

Untervernehmlassung zur «Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2)»

1

Für allfällige Rückfragen: Mario Evangelista, Co-Geschäftsführer SVGR

Geschätzter Vitus

Besten Dank für die Möglichkeit uns hierzu äussern zu können. Als Spitexverband vertreten wir die Interessen unserer Mitglieder und diese sind zwar übergeordnet, aber eher indirekt von den geplanten Änderungen betroffen oder die Änderungen haben keine grosse Veränderung für unsere Mitglieder zur Folge.

Wir erlauben uns deshalb in einem ersten Teil kurz pro geplante Massnahme unsere Grobeinschätzung im Sinne unserer Mitglieder darzulegen und werden dann in einem 2. Teil unsere Sicht zu den Kostenzielen einbringen, die unsere Mitglieder eher berühren würden.

I. Grobeinschätzung pro Massnahme

Im 3-seitigen Kurzbeschrieb wird festgehalten, welche der Massnahmen aus dem Massnahmenpaket 2 zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung mit den vorgesehenen KVG-Änderungen umgesetzt werden sollen.

Es sind dies:

- **M01 – Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP**
Anm. SVGR: Faktisch ein jährlich angepasstes Globalbudget von Bundesbern pro Kanton, mit Empfehlungen an die Kantone, wie die Aufteilung stationär/ambulant aus Sicht Bern vorzunehmen sei; Die Obergrenze für die Kantone ist verbindlich! Zur Wahl steht, ob der Kanton gesetzlich verpflichtet werden soll, dass wenn die Budgetobergrenze überschritten wird, er gegenüber den Tarifpartnern eingreifen muss oder lediglich eine Kannformulierung vorzusehen ist. Die Spitex wäre im Rahmen dieses Globalbudgets betroffen – wir gehen nachfolgend deshalb näher darauf ein.
- **M27 – Erstberatungsstelle**
Anm. SVGR: faktisch Hausarztmodell plus, sprich es gilt einen Hausarzt oder eine Gruppenpraxis oder Telemedizin als Erstberatungsstelle zu wählen –

zwingend für alle, wobei heute schon rund 70% aller Versicherten ein solches Modell gewählt haben. Die Spitex könnte allenfalls als Teil einer solchen neuen Erstberatungsstelle tätig werden, resp. als Teil eines «Netzwerks zur koordinierten Versorgung». In GR gehen wir aber einen etwas anderen Weg, nämlich die Zusammenführung von Spital, Pflegeheimen und Spitex, weshalb diese Massnahme für unsere Mitglieder kaum praktischen Einfluss haben dürfte. Wir äussern uns deshalb nicht weiter dazu.

- **M10 – Netzwerke zur koordinierten Versorgung**

Anm. SVGR: Soll als neuer Leistungserbringer nach KVG mit Abrechnungsmöglichkeit aller Leistungen der einzelnen Bereiche (z.B. Hausarzt, Spitex) vorgesehen werden. Ziel ist es, dass eine möglichst grosse Abdeckung der Versorgungskette erzielt werden kann. Wie bereits zu M27 festgehalten, wird in GR eine andere integrierte Versorgung angestrebt (stationär und ambulant und nicht primär ambulant) und sind somit kaum betroffen, solange auch Hausärzte als Erstberatungsstellen zugelassen sind und unsere kantonal angestrebte Versorgungsstruktur nicht behindert wird. Deshalb keine vertiefte Auseinandersetzung mit M10 im Sinne der Spitexorganisationen.

