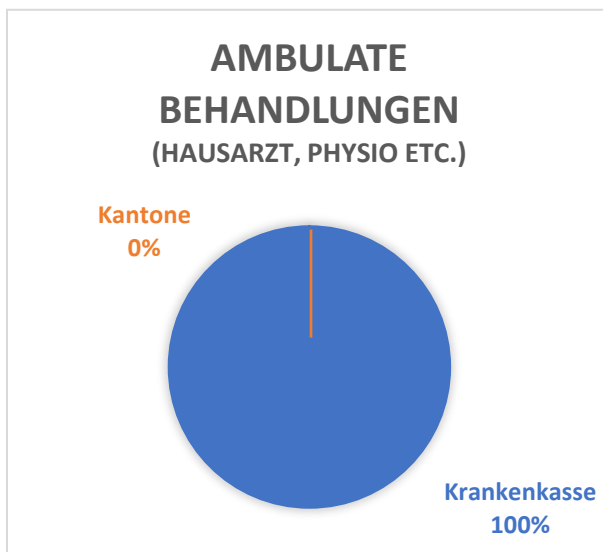


Neu mit EFAS

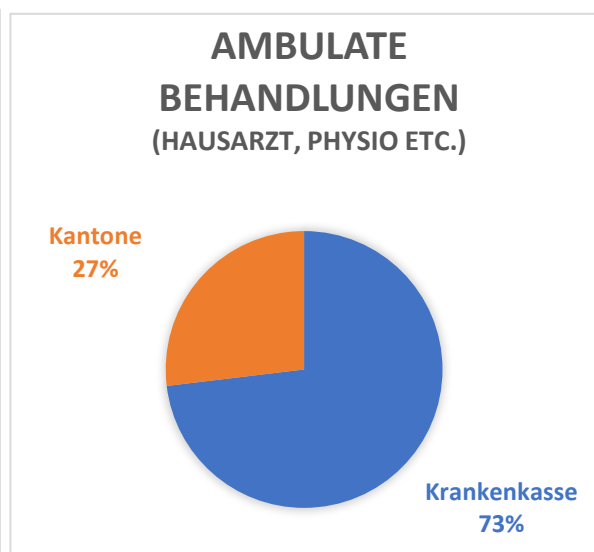


Die Ausgaben die Langzeitpflege (Altersheime und Spitex) werden im aktuellen System „variabel“ geregelt: Die Kantone müssen die „Restkosten“ übernehmen, d. h. die Pflegekosten, die weder von den Versicherern noch von den Bewohnerinnen und Bewohnern getragen werden. Die Rechnung variiert von Kanton zu Kanton recht stark, macht aber im nationalen Durchschnitt 54 % aus.

Heute



Neu mit EFAS



Die ambulanten Behandlungen, die im aktuellen System von den Versicherern getragen werden, würde mit der EFAS-Revision durch Steuern mitfinanziert werden. Die Verpflichtung, die Kantone an den Ausgaben im ambulanten Sektor zu beteiligen, ist das Argument der EFAS-Befürworter/innen, mit dem sie - vorsichtig formuliert - behaupten, dass die Prämien dank dieser finanziellen Beteiligung durch Steuern sinken werden. Aus mathematischer Sicht wird die Finanzierung, wenn die ambulanten Leistungen stark zunehmen, mit EFAS nicht mehr nur auf den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern lasten. Das ist richtig. Man hätte sich vorstellen können, dass die Finanzierung des ambulanten Sektors durch unsere Steuern

zumindest ein Kontrollrecht der Kantone über die Ausrichtung desselben Sektors verdient. Dem ist nicht so, das Parlament hat sich bei der Verabschiedung dieser Revision geweigert, den Kantonen eine Möglichkeit zur Kontrolle der Ausgaben im ambulanten Bereich zu geben.

In allen drei Bereichen der Gesundheitsversorgung werden die Krankenkassen mit unseren Prämien den grössten Teil der Ausgaben finanzieren müssen. Diese KVG-Revision verstärkt den Einfluss der Versicherer auf unser Gesundheitssystem, da sie in allen Bereichen zu den Hauptfinanzierern werden. Die Kehrseite der Medaille ist, dass die Kantone nicht mehr verpflichtet wären, die Restkostenfinanzierung in der Langzeitpflege zu garantieren. Auf diese Weise können sie sich von der finanziellen Verantwortung in diesem speziellen Bereich entlasten. Und gerade hier wird der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung und dem steigenden Anteil an altersbedingten Krankheiten, wie Demenz, steigen.

