

Eine Schweiz  
in Bewegung

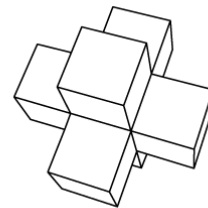
–

Eine erfolgreiche  
Schweiz

# Regulierter Wettbewerb für eine liberale Gesundheitspolitik

Das 10-Punkte-Programm  
der FDP Schweiz

Positionspapier der FDP Schweiz  
vom 22. Oktober 2005



Die wachsende Schweiz  
Die intelligente Schweiz  
**Die gerechte Schweiz**  
Die offene Schweiz

**FDP**

Wir Liberalen.

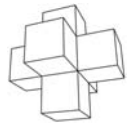
[www.fdp.ch](http://www.fdp.ch)

## 1. Hintergrund

- Positionspapier der FDP Schweiz zur Gesundheitspolitik: „Kosten in den Griff bekommen – mit Konzept!“ (2001)
- Auf dem Positionspapier basierendes „10-Punkte-Programm der FDP Schweiz zur nachhaltigen Reform des Gesundheitswesens“ (2002)
- Thesenpapier des von der FDP gegründeten Gesundheitsrates (Expertengremium ad hoc): „Strategie einer Gesundheitspolitik“ (2003)
- Aufnahme wesentlicher Teile des freisinnigen Reformkonzepts im Rahmen der KVG-Revision Teil II, welche im Dezember 2003 im Nationalrat abgelehnt worden war
- Fachtagung der FDP Schweiz zur Gesundheitspolitik mit dem Schwerpunkt „regulierter Wettbewerb (managed competition)“ im Hinblick auf die Wiederaufnahme der KVG-Reformprojekte und unter Teilnahme von Bundesrat Pascal Couchepin (2004)
- Behandlung der laufenden KVG-Teilrevisionen in den Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit (2004/2005): Vertragsfreiheit, Prämienverbilligung, Kostenbeteiligung, Spitalfinanzierung, Managed Care, Medikamente, Pflegefinanzierung

## 2. Politische Landschaft

- **Volksinitiative der SP („Gesundheitsinitiative“)**, welche ein neues Finanzierungs-system via (Mehrwert)Steuereinnahmen, die Abschaffung der Selbstbeteiligung und eine zentralstaatliche Planung vorsah, wurde seitens der FDP an vorderster Front bekämpft und im Mai 2003 von den Stimmbürger/-innen abgelehnt.
- **Volksinitiative der SVP („Prämiensenkungsinitiative“)** wurde im Juli 2004 eingereicht: teilweise Übernahme von FDP-Vorschlägen (Positionspapier 2001); teilweise untauglich (in obligatorischer Grundversicherung nicht realisierbare Wahlmodelle); Ankündigung eines – nicht genau bezifferten – Leistungsabbaus in der Grundversicherung; finanzielle Konsequenzen für Kantone sind unklar sowie auch die daraus resultierende Kostenumverteilung.
- **Volksinitiative „für eine soziale Einheitskasse“** wurde im Dezember 2004 eingereicht: die Einheitskasse ist kein Mittel zur Kostendämpfung, vielmehr würde sie die bestehenden Instrumente zur Kostenkontrolle schwächen; die wenigen bereits vorhandenen wettbewerblichen Ansätze (insb. der Wettbewerb unter den Krankenversicherern) würden ausgeschaltet und die Einführung der notwendigen wirtschaftlichen Anreize im Krankenversicherungssystem verhindert.
- **Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“** wurde im September 2005 eingereicht: Bund und Kantone sollen für eine umfassende Berücksichtigung der Komplementärmedizin sorgen; die FDP unterstützt



demgegenüber die Streichung von fünf Komplementärmedizinischen Methoden aus der Grundversicherung im Sinne der im KVG stipulierten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

- Die im Jahr 2004 in der SGK aufgenommene Beratung der KVG-Teilrevisionen kommt leider nur sehr langsam voran; bei den zentralen Reformen, die längerfristig ein Modell des regulierten Wettbewerbs zur Qualitäts- und Kostenkontrolle in Aussicht stellen und zu einer Umkehr der heute bestehenden Fehlanreize beitragen (Aufhebung Vertragszwang, Neuregelung der Spitalfinanzierung, Förderung von Managed Care, etc.), wirken die vielen verschiedenen involvierten Interessen blockierend; bis dato wurden lediglich Massnahmen im Bereich der Kostenbeteiligung und der Prämienverbilligung verabschiedet.

