



Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen

Stand: 27. August 2024

1. Was ist die «einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen»?

Heute werden ambulante Leistungen ausschliesslich von den Krankenversicherern finanziert, während stationäre Leistungen (d. h. Spitalaufenthalt mit mindestens einer Übernachtung) von den Versicherern und den Kantonen gemeinsam übernommen werden: Die Kantone – und damit die Steuerpflichtigen – tragen mindestens 55 Prozent und die Versicherer – und damit die Prämienzahlenden – die verbleibenden 45 Prozent der Kosten.

Für Pflegeleistungen in Pflegeheimen und zu Hause leisten die Versicherer wie auch die Patientinnen und Patienten begrenzte Kostenbeiträge. Die Höhe dieser Beiträge wird vom Bundesrat festgelegt. Die Kantone sind für die Restfinanzierung zuständig.

Mit der einheitlichen Finanzierung werden diese drei Finanzierungssysteme durch ein einziges ersetzt. **Alle Leistungen der Krankenversicherung – ob stationär, ambulant oder im Pflegebereich – werden nach demselben Verteilschlüssel von den Kantonen und den Versicherern finanziert:** zu mindestens 26,9 Prozent der Nettokosten (also nach Abzug der Franchise und des Selbstbehalts der Versicherten) von den Kantonen und zu höchstens 73,1 Prozent von den Versicherern.

So hängt die Finanzierung nicht mehr von der Leistungsart (ambulant / stationär / Pflegebereich) ab. Für Pflegeleistungen entrichten die Patientinnen und Patienten weiterhin einen begrenzten Kostenbeitrag, der wie bis anhin vom Bundesrat festgesetzt wird.

2. Warum gibt es diese Reform?

Das Hauptziel dieser Reform ist die Förderung der koordinierten Versorgung über die ganze Behandlungskette und von ambulanten statt stationären Leistungen. Gleichzeitig sollen Gesundheitsleistungen für die Prämienzahlenden erschwinglicher werden und verschiedene, durch die unterschiedliche Finanzierung entstandene Fehlanreize wegfallen.

1: Heute verleiten die Finanzierungsunterschiede die verschiedenen Akteure dazu, nur ihre eigenen Interessen statt das Gesamtbild im Blick zu haben. So geben die Versicherer beispielsweise ambulante Leistungen, die meist kostengünstiger sind als stationäre Behandlungen, nur zögerlich den Vorzug, da die Kantone mehr als die Hälfte der Kosten von Spitalaufenthalten tragen. **Die einheitliche Finanzierung sollte die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich beschleunigen und so zur Kostendämpfung beitragen.**

2: In den letzten zehn Jahren war der prozentuale Anstieg der von den Versicherern übernommenen Kosten – und damit der Prämienanstieg – deutlich höher als die Zunahme der von den Kantonen getragenen Kosten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dennoch eine Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich erfolgte und das daraus resultierende Wachstum der ambulanten Leistungen vollständig von der Krankenversicherung finanziert wird. **Die einheitliche Finanzierung beendet diese Kostenverschiebung zulasten der Prämienzahlenden.**

3: Die mangelhafte Koordination zwischen den Leistungserbringern führt zu überflüssigen Leistungen (doppelt vorgenommene oder unangemessene Untersuchungen und Behandlungen, unnötige Arztbesuche) und damit auch zu unnötigen Kosten. Da die Koordinationskosten vor allem im ambulanten Bereich anfallen, die Einsparungen aber häufig im stationären Bereich (vermiedener Spitalaufenthalt) oder im Pflegebereich (späterer Heimeintritt) erzielt werden, bestehen mit dem aktuellen Finanzierungssystem für die Versicherer weniger Anreize, die Koordination besonders zu fördern und für die Leistungserbringer attraktiver zu vergüten. **Mit der einheitlichen Finanzierung wird die Koordination in der Gesundheitsversorgung verstärkt.** Das daraus entstehende Sparpotenzial könnte bis zu 440 Millionen Franken pro Jahr betragen.

3. Was ändert sich für Versicherte, Patientinnen und Patienten?

Für die Patientinnen und Patienten und die Versicherten ändert sich einerseits wenig. Die an die Patientinnen und Patienten gerichteten Rechnungen der Leistungserbringer müssen wie bisher an die Versicherer weitergeleitet werden, welche die Kosten nach Abzug der Kostenbeteiligung erstatten. Die Kostenbeteiligung setzt sich wie heute aus der gewählten Franchise und einem Selbstbehalt von 10 Prozent bis zu einem Höchstbetrag von 700 Franken pro Jahr zusammen. Die maximale Kostenbeteiligung bleibt also unverändert. Für Pflegeleistungen bezahlen die Pflegebedürftigen weiterhin einen Beitrag an die Kosten. Die Höhe des Beitrags wird wie heute vom Bundesrat festgelegt. Der Bundesrat muss den Beitrag in derselben Höhe festlegen wie heute und darf den Beitrag während mindestens vier Jahren nicht erhöhen.