- **M10 – Programme der Patientenversorgung**

Anm. SVGR: Im Rahmen ärztlich geleiteter Programme zur Patientenversorgung können die Tarifpartner Behandlungspläne vereinbaren, wonach ansonsten ärztliche Leistungen durch nicht-ärztliche Leistungserbringer innerhalb eines Netzwerks zur koordinierten Versorgung übernehmen können, namentlich Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen. Im Sinne von WZW würde dies in letzter Konsequenz bedeuten, dass wenn eine Delegation einer Leistung an einen günstigeren Leistungserbringer möglich ist, dies gar zwingend erfolgen müsste. Alle uns bekannten bisherigen Versuche Patientenpfade im Sinne einer «integrierten Versorgung pro Patient/Diagnose» über mehrere Leistungserbringer hinweg mit den Versicherern zu verhandeln und Tarife dafür zu finden, fanden nicht den Weg aus der Pilotphase heraus. Die hier skizzierten neuen Rahmenbedingungen dafür erscheinen uns wenig praktikabel und berücksichtigen die Gesamtstruktur des KVG unseres Erachtens nicht, weshalb wir die Umsetzbarkeit stark in Frage stellen. Unsere Mitglieder könnten im Einzelfall betroffen sein, sollte diese neue Möglichkeit eröffnet werden, sofern sich Ärzte finden lassen, die sich um solche Programme der Patientenversorgung im skizzierten Sinne bemühen wollten. Es ist aber unseres Erachtens kein primäres Spitex-Thema, weshalb wir uns nicht weiter mit den Details hierzu auseinandersetzen und überlassen dies der Ärzteschaft, die hier direkter betroffen ist.

- **M29 Vorschlag EDI – Differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG und kostengünstige Vergütung**

Anm. SVGR: Der BR soll die Kompetenz erhalten zu definieren, wie und wann die periodische Überprüfung von Leistungen nach WZW erfolgen soll. Im Moment im Fokus stehen hierfür Bemessung von Arzneimitteln, Analysen und MiGeL sowie ärztliche Leistungen (abschliessende Positivlisten?!). Unsere Mitglieder sind hier nur insofern betroffen, als sie Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände anwenden und selten abgeben und sind vorderhand (solange nicht die Wirksamkeit von Pflege an sich in Frage gestellt wird) nicht direkt betroffen. Ganz generell unterstützen wir aber die Absicht eine laufende Überprüfung auf ihre WZW-Tauglichkeit aller Leistungen, die nach KVG anerkannt sind. Es sollte nicht so sein, dass allenfalls durch bessere, effizientere Methoden/Behandlungen ersetzbare Leistungen, dennoch immer noch nach KVG anerkannt und bezahlt werden, so dass durchaus eine veraltete und eine neuere/effizientere Behandlung parallel erbracht und vergütet werden. Hingegen sind wir skeptisch bei der abschliessenden Positivliste für ärztliche Leistungen (bei dem hohen Tempo der Zunahme an medizinischem Wissen und damit einhergehenden neuen Behandlungsmethoden), überlassen aber eine sachkundigere Beurteilung hierzu der Ärzteschaft.

- **Vorschlag EDI – Preismodelle und Rückerstattungen**

Anm. SVGR: Es soll eine neue Bestimmungssystematik für die Preise von Medikamenten und mengenabhängige Rückerstattungen eingeführt werden. Die Systematik scheint prima vista sehr kompliziert zu sein, was vermutlich auch einen grossen administrativen Aufwand zu deren Umsetzung mit sich bringen wird. Wir sind generell gegen jegliche Ausweitung von Administration, die im Endeffekt für die Behandlung am Patienten nichts bringt. Wenn dieses komplizierte Modell dazu beiträgt die Preise richtiger zu gestalten und der dazu erforderliche Aufwand nicht per se zu Mehrkosten führt, haben wir keine Einwände. Es sollten aber immer auch die administrativen Mehrkosten berücksichtigt werden, wenn noch mehr Administration/Messung/Steuerung implementiert werden soll. Auch hier ist im Sinne der Leistung, welche dem Patienten zu Gute kommt auf WZW zu achten.

- **Vorschlag EDI – Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl**

Anm. SVGR: Es soll präziser definiert werden, wie die Kantone Referenztarife für Spitalleistungen zu bestimmen haben. Wir vertreten keine Spitäler und können auch nicht für den Kanton als solchen sprechen, weshalb wir hierzu keine Meinung äussern.