### 3. Ziele einer liberalen Gesundheitspolitik

1. Medizinische Leistungen auf einem hohen, evaluierten und kontrollierten Qualitätsniveau stehen für alle Bürgerinnen und Bürger zu einem vernünftigen Preis zur Verfügung.
2. Die Kostenentwicklung wird durch Stärkung der Eigenverantwortung und durch Bedingungen des regulierten Wettbewerbs für alle Beteiligten wirksam kontrolliert und gebremst.
3. Die Anreize im Gesundheitssystem werden konsequent auf qualitativ gute, medizinisch begründete und kosteneffiziente Leistungen ausgerichtet (Umkehr der heute bestehenden Fehlanreize sowohl für Versicherte und Versicherer als auch für Leistungserbringer und Kantone).

# Die gesundheitspolitischen Forderungen der FDP Schweiz lassen sich im folgenden 10-Punkte-Programm zusammenfassen:

## Reformprojekt

## Umsetzungsebene

### 1. **Neue Vertragsfreiheit für Leistungserbringer und Versicherer;** im ambulanten und stationären Bereich.

KVG

Aufhebung des staatlich verordneten „Ärztestopps“ (faktisches Berufsverbot für junge Ärztinnen und Ärzte, das keine Kosten spart und mittelfristig die medizinische Versorgung, v. a. in ländlichen Gebieten, gefährden wird).

**Regulierter Wettbewerb** unter allen Leistungserbringern ohne planwirtschaftliche Einschränkungen;  
Staatliche Rahmenbedingungen (bspw. Garantierung der Versorgungssicherheit);  
kartellgesetzliche Massnahmen zur Verhinderung einseitiger Marktmacht;  
paritätische Ausarbeitung der Zulassungskriterien (Leistungserbringer und Versicherer);  
Voraussetzungen für die Marktöffnung (sowohl im Inland als auch im Ausland) schaffen.

KVG  
Bund/Kantone  
Kartellgesetz  
Leistungserbringer  
Versicherer

### 2. **Neuregelung der Finanzierung**

#### 2.1 **Spitalfinanzierung:**

Subventionierung der Behandlungsfälle (Fallpauschalen), jedoch keine Objektfinanzierung der Spitäler;

KVG  
Bund/Kantone

Transparenz zur Korrektur von Kostenverzerrungen; Reduktion der Quersubventionierung zwischen Grund- und Zusatzversicherten;  
Gleichbehandlung des ambulanten und des stationären Bereichs;  
Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem.

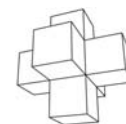
Kantone/Gemeinden

Die rechtliche Verselbständigung aller Spitäler sorgt für mehr unternehmerische Freiheit und Eigenverantwortung und damit für gleich lange Spiesse aller Partner im Gesundheitswesen.

#### 2.2 **Pflegefinanzierung:**

Für die Langzeitpflege ist ein Modell zu entwickeln, das eine faire Lastenverteilung zwischen Krankenversicherern, Pflegebedürftigen und öffentlicher

KVG  
Bund/Kantone  
Versicherer



Hand, in Koordination mit anderen Sozialversicherungen, ermöglicht. Die Finanzierung der Akut- und Übergangs-Pflege ist so zu gestalten, dass teure Spitalaufenthalte möglichst vermieden werden.

### 3. Ein Versicherungsmodell auf 3 Pfeilern

#### 3.1 1. Pfeiler: Selbstverantwortung der Versicherten

Prävention und gesundheitsbewusster Lebensstil; Kostenbewusstsein und eine die Eigenverantwortung steuernde Finanzierungsbeteiligung, insb. im Falle von geringfügigen Leiden oder ungefährlichen Erkrankungen.