Andererseits soll die einheitliche Finanzierung die Qualität der Versorgung für die Patientinnen und Patienten verbessern und die Prämienzahlenden finanziell entlasten. Mit einer verbesserten Koordination der Versorgung sollten die Patientinnen und Patienten bedarfsgerechtere Behandlungen erhalten, Gesundheitsprobleme sollten früher erkannt werden und die Zahl der Spitalaufenthalte sollte sinken. Zudem dürften die Prämien im Rahmen der einheitlichen Finanzierung tiefer sein als bei einer Weiterführung des Status quo (vgl. Frage 4).

4. Wie wirkt sich das auf die Prämienentwicklung aus?

In den letzten zehn Jahren war der prozentuale Anstieg der von den Versicherern übernommenen Kosten – und damit der Prämienanstieg – deutlich höher als die Zunahme der von den Kantonen getragenen Kosten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Kantone nicht an den stark wachsenden Kosten der ambulanten Leistungen (mit Ausnahme der Pflege) beteiligen, sondern nur an den schwächer steigenden Kosten der stationären Leistungen. Somit hat eine Verschiebung von der Steuer- zur Prämienfinanzierung stattgefunden. Die einheitliche Finanzierung setzt dieser Kostenverschiebung zulasten der Prämienzahlenden ein Ende. Die Kantone beteiligen sich auch an den stark wachsenden ambulanten Kosten. Zwar müssen sich die Prämienzahlenden mit der einheitlichen Finanzierung etwas stärker an den ebenfalls stark wachsenden Pflegekosten beteiligen. Diese machen aber im Vergleich zu den ambulanten Leistungen ein viermal kleineres Kostenvolumen aus. Deshalb ist aus Prämien­sicht viel bedeutsamer, dass sich die Kantone neu auch an den ambulanten Leistungen beteiligen. Unter dem Strich dürften die Prämien im Rahmen der einheitlichen Finanzierung deutlich tiefer sein als die bei einer Weiterführung des bisherigen Systems erwarteten Prämien. Dies gilt auch, wenn die Kosten des demografischen Wandels und der Umsetzung der Pflegeinitiative berücksichtigt werden.

5. Was ändert sich für die Kantone?

Die Kompetenzen der Kantone werden im ambulanten Bereich ausgeweitet und bleiben im stationären Bereich unverändert.

Im stationären Bereich: Die Kantone behalten ihre aktuellen Kompetenzen. Sie sind weiterhin für die Spitalplanung zuständig, können ein Globalbudget festlegen, wenn sie das für angebracht erachten, erhalten die Originalrechnungen für stationäre Leistungen und können diese prüfen. Zudem müssen sie weiterhin keine Leistungen von Vertragsspitälern, also Spitälern ohne kantonalen Leistungsauftrag, finanzieren.

Im ambulanten Bereich: Die Kantone erhalten verschiedene neue Instrumente, um das Angebot und die Kosten in diesem Bereich zu steuern. Sie wirken in der Tariforganisation für ärztlich-ambulante Leistungen sowie in der neuen Tariforganisation für Pflegeleistungen mit. Sie können auch für alle ambulanten Leistungserbringer die Zulassungen in einer bestimmten Kategorie von Leistungserbringern beschränken, wenn das Kostenwachstum oder -niveau in dieser Kategorie über dem schweizerischen Durchschnitt liegt.

Die **Kantonsbeiträge** werden aufgrund der von den Versicherern effektiv übernommenen Kosten (abzüglich Franchisen und Kostenbeteiligungen) für die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) berechnet. Die Kantone entrichten ihre Beiträge an einen neuen spezialisierten Ausschuss der aktuellen Gemeinsamen Einrichtung KVG, in dem sie vertreten sind. Die Kantonsbeiträge werden dann aufgrund der effektiven Leistungskosten auf die einzelnen Versicherer verteilt. Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ist gemessen am Zeitraum 2016–2019 für alle Kantone zusammen kostenneutral.

6. Was ändert sich für die Versicherer?

Mit der einheitlichen Finanzierung übernehmen die Versicherer die gesamte Vergütung der Leistungserbringer, einschliesslich der Kantonsbeiträge. Diese Kantonsbeiträge erhalten sie in einem zweiten Schritt über die Gemeinsame Einrichtung KVG zurück.

Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung ist gemessen am Zeitraum 2016–2019 für alle Versicherer zusammen kostenneutral.

Bei den Pflegeleistungen handeln die Versicherer künftig die Tarife mit den Leistungserbringern aus. Für sie besteht ein grösserer Anreiz, in die Schaffung von Versicherungsmodellen, die eine koordinierte Versorgung begünstigen, zu investieren und die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich vermehrt zu fördern.

Ansonsten bleibt die Rolle der Versicherer weitgehend unverändert. Im Rahmen der einheitlichen Finanzierung sind keine zusätzlichen Kompetenzen für sie vorgesehen. Sie müssen weiterhin die Kostenübernahme für die auf Bundesebene definierten Leistungen gewährleisten und für die Einhaltung der Grundsätze Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sorgen. Die Anpassung ihres Finanzierungsanteils (Erhöhung im stationären und pflegerischen Bereich und Senkung im ambulanten Bereich) bedeutet keine Änderung ihrer Kompetenzen.

7. Was ändert sich für die Leistungserbringer und das Gesundheitspersonal?

Für die meisten Leistungserbringer ändert sich wenig. Sie erbringen weiterhin die versicherten Leistungen und werden nach den Tarifen entschädigt, die sie mit den Versicherern aushandeln. Wie bisher schicken sie ihre Rechnungen entweder an die Versicherten oder direkt an die Versicherer.

Dennoch bringt die einheitliche Finanzierung auch gewisse Änderungen mit sich: Die Versicherer erhalten künftig mehr Anreize, die ambulante Leistungserbringung sowie die Koordination zu fördern. Davon könnten insbesondere der ambulante Spitalbereich, die koordinierten Versorgungsnetze sowie die Hausärztinnen und Hausärzte profitieren. Werden zudem durch eine Verlagerung in den ambulanten Bereich und durch eine bessere Koordination stationäre Behandlungen vermieden oder Eintritte in Pflegeheime hinausgeschoben, könnte dies Pflegepersonal für die Langzeitpflege freigeben und so den Personalmangel etwas lindern.

Die bedeutendsten Änderungen gibt es im Bereich der Langzeitpflege. Heute legen die Kantone die Restfinanzierung fest, ohne notwendigerweise die Leistungserbringer anhören zu müssen. Die Überprüfung der aktuellen Pflegefinanzierung hat gezeigt, dass die Restfinanzierung als teilweise unzureichend erachtet wird. Mit der einheitlichen Finanzierung sollen die Tarife für Pflegeleistungen die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken. Die Leistungserbringer, einschliesslich der freiberuflichen Pflegefachpersonen, sind in der für die Tarifstruktur zuständigen Tariforganisation vertreten, und die Leistungserbringer können mit den Versicherern Tarife aushandeln und diese dem Kanton zur Genehmigung vorlegen. Dies dürfte die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal verbessern.

8. Wer bezahlt künftig die Langzeitpflege in Pflegeheimen und die Pflege und Hilfe zu Hause?

Heute: Die Pflegeleistungen werden von der Krankenversicherung (vom Bundesrat festgelegter, begrenzter Beitrag der OKP), von den Kantonen (Restfinanzierung) und von den Versicherten selbst (ebenfalls vom Bundesrat festgelegter, begrenzter Beitrag der Patientinnen und Patienten) finanziert. Jeder Kanton ist selbst für die Restfinanzierung verantwortlich und kann diese nach eigenem Ermessen gestalten, weshalb die kantonalen Regelungen sehr vielfältig sind.

Mit der einheitlichen Finanzierung: Ab 2032 werden die Pflegeleistungen ebenfalls nach dem neuen Verteilschlüssel finanziert. Für die Vergütung der Pflegeleistungen in Pflegeheimen und zu Hause erarbeiten Leistungserbringer, Versicherer und Kantone zusammen eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur. Dieses neue System zur Vergütung von Pflegeleistungen muss die Anforderungen des KVG erfüllen. Die Tarife müssen insbesondere die Kosten einer effizienten Leistungserbringung decken. Dies dürfte die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal verbessern.

Der Beitrag der Patientinnen und Patienten an die Pflegeleistungskosten wird beibehalten. Wie bisher liegt es in der Kompetenz des Bundesrates, die Höhe dieses Beitrags festzulegen und anzupassen. In den ersten vier Jahren nach dem Einbezug der Pflegeleistungen in die einheitliche Finanzierung darf der aktuelle Beitrag jedoch nicht erhöht werden.