- **Vorschlag EDI – Elektronische Rechnungsübermittlung**
Anm. SVGR: Die Leistungserbringer und Versicherer sollen verpflichtet werden, nach einheitlichen Standards und elektronisch abzurechnen, was die Rechnungsabwicklung und -kontrolle vereinfachen soll. Nach unserem Verständnis wird dies faktisch durch das Forum Datenaustausch bereits bewerkstelligt. Unsere Mitglieder rechnen alle elektronisch ab, weshalb unsere Mitglieder von dieser Verpflichtung nur insofern betroffen sind, als die allfällig neuen Vorgaben nicht dazu führen, dass die erforderlichen Eckwerte für die elektronischen Abrechnungen nicht so verändert werden, dass unnötiger Mehraufwand entsteht.

4

II. Auseinandersetzung mit den Kostenzielen

@Kostenziele = Globalbudget

Der neu vorgesehene 5. Abschnitt im KVG mit dem Titel: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung betrifft unsere Mitglieder als Teil des Gesamtsystems am direktesten, auch wenn das Sparpotenzial bei der Spitex nach den vorliegenden Vernehmlassungs-Unterlagen klein ist und folglich wenig Auswirkungen auf die Spitex zu erwarten sind. Aber dieses Ansinnen eines Globalbudgets – getarnt als «Kostenziele» – widerspricht den geltenden KVG-Grundsätzen und allen bisherigen Volksentscheiden zu Vorlagen, die nur im entferntesten in diese Richtung gingen. Wir sind der Ansicht, dass man sich hierzu vehement zur Wehr setzen muss.

Das KVG sieht für sämtliche anerkannten Leistungen im Sinne von WZW gemäss Art. 43 Abs. 4 KVG eine «betriebswirtschaftliche Bemessung und sachgerechte Struktur der Tarife» vor. Dem kann nicht mehr entsprochen werden, wenn Kostenziele über alle Bestimmungen hinweg über allem stehen und bei Verletzung derselben die zuvor betriebswirtschaftlich und sachgerecht tarifierten Leistungen selbst (Rationierung) oder die Abgeltung für diese Leistungen gekürzt werden (Verletzung von Art. 43 Abs. 4 KVG).

Abgesehen davon gestaltet sich der Aufwand zur Ermittlung von «Kostenzielen» prima vista riesig, ohne dass ein positiver Einfluss auf die Behandlung direkt an den und für die Patienten ersichtlich wäre, im Gegenteil. Rationierung oder zumindest deutlich längere Wartelisten (Ende des Jahres, keine Untersuchungstermine mehr, bis nicht wieder Budget-Kapazitäten frei werden) dürften unweigerlich die Folge sein, wie dies auch in anderen Ländern mit Globalbudgets oder Globalbudget-ähnlichen Ansätzen zu beobachten ist. Ebenso ist eine Qualitätseinbusse in der Versorgung

kaum zu verhindern, wenn nicht alle erbrachten Leistungen auch angemessen, sprich betriebswirtschaftlich und sachgerecht tarifiert und vergütet werden.

5

Eine Rationierung soll gemäss den Vernehmlassungsunterlagen nicht damit eingeführt werden, aber im Erläuternden Bericht ist auf S. 23 unter dem Untertitel «System der Zielvorgaben im Krisenfall» festgehalten, dass im Krisenfall (Epidemie) besondere Regelungen gelten sollen, womit kein Kostendach zu Rationierung von Leistungen führen und folglich die Versorgung im Krisenfall gesichert sein soll.» Ergo wird ausserhalb eines Krisenfalls mehr oder weniger bewusst in Kauf genommen, dass die Kostenziele (= Kostendach) im Normalfall durchaus auch eine Rationierung zur Folge haben dürfen, weil andernfalls diese besondere Erläuterung der ausgeschlossenen Rationierung im Krisenfall auf S. 23 nicht erforderlich wäre. Die echte Absicht oder der zumindest in Kauf genommene Effekt ist damit entlarvt.