Die Versicherten ihrerseits werden weiterhin zusätzlich zu den Prämien noch höhere Beträge aus der eigenen Tasche bezahlen müssen als heute, denn die KVG-Revision wird höhere Kostenbeteiligungen für die Pflege in Pflegeheimen, bei Spitalaufenthalten und bei der Pflege zu Hause ermöglichen! Gleichzeitig hat der Bundesrat Anfang September 2024 bereits grünes Licht für eine Erhöhung der Mindestfranchise gegeben, die private Kostenbeteiligung wird also zukünftig eher steigen.

3. Warum löst diese Revision nicht die Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung?

Für die Befürworter der Revision wird die derzeitige Finanzierung des Systems beschuldigt, „Fehlreize“ zu schaffen, welche vor allem die öffentlichen Spitäler dazu ermutigen würden, die Patienten nach der Methode zu behandeln, die am meisten Geld einbringt. Die Schweizer Spitäler haben ihre Reform jedoch bereits hinter sich: Die vorherige Änderung des KVG in Bezug auf die Spitalfinanzierung trat 2012 in Kraft. Es war diese Reform, die die öffentlichen Krankenhäuser zu endlosen Sparprogrammen, zur Schliessung von Standorten und Abteilungen, die als „zu teuer“ oder nicht rentabel genug eingestuft wurden, veranlasst hat. Es war auch diese Reform, die den roten Teppich für Privatkliniken ausgerollt hat. Diese können Patient:innen aussortieren, um Gewinne zu erzielen, während die öffentlichen Spitäler seit 2012 eines nach dem anderen in die roten Zahlen rutschen. EFAS ändert nichts an den Tarifen, mit denen Krankenhäuser finanziert werden: Das Problem der fehlenden Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser bleibt bestehen.

EFAS bietet keine Antwort auf die Hauptprobleme des Gesundheitssystems: Kopfprämien ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe der Versicherten, viel Platz für zwei grosse Gruppen von börsennotierten Privatkliniken auf Kosten der öffentlichen Spitäler, kolossale Gewinne der Pharmaunternehmen, Undurchsichtigkeit der Krankenversicherer im Zusammenhang mit dem ständigen Interessenkonflikt von Versicherern, die die Prämien der Grundversicherung verwalten und gleichzeitig versuchen, Zusatzversicherungen zu verkaufen.

4. Was ändert sich bei der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause?

EFAS bedeutet die Abschaffung des Mechanismus, der den finanziellen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause begrenzt. Das aktuelle KVG sieht eine Obergrenze für diese Beteiligung vor. Diese Deckelung überträgt den Kantonen eine finanzielle Verantwortung. Diese müssen die sogenannten „Restkosten“ decken.

Alle sind sich einig, dass diese Kosten aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren stark ansteigen werden. Die entscheidende Frage lautet: Wer wird dafür bezahlen? EFAS entlastet die Kantone, während die Ausgaben für Pflegeheimbewohner:innen und die Prämienzahler:innen weiter steigen.

5. Warum ist unsere öffentliche Gesundheitsversorgung in Gefahr?

Die Revision des KVG (EFAS) ermöglicht es den Krankenkassen, sich in der gemeinsamen Einrichtung des KVG zu organisieren, einer Einrichtung, die die von den Kantonen bezahlten, rund 13 Milliarden und die rund 38 Milliarden aus unseren Prämien verwalten kann.

In den kommenden Jahren dürften die demografische Alterung und die steigende bzw. stark steigende Zahl von Demenzfällen im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen. Einer Politik, die von öffentlichen, demokratischen und transparenten Stellen koordiniert werden muss, die Zugang zu den notwendigen Informationen haben müssen.

EFAS überträgt den Versicherern die Verwaltung der öffentlichen Gelder, sowie de facto die Steuerung der Langzeitpflege. Die Krankenkassen befinden sich jedoch in einem ständigen Interessenkonflikt, da sie neben der obligatorischen Grundversicherung auch Zusatzversicherungspolicen verkaufen.