**Franchise** und **Selbstbehalt** (als Eintrittspreis in das System) müssen moderat erhöht werden (Grund-franchise 300 Fr., Selbstbehalt 20% bei einer max. Belastungsgrenze von 700 Fr. pro Jahr); der Bedarf für weitere Korrekturen oder neue Anreizsysteme für das eigenverantwortliche Verhalten der Versicherten (z. B. die Einführung eines Bonus-Malus-Systems) ist laufend zu analysieren.

Das System der **frei gewählten höheren Franchisen** mit entsprechender Prämienreduktion soll weiter ausgebaut werden, wobei die Geltungsdauer einer Wahlfranchise neu 3 Jahre betragen soll.

#### 3.2 2. Pfeiler: Grundversicherung

Die oblig. Grundversicherung wird zur **Basisversicherung**, welche auf dem 1. Pfeiler aufbaut.

Ziel ist es, qualitativ hochstehende und medizinisch begründete Leistungen bei gleichzeitiger Kostenkontrolle zur Verfügung zu stellen.

Die Basisversicherung kann durch frei wählbare, separate (vom KVG ausgenommene und dem VVG unterstellte) Zusatzversicherungen ergänzt werden (3. Pfeiler).

Bildungssystem  
E-Health

Gesundheitsförderung  
Schweiz

KVG, EDI

EDI, Versicherer

KVG

### Die Basisversicherung besteht aus:

Zugang zum selbstgewählten (und wechselbaren) **Grundversorger** (z. B. zertifizierte Einzel-, Gruppen-praxis; HMO, Managed Care); direkter Zugang zum Spezialisten (bei Übernahme eines höheren Selbstbehalts), aber keine unbegründeten Mehrfachkonsultationen zu Lasten der Basisversicherung.

**Medizinisch begründete Leistungen**  
(Qualitätssicherungssysteme, Zertifizierung, etc.)

**Medizinisch begründete Medikamente**  
(Original-produkte, Generika);  
Verbesserung des Patienteneinbezugs  
(Unterstützung der Selbstorganisation;  
"Compliance");  
Leistungsorientierte Arzneimittelabgabe (Gewinn der Apotheker hängt nicht vom Preis des Arzneimittels ab);  
Qualitätszirkel.

Konsequente Durchsetzung der **KVG-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit)** für bisherige und neue Leistungen:  
Die Basisversicherung vergütet medizinische Interventionen, die notwendig (med. begründet), nachweislich wirksam und kosteneffizient sind.  
Die im BAG bereits eingeleitete generelle Überprüfung des Leistungskatalogs wird professionell zu Ende geführt, damit auf dieser Basis legitimierte Entscheide bzgl. der Streichung von gewissen den KVG-Kriterien zuwider laufenden Leistungen erfolgen können (Vrgl. Streichung von komplementärmedizin. Methoden).

### 3.3 3. Pfeiler: Zusatzversicherung

Eine breite Produktpalette im Bereich der freiwilligen Zusatzversicherungen soll eine individuelle Ausgestaltung ermöglichen. Dazu gehören bestimmte Leistungsbereiche, die von der Basisversicherung nicht gedeckt werden, aber auch Komfortleistungen bzw. „Hotellerie“ in den Spitalern, freie Arzt- und Spitalwahl im ganzen Land, etc.

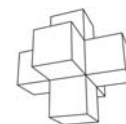
Versicherer  
Leistungserbringer  
Qualitätskontrolle  
(Zertifizierungs-  
organisation)

Leistungserbringer  
Ausbildungsreform  
Selbstorganisation /  
Qualitätszirkel

Leistungserbringer  
Ausbildungsreform  
Qualitätszirkel  
Informationskampag-  
nen Heilmittelgesetz  
HMG

Leistungskommission  
BAG, evt. neue  
Institution zur  
kontinuierlichen  
Leistungsbeurteilung

VVG  
Versicherer



#### 4. **Prämienverbilligung**

Als flankierende Massnahme zur wettbewerblichen Reform des Gesundheitssystems schaffen einkommensabhängige Prämienrabatte für wirtschaftlich schwächere Haushalte einen sozialen Ausgleich (keine Giesskannenlösungen!).