Weiter kann der beigelegten Medienmitteilung von 2017 einer sehr breiten Allianz von Keyplayern im Gesundheitswesen (FMH, pharmasuisse, H+, SPO Patientenschutz, interpharma und santésuisse) zum damaligen Expertenbericht, auf den sich das Ansinnen zur Einführung eines Globalbudgets damals abstützte, eine ganze Reihe von Fakten und Argumenten entnommen werden, weshalb ein Globalbudget untauglich ist.

Weiter ist bekannt, welche Auswirkungen die Globalbudgetierung in Deutschland seinerzeit bis auf den einzelnen Arzt hatte, der im Endeffekt ein persönliches Budget zugeteilt erhielt und folglich bei dessen Erreichen seine Tätigkeit durchaus unterbrach, bis das neue Kalenderjahr begann. Wie auf diese Weise eine Versorgungssicherheit gewährleistet werden soll, insbesondere wo die Ärztedichte in ländlichen Gebieten nicht so gross ist, ist uns schleierhaft. Zu erwarten, dass Leistungen auch dann noch erbracht werden, wenn diese nicht mehr betriebswirtschaftlich und sachgerecht vergütet werden, ist naiv und unrealistisch.

Ebenso sehr fraglich ist die Praktikabilität dieser Kostenziele. Im Kapitel 6.2.3 Umsetzungsfragen des erläuternden Berichts ist zu den Zielvorgaben (Kostenziele = Budgetvorgabe) nachzulesen, dass die Betrachtung nach Wohnkanton der Versicherten im Vordergrund stehen soll. Will heissen, die Kostenentwicklung wird mittels Zielen vorgegeben, die pro Kanton gestützt auf die Kosten für die Behandlung der Wohnbevölkerung ermittelt werden. Dadurch könnte die Situation entstehen, dass Leistungserbringer in GR zwar massvoll und innert der gesetzten Ziele Leistungen erbringen und abrechnen, aber die vom Kanton nicht beeinflussbaren Kosten für ausserkantonale Leistungen zur Überschreitung der Zielvorgaben führen, die dann aber Massnahmen der Tarifpartner in GR oder des Kantons gegenüber den Bündner Leistungserbringern zur Folge hätten. Dies ist weder betriebswirtschaftlich,

noch sachgerecht und schon gar nicht gerecht im allgemeinen Sinn des Wortes oder zielführend, weil nicht die Verursacher einer Budgetüberschreitung getroffen würden.

6

Interessant ist zudem, dass die heute bereits bestehenden Möglichkeiten Globalbudgets zu verordnen noch nie genutzt worden sind. Konkret besteht hinsichtlich der Finanzierung von Spitälern oder Pflegeheimen die Möglichkeit, dass die Kantone resp. Genehmigungsbehörden gemäss Art. 54 KVG als befristete ausserordentliche Massnahme ein Globalbudget festlegen könnten. Weiter hat die Genehmigungsbehörde gem. Art. 55 KVG die Möglichkeit die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungserbringer einzufrieren, wenn die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der OKP für ambulante oder stationäre Leistungen doppelt so stark steigen, wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung. Beide Möglichkeiten eine Art Globalbudget einzuführen, sind unseres Wissens noch nie genutzt worden. Dies spricht dafür, dass auch diese etwas weniger tiefgreifenden Formen von Globalbudgets bisher von keiner einzigen Genehmigungsbehörde für zielführend betrachtet worden sind.

Aus all diesen Gründen sind wir entschieden gegen die Einführung eines Globalbudgets jeglicher Art, sondern verweisen auf die bereits bestehenden Möglichkeiten zu Sondermassnahmen gemäss Art. 54 und 55 KVG, die bei Bedarf schon heute genutzt werden könnten, um befristet allfällig notwendige ausserordentliche Korrekturen vorzunehmen.

