

Eine Schweiz
in Bewegung

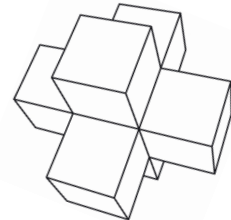
–
Eine erfolgreiche
Schweiz

Gesundheitspolitik

Kosten in den Griff bekommen – mit Konzept!

Positionspapier der FDP Schweiz

Verabschiedet von der Delegiertenversammlung der FDP
Schweiz am 13. Januar 2001 in Olten (SO)



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

FDP
Wir Liberalen.

PRD
Les Radicaux.

PLR
I Liberali.

PLD
Nus Liberals.

FDP zur Gesundheitspolitik

- **Die Schweiz gehört bei der Gesundheitsversorgung der ganzen Bevölkerung zu den weltweit Besten.**
- **Muss uns diese Versorgung aber soviel kosten? Soll die Allgemeinheit für fast alles aufkommen?**
- Die Schweiz verfügt über ein sehr leistungsfähiges und qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen mit hervorragender Grundversorgung. Dies gewährleistet ein dichtes Versorgungsnetz mit Spitälern, Rehabilitationszentren, Kuranstalten, Arztpraxen, Spitex, Apotheken und Drogerien. Allerdings kostet uns diese umfassende Versorgung immer mehr. Den Grossteil davon bezahlen die obligatorische Krankenversicherung und die Steuerzahler – mit wachsender Prämien- und Steuerbelastung.
- Nicht nur im Pflege-, Betreuungs- und Vorsorgebereich erbringt das Gesundheitswesen hohe Leistungen, sondern auch in der Ausbildung des Medizinal- und Pflegepersonals und für die Forschung in der Klinik. Zusammen mit spitzenmedizinischen Leistungen hat dies zum guten Ruf zahlreicher Spitäler beigetragen.
- Nicht nur krankheits- und unfallbedingte Lasten werden dem Gesundheitswesen überbürdet. In steigendem Ausmass muss es auch die Folgen ungesunden Lebenswandels oder riskanter Freizeitbeschäftigungen übernehmen. Die Kosten zur Wiederherstellung der Gesundheit fallen immer beim Gesundheitswesen an. Vom volkswirtschaftlichen Nutzen dieser Leistungen profitieren aber immer andere.
- Gewiss steigen die Kosten im Gesundheitswesen zur Hauptsache wegen der immer stärkeren Beanspruchung der obligatorischen Krankenversicherung, den immer besseren Therapiemöglichkeiten (Innovation) und mangelnder Selbstverantwortung der Leistungsbezüger und -erbringer. Nicht zu unterschätzen sind aber auch allgemeine Kostensteigerungen, die mit der Gesundheitsversorgung nichts zu tun haben. Verursacht werden sie durch das Neuerungen im Arbeitsrecht, kür-

zere Arbeitszeiten, mehr Teilzeitarbeit, Tarife (Tarmed), Lohnsteigerungen usw.

- Die FDP verkennt nicht, dass das hervorragende schweizerische Gesundheitswesen seinen Preis hat und haben darf. Die FDP will sich nachhaltig dafür einsetzen, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz leistungsfähig bleibt, ihre hohe Qualität halten kann und für neue, bessere Therapien aufgeschlossen ist.
- Die FDP meint aber auch, dass das Gesundheitswesen erschwinglich bleiben soll – langfristig und

für die ganze Bevölkerung. Allerdings geht es nicht ohne einschneidende Korrekturen. Nötig sind sie im Gesundheitssystem, aber auch bei der individuellen Einstellung aller Beteiligten. Die FDP empfiehlt einen liberalen Lösungsweg – mit mehr Selbstverantwortung, Wahlfreiheit und Wettbewerb. Dieser der Weg führt am ehesten zum Ziel – viel eher jedenfalls als weitere Flickschusterei am heutigen System oder der Irrweg in eine sozialistische Planwirtschaft.

Politik heute: Konzeptlose Bekämpfung der Kostensteigerung und untauglicher Volksinitiativen.

- Mit schrittweisen Teilrevisionen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) wird versucht, dem Kostenproblem in der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung punktuell beizukommen – aber weitgehend erfolglos. Das seit 1996 geltende KVG hat die Erwartungen (d.h. mindestens die Stabilisierung der Kosten) bisher nicht erfüllt. Die Kosten und Prämien der obligatorischen Krankenversicherung steigen alljährlich weiter. Konzepte für die langfristige Sicherstellung unserer guten Gesundheitsversorgung zu vertretbaren Kosten und vor allem für eine finanziell tragbare Krankenversicherung fehlen.
- Die Sozialdemokraten wollen mit ihrer "Gesundheitsinitiative" eine grundlegend andere Krankenversicherung – mit Prämien nach klassisch sozialistischem Umverteilungsmuster (im Prinzip eine Reichtumssteuer) und mit einer weitgehenden Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Mit guten Gründen empfiehlt der Bundesrat, diese extreme Initiative vorbehaltlos abzulehnen. Weitere Volksinitiativen wollen die Krankenversicherung in Teilbereichen radikal umbauen (Spitalfinanzierung, Medikamentenpolitik u.a.). Bundesrat und Bundesversammlung empfehlen mit Nachdruck, diese Initiativen abzulehnen.
- Zu einem *Konzept* für eine langfristig tragfähige Lösung hat sich der Bundesrat bisher nicht veranlasst gesehen. Ein solches ist aber dringend nötig! Auch die Bundesversammlung will nun Taten sehen: So hat der Nationalrat am 22. Juni 2000 eine Richtlinien-Motion (00.3192) zur Krankenversicherung und Gesundheitspolitik gutgeheissen. Der Ständerat hat den Vorstoss am 3. Oktober 2000 als Postulat überwiesen.
- Das Publikum bezeichnet die Gesundheit stets als das höchste Gut. Kaum jemand ist aber bereit, persönlich und selbstverantwortlich dafür ähnlich viel aufzuwenden wie für die Befriedigung von Komfortbedürfnissen (vor allem Wohnung, Bekleidung,

