Sachdokumentation:

Signatur: DS 1864

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/1864

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.

FDP
Die Liberalen

FDP.Die Liberalen
Generalsekretariat
Neuengasse 20
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 320 35 35
www.fdp.ch
info@fdp.ch
/fdp.dieliberalen
@FDP_Liberalen

Verabschiedet durch die Parteipräsidentenkonferenz (PPK) der FDP.Die Liberalen am 28. September 2018

Neuer Schwung für das Schweizer Gesundheitswesen

Dank mehr Qualität, Effizienz und Verantwortung

Das Schweizer Gesundheitswesen bietet eine umfassende Leistungspalette und die Zufriedenheit der Bevölkerung ist hoch. Jedoch gibt es einen Wermutstropfen: Die Kosten zulasten der Grundversicherung laufen aus dem Ruder. Gewisse Faktoren des Kostenanstiegs sind externer Natur, wie beispielsweise die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und der wachsende Wohlstand. Andere Ursachen sind im Gesundheitssystem selber zu finden, denn es bestehen Fehlanreize und Ineffizienzen. Leider gibt es dagegen kein Wundermittel. Und weder die Verstaatlichung des Systems noch eine künstliche Ausgabenobergrenze liefern eine befriedigende Antwort auf den Kostenanstieg. Um die stetig steigende Kostenbeteiligung der Allgemeinheit (über Grundversicherung und Steuern) zu dämpfen, braucht es eine Rückbesinnung auf den Kernbereich der Solidarität: Eine finanzielle Hilfe, wenn die Patientinnen und Patienten ihre Kosten für die grundlegenden Gesundheitsleistungen selber nicht mehr tragen können. Alle müssen ihren Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Die FDP will ein hochwertiges Gesundheitswesen, in welchem die Wahlfreiheit gewährleistet ist, und dessen Kosten wir im Griff haben. Seine Finanzierung muss nachhaltig sein und alle Akteure müssen ihre Verantwortung übernehmen.

Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen wird für politische Zwecke instrumentalisiert. Einerseits verlangt die Linke eine Verstaatlichung des Systems und dessen ausschliessliche Finanzierung über Steuern. Gekoppelt mit einem massiven Ausbau des Leistungskatalogs stellt dieser irreführende Vorschlag einen groben Missbrauch des Solidaritätsprinzips dar und würde die Ineffizienzen im System noch verschärfen. Von anderer Seite wird der Bevölkerung die Ausgabenobergrenze – auch bekannt als Globalbudget – als Wundermittel verkauft. Die Umsetzung dieser Massnahme würde jedoch zu einem kompletten Stopp der Leistungen für die Patientinnen und Patienten führen, sobald das Budget aufgebraucht ist. Das können wir nicht tolerieren. Anstatt extreme Forderungen zu präsentieren, schlägt die FDP einen pragmatischen aber wirkungsvollen Weg vor: Erstens sollen mehr Wahlfreiheit für die Patienten und mehr Transparenz bei den Leistungen zu mehr Qualität führen. Zweitens müssen strukturelle Ineffizienzen und Fehlanreize, wie bspw. bei der Finanzierung und der Tarifierung, beseitigt werden. Drittens muss die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens sichergestellt werden, indem die Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle spielen und neue Finanzierungsmodelle zustande kommen.

1. Qualität dank Wahlfreiheit und Transparenz

Die Qualität der medizinischen Leistungen zwischen den verschiedenen Gesundheitszentren und Leistungserbringern unterscheidet sich je nach Standort. Heute erweist es sich für die Patienten jedoch als schwierig, diese unterschiedlichen Qualitätsniveaus zu beurteilen. Darum braucht es mehr Transparenz. Ist diese erst einmal gewährleistet, werden sich die Wahlfreiheit der Patienten und die Qualität der Leistungen gegenseitig verstärken.

Forderungen:

› **Qualitäts- und Effizienzindikatoren.** Eine empirische evidenzbasierende Medizin soll als Grundlage für die von unabhängigen Einrichtungen durchgeführten Beurteilungen der Leistungserbringer und Vergleichsstudien zwischen den Gesundheitszentren dienen. Die Ergebnisse solcher Erhebungen sollen für die Patienten einsehbar sein. Es müssen rechtliche Grundlagen geschaffen werden, um die Datenübertragung zwischen Leistungserbringern,

FDP.Die Liberalen
Generalsekretariat
Neuengasse 20
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 320 35 35
www.fdp.ch
info@fdp.ch
/fdp.dieliberalen
@FDP_Liberalen

Gesundheitszentren und den unabhängigen Einrichtungen zu ermöglichen. Dank dieser zusätzlichen Transparenz kann der Versicherte frei und in voller Kenntnis der Sache entscheiden. Qualität und Effizienz werden sich somit für die Leistungserbringer lohnen.