@Bericht vom 17.9.2018 und 2.9.2019 zum Thema «Effizienzpotenzial in der OKP» resp. «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen»:

Für die Spitex und die durch diese erbrachten Pflegeleistungen ist somit entscheidend, ob diese neue Globalbudget-Vorgabe (Kostenziele), sollte sie tatsächlich eingeführt werden, ebenfalls Einschränkungen zur Folge hat. **Zum möglichen Effizienzpotenzial, das damit in der Spitex ausgeschöpft werden soll, finden sich lediglich im Bericht vom 2.9.2019 «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen – Schlussbericht» auf den Seiten 61 – 65 unter dem Titel «Strategie P1.S3: Vergleich effiziente versus ineffiziente ambulante Organisationen» konkrete Ausführungen.** Dabei wiederholt sich das Muster, das fast durchgehend pro «Strategie» in diesem Bericht festzustellen ist: Die Literaturanalyse gibt gewisse Anhaltspunkte für mögliches gegebenes Effizienzpotenzial, wobei die Berichtsaufsteller mehrmals jeweils einleitend festhalten, dass die Datenqualität ungenügend sei oder dass man Annahmen treffen musste, um Schätzungen vorzunehmen und folglich die Ergebnisse mit Vorsicht zu geniessen seien, dann folgt eine Diskussion des Festgestellten resp. Angenommenen, um dann

doch ein Effizienzpotenzial zu ermitteln. Wörtlich heisst es denn auch einleitend zur Strategie P1.S3, die die Spitex betrifft (Markierungen von uns gesetzt):

*«Effiziente ambulante Organisationen» sind aufgrund ihrer Grösse besser geeignet, die Fixkosten auf eine grössere Anzahl von Leistungserbringern zu verteilen, effizienzsteigernde Prozesse zu implementieren sowie dazu notwendige Investitionen in elektronische Unterstützung zu tätigen. Für die drei Leistungskategorien ambulante ärztliche Behandlungen in Arztpraxen (Leistungskategorie Arzt ambulant fee-for-service und HMO), ambulante Physiotherapiepraxen (Leistungskategorie ambulante Rehabilitation) sowie Spitex-Organisationen (Leistungskategorie häusliche Langzeitpflege) ist eine separate Schätzung vorgenommen worden. Diese Schätzungen basieren auf strukturellen Eigenschaften der Organisationen und schätzen daher ein **theoretisches Effizienzpotenzial**.*

Um dann im 2.-letzten Absatz zu dieser Strategie P1.S* auf S. 64 wie folgt das Fazit zu ziehen:

Die Schätzung des Effizienzpotenzials alleine auf der Basis der Betriebskosten ist durch die Experten gut abgestützt.

Bereits vor der Erläuterung der vorgenommenen Schätzung und hierzu getroffenen Annahmen sowie formuliertem Fazit, wird das Resultat hinsichtlich der Spitex auf S. 62 wie folgt zusammengefasst:

Bei den Spitex-Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen (Leistungskategorie häusliche Langzeitpflege) wird von einem Effizienzpotenzial von 24 Mio. CHF ausgegangen. Dies entspricht einem Effizienzpotenzial von rund 2% vom Total der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen von 1'302 Mio. CHF.

Im Falle der Spitex wird nirgends erwähnt, ob den Berichtsverfassern bewusst ist, dass wir zu Lasten OKP nur jeweils einen Beitrag pro geleistete KLV-Pflegestunde abrechnen können. Der Rest wird vom/von den Restfinanzierer/n und von den Klienten selbst getragen. Ergo kann eine Effizienzbetrachtung oder eine Effizienzsteigerung hinsichtlich der «Betriebskosten» (gemäss Bericht S. 63, Rz. 4 sind 85% gemäss Spitex-Statistik des BFS Personalkosten, auf denen keine Skalenerträge erzielbar sind) in der Spitex gar keinen Einfluss auf die Beiträge zu Lasten OKP haben, solange die Beiträge nach KVG für Pflegeleistungen unverändert bleiben resp. eben gar nicht die Vollkosten für diese Leistungen decken. Wenn schon, dann müsste man hinterfragen, ob die erbrachten Leistungsstunden zu Recht erbracht werden oder diese aus Kostengründen rationieren, will man die Belastung zu Lasten OKP seitens Spitex reduzieren.