6. Warum wird die KVG-Revision EFAS die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verschlechtern?

Im Gegensatz zu gewinnorientierten privaten Einrichtungen müssen, die von den Kantonen finanzierten, öffentlichen Krankenhäuser, Pflegeheime und Spitex-Organisationen alle Menschen ohne Diskriminierung aufnehmen. Heute wird häufig festgestellt, dass die Finanzierung die tatsächlichen Betreuungskosten nicht deckt, z. B. wenn das Patientengut aus komplexen Fällen besteht, die eine umfangreiche Pflege erfordern. Da die Personalkosten der grösste Kostenfaktor sind, geraten bei gekürzten oder eingefrorenen Budgets die Personalausstattung (die Anzahl der Beschäftigten), die Löhne und die Arbeitsbedingungen unter Druck. Diese Finanzierungslücke wird mit EFAS nicht mehr von den Kantonen ausgeglichen, da deren Beteiligung im Gesetz strikt auf 26,9 % festgelegt wird. Es wird nicht mehr möglich sein, durch die politische Debatte in den Kantonen zusätzliche Beträge zu erhalten, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten und gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal zu gewährleisten.

8. Warum verschlechtert sich die Qualität der Pflege mit EFAS?

Wenn die Krankenversicherungsprämien steigen, nimmt der Kostendruck im Gesundheitswesen zu. Die Personalausgaben - der grösste Kostenfaktor in den Gesundheitseinrichtungen - stehen unter Druck. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt zu Personalmangel und zu weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten, sowie für die Bewohnerinnen und Bewohner. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität sind zwei Seiten derselben Medaille. Noch gravierender ist die Situation in den Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege: Wie soll eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden, wenn es keine kantonale Garantie mehr gibt, die alle Kosten deckt?

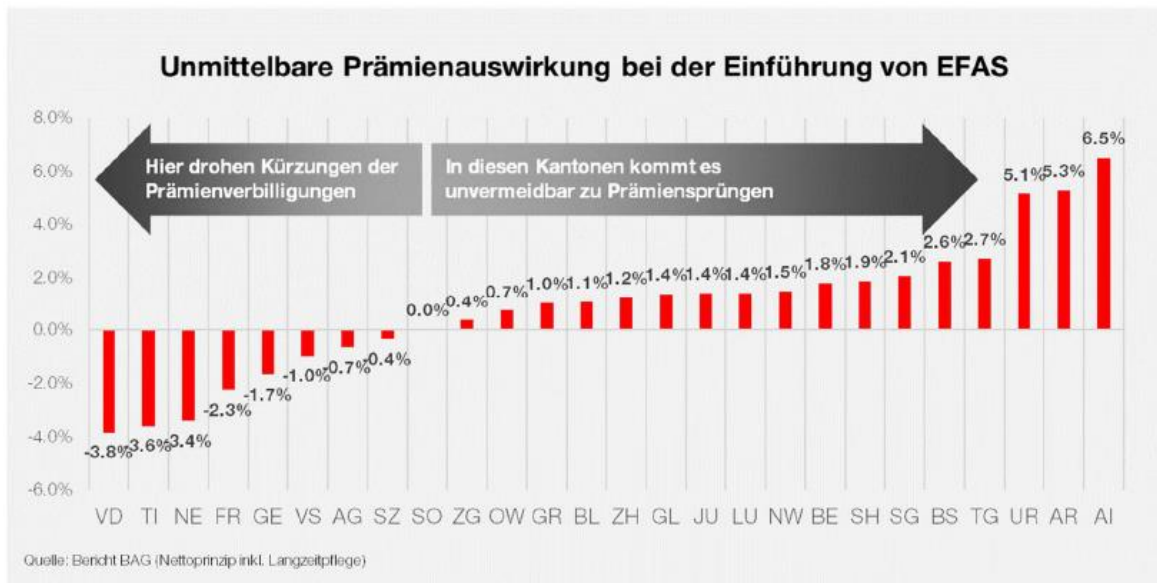
8. Warum werden die Prämien mit EFAS steigen?