- **Potential der Digitalisierung nutzen.** Die Digitalisierung sowie moderne Technologien bieten ein enormes Verbesserungs- und Sparpotential für unser Gesundheitswesen. Ein gutes Beispiel ist das teilweise eingeführte elektronische Patientendossier. Seine zahlreichen medizinischen und administrativen Vorteile sind bestens bekannt. Ein weiteres, vielversprechendes Instrument ist die Telemedizin: Telekonsultationen und Teleoperationen könnten in den kommenden Jahren die Medizin revolutionieren. Es müssen weitere Anreize (bspw. neue Versicherungsmodelle) geschaffen werden, um die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu beschleunigen und zu verstärken. Hemmnisse, insbesondere was den Datenschutz anbelangt, sind systematisch zu beseitigen. Auch die immer noch umfangreiche und papierlastige Administration zwischen Krankenkassen, Ärzten und Versicherten soll wo immer möglich durch digitale Zustellwege ersetzt werden. Auch soll die Transparenz für die Versicherten gefördert werden, indem Abrechnungen und Kosten- wie Leistungsübersicht digital zugänglich sind. Den Akteuren im Gesundheitssektor muss zudem mehr Flexibilität gewährt werden, um innovative Pilotprojekte zu ermöglichen. Der gesetzliche Rahmen muss aber sicherstellen, dass diese Projekte nicht in irreversiblen Situationen münden (wie etwa einer Einheitskasse auf kantonaler Ebene).

- **Wahlfreiheit für die Versicherten.** Damit die Versicherten von einer grösseren Wahlfreiheit profitieren können, braucht es auch mehr Angebotsfreiheit für die Versicherer. Versicherungsmodelle, die eine begrenzte Anzahl an Ärzten und Krankenhäusern von geprüfter Qualität umfassen, sollen einfacher angeboten werden können. Um die finanzielle Attraktivität von diesen Angeboten zu erhöhen, muss die Prämienhöhe die effektiven Kosten genau wiederspiegeln. Die Verträge können mehrere Jahre abdecken. Die Versicherten, die ohne Einschränkung von den gesamten Leistungen profitieren wollen, dürfen dies selbstverständlich weiterhin tun.

- **Langfristige, gestaffelte Aufhebung des Territorialitätsprinzips**. Das Territorialitätsprinzip soll für medizinisches Material, Arzneimittel und Pflegeleistungen stufenweise aufgehoben werden. Dies gilt insbesondere für Anbieter aus der EU. Es gibt keinen Grund dafür, dass der wirtschaftliche Integrationsprozess mit der EU den Gesundheitssektor nicht umfasst. Laut den Kriterien des KVG werden wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen erstattet. Ob sie im Inland oder Ausland angeboten werden, sollte nicht entscheidend sein. Es müssen jedoch klare Rahmenbedingungen festgelegt werden, vor allem was die Qualität und Marktsituation (bspw. Medikamentenversorgung) betrifft und jeder Schritt soll begleitend evaluiert werden. Als eine der ersten Bereiche könnte die Rehabilitation im nahen Ausland ermöglicht werden. Der Wettstreit mit Akteuren mit Sitz im Ausland muss mit gleich langen Spiessen erfolgen. So kann der Wettbewerb insgesamt gefördert und die Zunahme der Leistungserbringer und Gesundheitszentren gebremst werden.

- **Bedarfsorientierte Bildung.** Die Berufs- und Weiterbildung sowie das akademische Angebot im medizinischen Bereich müssen den praktischen Anforderungen des Arbeitsmarktes und der Patienten besser entsprechen. Unser duales Bildungssystem hat sich bewährt. Der Austausch unter den verschiedenen Fachkräften im Gesundheitsbereich, sowie gegenüber den Patienten muss verstärkt werden, um hochwertige Leistungen zu gewährleisten. Auch in der Volksschule sollte die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden, um so unnötige und teure Gesundheitsleistungen zu verhindern.

2. Kostenanstieg dämpfen

Es gibt viele strukturelle Probleme im Gesundheitswesen. Fehlanreize verursachen ein Mengenwachstum der Leistungen und unverhältnismässige Investitionen in überdimensionierte Infrastrukturen. Die Verantwortlichkeiten zwischen den betroffenen Akteuren sind in vielen Fällen unklar oder sogar widersprüchlich. Zudem führen die heutigen Finanzierung- und Tarifierungssysteme zu weiteren Fehlanreizen und sind darum zu optimieren. Gleichzeitig muss der Fokus auf der Prävention

FDP
Die Liberalen

FDP.Die Liberalen
Generalsekretariat
Neuengasse 20
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 320 35 35
www.fdp.ch
info@fdp.ch
/fdp.dieliberalen
@FDP_Liberalen

und Gesundheitsförderung liegen. Die folgenden Massnahmen sollen es ermöglichen, das Kostenwachstum zu dämpfen.