Und schon gar nicht wurde zur Kenntnis genommen, dass in GR einige Spitex-Organisationen ganz anders organisiert sind, nämlich sich mit Spitälern oder auch Pflegeheimen gemeinsam die «Betriebskosten» teilen und folglich, auch wenn auf dem Papier resp. in der BFS-Statistik vermeintlich kleine und somit vermeintlich ökonomisch ineffiziente Unternehmen vorliegen, dies in der Praxis gar nicht zutreffen muss. Dies könnte auch ausserhalb von GR durchaus für andere Spitex-Organisationen ebenfalls so sein.

8

Dieses konkrete Beispiel deutet an, in welcher Art und Weise die Bestimmung der Kostenziele erfolgen würde und wie wenig sachgerecht und betriebswirtschaftlich dies die Realität in den einzelnen Kantonen und noch weniger pro Leistungserbringer abbilden würde. Dies verstärkt die Ablehnung jeglicher Art Globalbudgetierung, weil sie kaum je betriebswirtschaftlich und sachgerecht sein kann, was aber die Hauptkriterien für alle Tarifierungen von KVG-Leistungen gemäss Art. 43 Abs. 4 sind.

Vom Vorstand des SVGR am 13.10.2020 per Zirkularbeschluss verabschiedet.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Medienmitteilung – Bern, 25. Oktober 2017

Expertenbericht des Bundesrats zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen

Globalbudgets sind leichtfertige Experimente zu Lasten der Patientinnen und Patienten

Eine vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte Expertengruppe schlägt dem Bundesrat verschiedene Massnahmen vor, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu dämpfen. Der für die Bevölkerung folgenschwerste Vorschlag ist die Einführung von umfassenden Globalbudgets zur Deckelung der Gesundheitsausgaben. Die Beispiele Deutschland und die Niederlande zeigen, dass vor allem die Nebenwirkungen zu Lasten Patienten ansteigen: Während Rationierung und Zweiklassenmedizin zunehmen, leidet die Qualität. FMH, H+, Interpharma, pharmaSuisse, SPO und santésuisse lehnen undifferenzierte Eingriffe mit absehbar negativen Folgen für die Patientinnen und Patienten ab. Stattdessen soll das vorhandene Sparpotenzial durch die Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen realisiert werden.

Der Bundesrat hat heute den Bericht der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzten Expertengruppe veröffentlicht. Die Expertengruppe beschäftigte sich über ein Jahr lang mit verschiedenen Modellen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Eine der schwerwiegendsten Massnahmen, welche die Experten vorschlagen, betrifft die Einführung von Globalbudgets zur Deckelung der Gesundheitsausgaben. Die Experten stützen sich bei dieser Empfehlung auf Modelle, die in Deutschland und den Niederlanden angewendet werden: Steuerung über Budgets bzw. die Menge der zu erbringenden Leistungen.

Wirkung von Globalbudgets ist umstritten

Die Einführung von Globalbudgets in Deutschland und den Niederlanden hat zu keiner Dämpfung des Kostenwachstums geführt. Dies belegen Zahlen der OECD, welche die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandprodukts BIP zeigen. Im Jahr 2013 wiesen Deutschland mit 11.0%, die Niederlande mit 11.1% und die Schweiz mit 11.1% einen gleich hohen Anteil auf. Seit Einführung des Globalbudgets in den Niederlanden haben sich die Ausgaben in den Niederlanden denjenigen der Schweiz angenähert.

Globalbudgets führen zu Wartezeiten, Rationierung und Zweiklassenmedizin

Globalbudgets führen zu gravierenden Nebenwirkungen. Bei einem gedeckelten Budget ist es nicht möglich, alle notwendigen Leistungen gegenüber allen Patienten zu erbringen. Besonders ältere, chronisch und polymorbide kranke Patientinnen und Patienten würden darunter leiden. Es wäre die Abkehr vom solidarisch gelebten Gesundheitssystem in der Schweiz. Wenn das Budget aufgebraucht ist, werden Leistungen zeitlich hinausgeschoben (Wartezei-

ten), möglicherweise sogar ins nächste Jahr – oder einfach in andere, nicht gedeckelte, Bereiche verlagert.

