

Positionspapier konferenzuelle Vernehmlassung KVG (1. Paket) vom 22. April 2004

1. Vorbemerkungen

- Mit dem Anstieg der Prämien- und Steuerbelastung für die Krankenversicherung können das übrige Wirtschaftswachstum und die Lohnentwicklung nicht Schritt halten. Wir fordern Massnahmen, die diese Entwicklung in vernünftige Bahnen lenken.
- Jede KVG-Revision muss dem Stellenwert des Gesundheitswesens als innovativem Wachstumssektor der Volkswirtschaft Rechnung tragen. Das Gesundheitswesen ist auch für die Beschäftigungspolitik wichtig.
- Das hochwertige schweizerische Gesundheitswesen soll weiterhin allen Einwohnern ohne übermässige Wartezeiten den Zugang zu qualitativ guten, modernen Leistungen ermöglichen.
- Das Gesundheitswesen ist kein Markt wie jeder andere, deshalb braucht es Regulierungen im Sinne von Managed Competition. Wir streben als Fernziel ein weitgehend wettbewerbsgesteuertes Gesundheitswesen mit nachfrageorientierten Strukturen an. Deshalb müssen die nötigen Regulierungen und Regulatoren zweckmässig, beziehungsweise unabhängig und kompetent sein.

2. Strategie

Wir begrüssen grundsätzlich die Strategie des Bundesrates, die ein Vorgehen in einzelnen und koordinierten Reformschritten, eingebettet in den Rahmen einer Gesamtstrategie, vorsieht. Vollzugsmässig und politisch sind diese Schritte kaum in einer umfassenden Gesamtvorlage umzusetzen. Zum Mix der Pakete ist allerdings zu sagen, dass der neu definierten Prämienverbilligung nicht ohne Zustimmung zur Vertragsfreiheit und zur erweiterten Kostenbeteiligung zugestimmt werden kann.

3. Gesetzgebungspaket:

Paket 1a: Versichertenkarte, Risikoausgleich, Pflgetarife, Spitalfinanzierung

- **Versichertenkarte:** Die Einführung einer Versichertenkarte auf nationaler Ebene ist sinnvoll. Sie muss eurokompatibel sein und wenn immer möglich das bisherige EU-Formular 111 ersetzen. Sie soll modular in Richtung Patientenkarte entwickelt werden können. In der

Vorlage muss klar und deutlich festgehalten werden, dass die Verwendung der Patientenkarte für alle Parteien im Gesundheitswesen bindend sein wird.

- **Risikoausgleich:** Der Risikoausgleich ist die Kompensation der Versicherer für ihre Pflicht, Individuen mit unterschiedlichen Risiken zu Einheitsprämie aufzunehmen. Folglich ist die Verlängerung des Risikoausgleichs nach Alter und Geschlecht nötig. Man muss sich bewusst sein, dass die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs unbefriedigend ist, da der Risikoausgleich lediglich ein Mittel gegen die Risikoselektion auf der Versichererseite, nicht aber auf der Leistungserbringerseite darstellt, retrospektiv ist und zudem mit den verwendeten Erklärungsvariablen Alter und Geschlecht nur ca. 5% der Varianz der Gesundheitskosten erklärt. Es ist zu befürchten, dass der ungenügende Risikoausgleich sich im Rahmen der Vertragsfreiheit negativ auswirken wird im Sinne einer verstärkten Risikoselektion der Versicherer unter den Ärzten (Jagd nach Ärzten mit kostengünstigen Patienten) und folglich der Ärzte unter den Patienten.
- **Pflegetarife:** Das Einfrieren der Pflegetarife und die Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistung durch die Krankenversicherung unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz ist eine unvermeidbare Übergangslösung bis zur definitiven Neuregelung der Pflegefinanzierung. Auch hier ist als Nebenwirkung mehr Risikoselektion zu erwarten.
- **Spitalfinanzierung:** Wir unterstützen aus Gründen der Rechtssicherheit die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes bis zur Neuregelung der Spitalfinanzierung. Um Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern, sollen private Spitäler dabei nicht benachteiligt werden.

Mit dem zweistufigen Vorgehen (zuerst dringliches Bundesgesetz, anschliessend Neuregelung der Spitalfinanzierung) sind wir vom Prinzip her einverstanden. Wir verlangen jedoch, dass der Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung ohne Zwischenschritt über die dualfixe Finanzierung erfolgt. Sollte dieser Übergang aus unüberwindlichen, praktischen Gründen nicht in einem Schritt erfolgen können, wären wir allenfalls bereit, die dualfixe Finanzierung als Zwischenschritt zu akzeptieren. Die monistische Spitalfinanzierung soll erst nach einer Übergangsfrist von 3-5 Jahren nach in Kraft treten der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen.