Forderungen:

› **Rolle der Kantone neu definieren und einheitliche Finanzierung einführen.** Heute sind die Kantone gleichzeitig Regulator, Leistungsanbieter und Geldgeber. Interessenkonflikte sind vorprogrammiert. Die undurchsichtige Finanzierung der Kantonsspitäler ist sinnbildlich dafür. Dem Wettrüsten muss ein Riegel geschoben werden: Gegenwärtig gibt es in unserem Land total 70 Investitionsprojekte mit einem Gesamtvolumen von 14 Mia. CHF[1]. Es braucht mehr Transparenz bzgl. den Geldflüssen. Um dieses Problem zu beheben, müssen sich die Kantone wieder auf ihre Hauptaufgabe fokussieren: Definition, Zuteilung und Überprüfung der Umsetzung des Leistungsauftrags. Gleichzeitig muss ihr Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitskosten erhalten bleiben, um einen starken Prämienanstieg zu verhindern: 2016 betrugen die Gesamtgesundheitskosten rund CHF 803.- pro Person und Monat[2]. Dieser Betrag ist deutlich höher als die monatlichen Prämien. Der medizinische Fortschritt wird vermehrt zu einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich führen. Anreize bei der Finanzierung sollen dies berücksichtigen und der Transfer von stationären zu ambulanten Behandlungen soll gefördert werden (vgl. Kasten unten). In Absprache mit den Kantonen muss dies zusammen mit der Einführung einer einheitlichen Finanzierung beider Bereiche geschehen. Um das Gleichgewicht dieses neuen Finanzierungsmodells zu gewährleisten, müssen die Tarife harmonisiert und analog zum stationären Bereich müssen Pauschalpreise im ambulanten Bereich eingeführt werden. Der Übergang zu einem neuen Modell muss dadurch gefördert werden, dass den Kantonen bestimmte Steuerungsmechanismen zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren müssen die Tarifsysteme zwischen den beiden Bereichen vereinheitlicht werden.

> *Transfer von stationär zu ambulant und einheitliche Finanzierung*
> *Eine ähnliche Leistung ist im stationären Bereich teurer als im ambulanten – nämlich, wenn die Patientin oder der Patient mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbringt. Daher ist ein Transfer vom stationären zum ambulanten Bereich erwünscht. Die Kosten von stationären Behandlungen werden zwischen den Kantonen (55%) und den Krankenversicherern (45%) aufgeteilt. Hingegen werden die Kosten einer ambulanten Leistung ausschliesslich von den Krankenversicherungen bezahlt. Eine Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen ohne Neugestaltung der Finanzierung würde zu einer massiven Prämienerhöhung führen. Aus diesem Grund kann die Verlagerung nur parallel zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung umgesetzt werden. Unter einer «einheitlichen Finanzierung» wird verstanden, dass Kantone und Versicherer die Finanzierung von stationären und ambulanten Sektoren zu gleichen Teilen tragen.*

› **Mengenwachstum der Leistungen dämpfen.** Es besteht eine starke Korrelation zwischen der Leistungserbringerdichte und der Höhe der Prämien. Diese angebotsinduzierte Nachfrage muss bekämpft werden. Die Tarifpartner prüfen regelmässig die Mengen und Kosten der Leistungen, wobei Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien als Grundlage für diese Prüfungen dienen. Die evidenzbasierte Medizin muss priorisiert werden. Sollten ungewöhnliche oder ungerechtfertigte Mengen- oder Kostenerhöhungen festgestellt werden, sollen sie bekannt gemacht werden. Die Vertragspartner und Überwachungsbehörden sind dann dazu aufgerufen, erforderliche Massnahmen zu ergreifen. Falls nichts unternommen wird, kann der Vertrag zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer gekündigt werden. Das führt im Endeffekt zu einem auf Qualität und Effizienz basierenden Wettbewerb, der ein staatliches Moratorium der Ärzte überflüssig macht.

› **Regelmässige Anpassung der Tarife.** Die Tarifstruktur muss in regelmässigen Abständen angepasst werden. Das Vetorecht der Tarifpartner muss abgeschafft werden, um die Verfahren zur Anpassung der Tarifstruktur zu beschleunigen. Eine Motion der FDP-Liberale Fraktion im Sinne dieser Forderung wurde im Parlament angenommen (17.3607). Für die Tarifierung der

[1] Medinside, Oktober 2016
[2] Bundesamt für Statistik, 19.04.2018

FDP.Die Liberalen
Generalsekretariat
Neuengasse 20
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 320 35 35
www.fdp.ch
info@fdp.ch
/fdp.dieliberalen
@FDP_Liberalen

Leistungserbringer im ambulanten Bereich muss ein Fallpauschal- oder ein Stundentarifsystem eingeführt werden.