Diese verdeckte Rationierung von Leistungen führt letztlich zu höheren Kosten bei schlechterer Qualität und damit zu einem Anstieg der Gesundheitskosten insgesamt. Auch bedeutet dies unweigerlich eine Akzentuierung der Zweiklassenmedizin, weil Zusatzversicherte oder Privatpatienten keiner Begrenzung unterliegen.

Globalbudgets sind nicht qualitätsorientiert

Für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen setzen Globalbudgets falsche Anreize. Unter dem starren finanziellen Korsett eines Globalbudgets leidet die Qualität der medizinischen Versorgung. Haben die Leistungserbringer pro Jahr ein festgelegtes Budget, so steht nicht die Qualität der erbrachten Leistung im Vordergrund. Mit Globalbudgets werden wirkungslose Experimente auf Kosten der Patientensicherheit durchgeführt.

Kostenwachstum mit der einheitlichen Finanzierung dämpfen

Aufgrund des medizinischen Fortschritts können immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Da ambulante Behandlungen kostengünstiger sind, kann der Anstieg der Gesundheitskosten mit «ambulant vor stationär» gedämpft werden. Mit einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen wird der ambulante Bereich als kostendämpfende Versorgungsform gefördert, was ein enormes Sparpotenzial mit sich bringt – ohne Rationierung und Qualitätsverlust.

Weitere gezielte Massnahmen der Tarifpartner wie die sachgerechte Gesamtrevision des ambulanten Tarifs TARMED oder die Einführung von Pauschalen für bestimmte ambulante Leistungen sind effizient und qualitätsorientiert. Systemumwälzende, globale Eingriffe in unser bewährtes, freiheitliches Gesundheitssystem hingegen hätten absehbar negative Folgen für die Patientinnen und Patienten.

Auskünfte:

- Cornelia Steck, Leiterin Abteilung Kommunikation a.i. FMH, 031 359 11 53, kommunikation@fmh.ch
- Bernhard Wegmüller, Direktor H+, 079 635 87 22, bernhard.wegmueller@hplus.ch
- Sara Käch, Leiterin Kommunikation Interpharma, 061 264 34 14, sara.kaech@interpharma.ch
- Stephanie Balliana, Leiterin Kommunikation pharmaSuisse, 031 978 58 27, kommunikation@pharmaSuisse.org
- Margrit Kessler, Präsidentin SPO Patientenschutz, 079 343 85 02, margrit.kessler@spo.ch
- Dr. Sandra Kobelt, Leiterin Abteilung Politik und Kommunikation santésuisse, 032 625 42 57, Sandra.Kobelt@santesuisse.ch

Die **FMH** vertritt als Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte über 40'000 Mitglieder und als Dachverband rund 90 Ärzteorganisationen. Sie setzt sich dafür ein, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren medizinischen Versorgung haben.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der Verband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 225 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder sowie knapp 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Interpharma ist der Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz. Interpharma informiert die Öffentlichkeit über die Belange, welche für die forschende Pharmaindustrie in der Schweiz von Bedeutung sind sowie über den Pharmamarkt Schweiz, das Gesundheitswesen und die biomedizinische Forschung.

pharmaSuisse setzt sich für Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ein, die es Apothekerinnen und Apothekern ermöglichen, ihre beruflichen Kenntnisse zum Wohl der Allgemeinheit einzusetzen und ihre Rolle als Medikamentenprofis optimal zum Tragen zu bringen. Dem Verband sind rund 6'100 Einzelmitglieder und 1'500 Apotheken angeschlossen.

Die **Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz** ist die unabhängige Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten – bei medizinischen oder zahnmedizinischen Entscheidungen und im Konfliktfall. In der Politik engagiert sie sich als Interessenvertreterin der Patientinnen und Patienten für Patientenrechte und Qualität im Gesundheitswesen.

santésuisse ist der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer. santésuisse setzt sich für ein freiheitliches, soziales und finanzierbares Gesundheitssystem ein, das sich durch einen effizienten Mitteleinsatz und qualitativ gute medizinische Leistungen zu fairen Preisen auszeichnet.