Paket 1b: Vertragsfreiheit

Die Vertragsfreiheit wird grundsätzlich unterstützt, weil sie die sinnvollere Lösung ist als der Zulassungsstopp. Ferner stellt sie den Versicherern das klassische Wettbewerbsinstrument zur Verfügung, nämlich die Möglichkeit, beim Vertragsabschluss zwischen verschiedenen Leistungserbringern zu wählen. Sie ist längerfristig auch stationär einzuführen.

Die flankierenden Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit können im Rahmen des geplanten Umwandlungsprozesses des Gesundheitswesens in Richtung mehr Markt vorübergehend hingenommen werden. Bezüglich der Umsetzung dieser Massnahme erwarten wir langfristig eine bessere regionale und fachliche Verteilung der Ärztedichte.

Wir begrüßen es, dass die Vorlage keine zusätzlichen gesetzlichen Kriterien als Voraussetzung für den Vertragsabschluss aufführt. Diese sollen den Vertragspartnern überlassen werden. Wir erwarten, dass die im KVG bereits bestehenden Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität massgebend sind für die Zulassung, ohne Zutrittsberechtigungen darzustellen. Denn nur auf diese Weise wird sichergestellt werden, dass die Versicherer die Leistungserbringer aufgrund einer Kombination von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien und nicht nur aufgrund von Kostenkriterien auswählen.

Paket 1c: Prämienverbilligung

Wir anerkennen die Notwendigkeit der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv der Kopfprämie. Wir fordern jedoch, dass die Prämienverbilligung ausgabenneutral umgesetzt wird, da Bundes- und Kantonsbeiträge für die Prämienverbilligung mit ca. 3,5 Mrd. CHF bereits jetzt etwa dem Total der gesamten Sozialhilfe (Bund, Kantone, Gemeinden) entsprechen. Daher ist eine Verstärkung des Bundesengagements strikte abzulehnen.

Das System der Prämienverbilligung ist zu vereinfachen und zu verbessern. Im Interesse einer klaren Entflechtung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen auch im Gesundheitswesen soll die Prämienverbilligung möglichst alleinige finanzielle Sache der Kantone werden, wobei dies zwischen Bund und Kantonen haushaltsneutral zu erfolgen hat (Kompensation z.B. durch einen erhöhten Kantonsanteil an der direkten Bundessteuer). Dabei wird der Übergang vom Giesskannenprinzip zu einer bedarfsgerechteren Subjekthilfe ermöglicht, da die Kantone infolge ihrer Möglichkeit, nach regionalen Unterschieden bzw. Präferenzen zu differenzieren am besten geeignet sind, die Kosten in den Griff zu bekommen. Gewisse gesamtschweizerische Vereinheitlichungen erachten wir als sinnvoll so z.B. die Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlagen des für den Prämienanspruch massgebenden Einkommens. Wir erachten es als zwingend, dass durch geeignete Vorkehrungen einer ständig zunehmenden Belastung des Bundeshaushaltes entgegengewirkt werden kann und werden dazu in der schriftlichen Vernehmlassung noch Stellung nehmen.

Paket 1d: Kostenbeteiligungsregeln

Wir begrüßen die vorgeschlagene massvolle Erhöhung des Selbstbehaltes und das erweiterte Spektrum bei den wählbaren Franchisen. Die höhere Kostenbeteiligung fördert die Eigenverantwortung und ist ein ökonomischer Anreiz für die Versicherten, sich kostenbewusster zu verhalten. Die höhere Selbstbeteiligung ist verkraftbar, weil erstens der maximale jährliche Selbstbehalt auf CHF 700 bestehen bleibt, so dass chronisch Kranke nicht stärker belastet werden, und zweitens Kinder keine Franchise haben. Die neue Ausgestaltung der wählbaren Franchisen wahrt die Solidarität unter den Versicherten und stärkt gleichzeitig die Eigenverantwortung.

4. Schriftliche Eingabe

Wir werden das Gesagte noch in einer schriftlichen Eingabe einreichen. Es ist wichtig, dass bereits das erste Gesetzgebungspaket Erfolge in der Bremsung des Kostenanstieges bringt. Wir wollen das 2. Gesetzespaket mit den Botschaften zur Spitalfinanzierung und über Managed Care, weil auch diese Massnahmen Schritte in die gewünschte Richtung darstellen.