*Bund / Kantone*

#### 5. **Wettbewerbliche Rahmenbedingungen für die Versicherer und Prämienkontrolle**

Für die **Versicherer** gilt: volle Freizügigkeit, gleiche Regeln bzgl. der Methode der Prämienfestsetzung und Rechtsauslegung, anschl. Vorgabe der Basisleistungen sowie Qualitäts- und Informationsstandards, Wirtschaftlichkeit. Prämien sind versicherungsmathematisch und nicht „politisch“ festzulegen; das BAG prüft lediglich die Unter- resp. Überdeckung der Reserven; transparente Rechnungslegung.

KVG  
EDI  
Versicherer

#### 6. **Information der Versicherten über Wahlmöglichkeiten**

Regelmässige Information der Versicherten über die Prämienangebote, die finanzielle Situation der Versicherer sowie die Qualität der angebotenen Leistungen (Absprache mit den Leistungserbringern); Versicherungsangebote für den Zugang zu Leistungen im Inland und im Ausland (Marktöffnung).

Versicherer  
Leistungserbringer

#### 7. **Managed Care**

Förderung von Leistungserbringernetzwerken unter folgenden Prämissen: Qualitätssicherung, Kostenkontrolle, Stärkung der Eigenverantwortung von Leistungserbringern und Versicherten (z. B. Vermeidung von Mehrfachkonsultationen bei Spezialisten, etc.). Anreizsysteme, damit Versicherte vermehrt auf Managed Care Modelle umsteigen, einsetzen (bspw. ein differenzierter Selbstbehalt).

KVG  
Leistungserbringer  
*Versicherer*  
Qualitätskontrolle

## 8. Risikoausgleich

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs (sprich: der heutigen Kriterien bzgl. Alter und Geschlecht) mittels Morbiditätsfaktoren ist im Zusammenhang mit der Aufhebung des Vertragszwangs sowie der Förderung von Managed Care Modellen eine wichtige Voraussetzung.  
Keine neuen Wettbewerbsverzerrungen; keine Strukturerohaltung in der Krankenkassenlandschaft.

KVG

## 9. Nationaler Gesundheitsrat und Projektorganisation im Gesundheitswesen

Ein **nationaler Gesundheitsrat** soll als übergeordnete Struktur die heute bestehenden Defizite beheben:

- kein gemeinsames Führungsorgan von Bund und Kantonen bzw. der Partner des Gesundheitswesens (Interessenskonflikte und Koordinationsprobleme, wie bspw. im Bereich der Spitzenmedizin);
- keine ausformulierte Gesundheitspolitik;
- keine ausreichenden Instrumente zur Führung und Evaluation.

Eine professionelle und mit den entsprechenden Mitteln ausgestattete **Projektorganisation** sorgt für die zügige Umsetzung und ständige Evaluation der auf politischer Ebene verabschiedeten Strategie.

Bund / EDI  
Kantone  
Partner des  
Gesundheitswesens

## 10. Bekenntnis zu Forschung, Innovation und Wachstum

**Innovationen** im Bereich der Medizin und der Pflege dürfen nicht nur als kostentreibend (Ausweitung des Angebots stimuliert die Nachfrage) betrachtet werden. Die medizinische Forschung lässt Genesungsprozesse verkürzen, verbessert die Lebensqualität von Patienten und ist für die Schweiz zudem ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. Das reine Kosten-Denken muss durch ein Kosten-Nutzen-Denken ersetzt werden. Das Gesundheitswesen ist mit 11% des BIP einer der grössten und wachstumsträchtigsten Wirtschaftszweige der Schweiz und stellt mit etwa 300'000 Beschäftigten einen der bedeutendsten Teilarbeitsmärkte dar.

Bund / Kantone  
Privatwirtschaft  
Gesellschaft