› **Präventivmedizin.** Wer von einem gesunden Lebensstil am meisten profitiert, sind die Menschen selbst. Und wer einen gesunden Lebensstil führt, bezahlt weniger für die Erhaltung der Gesundheit. Deshalb ist die Prävention von grosser Relevanz. Ein Mix zwischen öffentlicher Prävention und Eigenverantwortung muss gefördert werden. Beispielsweise ist dies im Bereich der Zahnmedizin bereits heute der Fall.

3. Nachhaltige Finanzierung braucht Verantwortungsbewusstsein aller

Um eine nachhaltige Finanzierung unseres Gesundheitswesens zu gewährleisten, müssen die Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle einnehmen. Alle Akteure müssen ihre Verantwortung übernehmen. Dafür ist eine verstärkte Beteiligung der Patienten an medizinischen Entscheidungen nötig. Zudem muss die direkte Kostenbeteiligung der Patienten auf einem stabilen Niveau bleiben. Dieses muss hoch genug sein, um das Bewusstsein für die Kosten der eigenen Gesundheit zu verbessern. Mittelfristig sollen neue Instrumente zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens umgesetzt werden.

Forderungen:

› **Patient Empowerment.** Patienten sollen eine aktive Rolle am Entscheidungsprozess bezüglich der Behandlungen wahrnehmen können. Sie sollen ein Mitspracherecht zu den vorgeschlagenen Leistungen haben. Um das Verantwortungsbewusstsein und das Engagement der Patienten zu stärken, muss die medizinische Fachkraft sie darüber informieren, wie hoch die entstehenden Kosten der vorgeschlagenen Leistungen sind. Diese Massnahme wäre für geplante Eingriffe ab einem gewissen (noch festzusetzenden) Betrag zwingend.

› **Erhöhung und Anpassung der Franchisen.** Die Kostenbeteiligung der Allgemeinheit (über Grundversicherung und Steuern) ist seit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über Krankenversicherungen (KVG) 1996 deutlich gestiegen. Diesen Trend gilt es durch eine Erhöhung der Franchisen und deren Anpassung an die Kostenentwicklung zu korrigieren. Hierzu sind von der FDP-Liberalen Fraktion drei Vorstösse (16.3110, 16.3111, 16.3112) eingereicht worden und werden derzeit im Parlament behandelt. Folgende Massnahmen werden vorgeschlagen, um höhere Franchisen möglichst vielen Versicherten zugänglich zu machen:
  - Wir wollen die Möglichkeit bieten, die Franchise als "Zusatzversicherung" zu versichern, was heute verboten ist.
  - Wir wollen die Hinterlegung des Franchisenbeitrags auf ein Konto fördern, namentlich durch steuerliche Massnahmen, genauso wie bei der Mietgarantie.

  Unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten könnten viele Versicherte dank diesen Massnahmen die Prämieneinsparung (oder mindestens einen Teil davon) einsparen, wenn sie sich für eine höhere Franchise entscheiden.

› **Instrumente des 21. Jahrhunderts: „Pflege-„ und dann „Gesundheitskonto“.** Da die Baby-Boomer-Generation nun den Ruhestand erreicht, werden die Gesundheitskosten massiv steigen. Daher muss das Ziel sein, die Finanzierung nachhaltig zu sichern. Dafür braucht es einen Systemwechsel. Neue Instrumente, die ein echtes solidarisches Verhalten fördern und die jüngeren Generationen entlasten, müssen geprüft werden. Analog zur 3. Säule soll mittelfristig ein Konto „Gesundheit“ eingeführt werden. Dieses vererbbare Konto soll nicht obligatorisch, sondern mit Steuervorteilen verbunden sein. Dies wäre eine Alternative zum heutigen stark auf Umverteilung basierenden System. Ein monatlicher Betrag würde auf dieses Konto einbezahlt, um die Kosten harmloser Erkrankungen oder kurzer Krankenhausaufenthalte zu decken. Schwere Eingriffe, chronische Krankheiten und Gesundheitskosten von Bedürftigen wären von einer obligatorischen Versicherung «für Grossrisiken» gedeckt. Dank diesem System würde die Solidarität ihre ursprüngliche Funktion erfüllen und dort zum Tragen kommen, wo sie notwendig ist. Dies

FDP
Die Liberalen

FDP.Die Liberalen
Generalsekretariat
Neuengasse 20
Postfach
CH-3001 Bern

+41 (0)31 320 35 35
www.fdp.ch
info@fdp.ch
/fdp.dieliberalen
@FDP_Liberalen

insbesondere dann, wenn die Kosten für den Einzelnen nicht mehr tragbar sind. Kurzfristiger könnte ein "Pflegekonto" eingeführt werden, damit dieses neues Finanzierungsmodell getestet wird.