EFAS legt den kantonalen Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben auf 26,9% fest. Diese Zahl bedeutet, dass die Kantone ihre steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben blockieren können.

Im Bereich der Pflegeheime und der häuslichen Pflege werden die Kantone nicht mehr die Verantwortung tragen, die sie derzeit haben: Sie müssen auf die eine oder andere Weise die Restrechnung decken, die aufgrund mehrerer Faktoren (u. a. demografische Alterung, Zunahme der Demenzfälle) steigen dürfte. Es ist bereits bekannt, dass die Ausgaben für Pflegeheime und häusliche Pflege steigen müssen, um eine qualitativ hochwertige und ausreichende Versorgung der älteren Menschen zu gewährleisten. Wenn die Kantone diese nicht ausreichend finanzieren, werden die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler zur Kasse gebeten.

Bekanntlich können wir uns auf langfristige Prognosen über das Prämienniveau kaum verlassen? Trotz dieser Ungewissheit lenkt der auf nationaler Ebene beschlossene Verteilungsschlüssel deutlich in Richtung steigende Prämien. In einem Interview mit der Tribune de Genève vom 10. September 2023 stellt die Direktorin von SantéSuisse fest, dass „sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes [EFAS] die Kassen auch die Langzeitpflege zu drei Vierteln finanzieren müssen - jene in den Pflegeheimen und die Pflege zu Hause. Dies bereitet uns Sorgen, da die Kostendynamik in diesen Bereichen extrem ist. Ausserdem ist geplant, die Tarife zu überprüfen, was sie weiter erhöhen könnte.“

Mit EFAS werden in 17 Kantonen die Prämien bei der Umsetzung des neuen Finanzierungsschlüssels steigen:



10. Warum muss diese Revision von den Frauen abgelehnt werden?

Die Revision des KVG, EFAS, die den Versicherern mehr Macht gibt, ebnet den Weg für eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in einem Sektor, in dem besonders viele Frauen arbeiten. Ein Sektor, in dem die Löhne historisch niedrig sind, selbst für die am besten qualifizierten Frauen. Im Jahr 2023 veröffentlichte HES Suisse, der Dachverband der Hochschulabsolventinnen und -absolventen, eine Studie über die Löhne von Fachkräften mit einem Studium auf Fachhochschulniveau. Die Gesundheitsbranche bildet das Schlusslicht. Während das Ausbildungsniveau gleich hoch ist, liegt der Medianlohn für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen um 26 % niedriger als im Finanz- und Versicherungswesen, den beiden am besten bezahlten Branchen!

Die Revision wird den gewinnorientierten Privatsektor begünstigen, indem die Revision die Finanzierung der Kantone im öffentlichen Sektor reduziert, verringert sie auch die Fähigkeit der Kantone, einzugreifen und die Arbeitgeber zu verpflichten, Arbeits- und Lohnbedingungen zu gewährleisten, die mindestens gleichwertig mit den kantonalen Regelungen und Gesetzen sind.

Mit EFAS entledigt sich der öffentliche Dienst der Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeheime und der häuslichen Pflege. Die Desinvestition eines Sektors, der ältere, meist pflegebedürftige Menschen pflegt und betreut, bedeutet, sich einmal mehr auf die Frauen zu verlassen, die unentgeltlich einen immensen Teil der Pflegearbeit für die Angehörigen übernehmen, oft unter Gefährdung ihrer eigenen Gesundheit. Wenn die öffentlichen Dienste versagen, sind es überwiegend Frauen, die die Arbeit übernehmen.

Indem man die Pflegeheime und die häusliche Pflege den Versicherern, ihrer Rentabilitätslogik und ihren ständigen Interessenkonflikten zwischen Grundversicherung und ihren lukrativen Zusatzversicherungen überlässt, gefährdet man die Lebensbedingungen der älteren Menschen, die in Pflegeheimen und zu Hause betreut werden. Wie die Erfahrungen

in Frankreich, insbesondere die Untersuchung des Unternehmens ORPEA, zeigen, setzt die Übertragung des Gesundheitssektors, insbesondere der Altenpflege, an den gewinnorientierten Privatsektor die Bewohner und damit die älteren Frauen im besten Fall einer schlechteren Pflege und Betreuung, im schlimmsten Fall einer institutionellen Misshandlung aus