Mobilität, Ferien und Freizeit). Die eigene Gesundheit, ihre Erhaltung und Wiederherstellung wird allgemein als etwas angesehen, für das die Allgemeinheit aufzukommen habe (falsch verstandene Solidarität). Das KVG hat diesen fragwürdigen Trend deutlich verstärkt.

- Die Freisinnig-Demokratische Partei setzt sich an vorderster Front für eine umfassende Reform unseres Gesundheitswesens ein. Bereits im Juli 1999 legte die FDP ein Positionspapier mit sieben gesundheitspolitischen Postulat vor. Darin tritt die FDP für

ein möglichst freiheitliches Gesundheitswesen ein, in dem viel stärker als bisher die kostensenkenden Kräfte des Wettbewerbs zu nutzen sind. Die FDP erteilt damit der heute vorherrschenden Planwirtschaft und Interventionspolitik im Gesundheitswesen eine klare Absage. Mit ihrem neuen Konzept will die FDP eine nachhaltige Korrektur der Rahmenbedingungen unseres Gesundheitswesens erreichen. Sie wehrt sich damit zugleich gegen kostspielige sozialistische Umbaupläne und untaugliche Teillösungen aller Art.

Woran krankt unser Gesundheitswesen?

- **Heute dominiert das Krankenversicherungsgesetz (KVG) das schweizerische Gesundheitswesen.** Tatsächlich trägt aber die obligatorische Krankenversicherung "nur" etwa die Hälfte der gesamten Gesundheitskosten (d.h. rund 20 von rund 40 Milliarden Franken). Das KVG vermischt Planwirtschaft und beschränkte Möglichkeiten für Wettbewerb. Es prägt damit das ganze Gesundheitswesen – also auch die Bereiche, wo Leistungen ausserhalb der obligatorischen

Krankenversicherung erbracht und bezahlt wer den. Daher spielt der Wettbewerb im Gesundheitswesen viel zu wenig. Verschiedene, zur Kosteneindämmung gedachte Staatseingriffe wie Spitalplanung, Tarifpolitik und Eingriffe in die Preisbildung haben sich als nicht oder wenig wirksam erwiesen. Die Kosten der Krankenversicherer steigen weiterhin jedes Jahr an, infolgedessen auch die Prämien der Versicherten. Leicht abnehmende Tendenz hatten bis letztes Jahr nur die Zuwachsra-

ten der Kostenentwicklung. Die jüngste Entwicklung verläuft aber erneut negativ.

- **Die heutige Regelung der Krankenversicherung ist mit der übrigen Sozialpolitik kaum koordiniert.** Die Tendenz nimmt zu, die Kosten der Bewältigung verschiedener Probleme der obligatorischen Krankenversicherung zu überlassen; Nutznießer oder geringer belastet davon sind z.B. die Invalidenversicherung, die örtliche Fürsorge oder die Volkswirtschaft allgemein. Eine Gesamtschau und Koordination aller Sozialversicherungen ist daher dringend nötig. Fragwürdig ist auch die Tendenz, die Belastung des Individuums durch die obligatorische Krankenversicherung durch immer höhere Steuermittel (Subventionen) zu kompensieren. Die Möglichkeiten der steuerlichen Entlastung vor allem von Familien wäre der einfachere und transparentere Weg.
- **Niemandem darf der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen verweigert werden.** Das ist unbestritten. Heute steht aber jedermann eine Leistungsvielfalt zur Verfügung, die weit über das hinausgeht, was im Einzelfall

medizinisch notwendig ist. Daher werden unverhältnismässig viele medizinische Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung bezogen – d.h. auf Kosten der Allgemeinheit! Der Eindruck herrscht vor, dass nicht mehr (was eigentlich die Idee sein sollte) Risiken versichert sind, sondern der Anspruch auf ein praktisch unbeschränktes Leistungsangebot.

- **Im heutigen System wird die Selbstverantwortung immer weniger attraktiv.** Anreize, selbst für seine Gesundheit zu sorgen, fehlen weitgehend. Das System ist darauf ausgerichtet, alle Verantwortung für die eigene Gesundheit der Allgemeinheit zu überbürden. So ist der minimale Selbstbehalt in der obligatorischen Krankenversicherung zu tief. Er liegt für viele Versicherte unter dem, was sie im Einzelfall selbst bezahlen könnten. Damit besteht keinerlei Anreiz für selbstverantwortliches und kostenbewusstes Verhalten, im Gegenteil: Je höher die Prämie und je geringer der Selbstbehalt, desto stärker die **Anspruchshaltung** (Vollkasko-Mentalität). Den Leistungserbringern vermitteln

im dominanten Bereich der obligatorischen Krankenversicherung die hohe Angebotsdichte sowie der Vertrags- und Tarifzwang kaum Anreize, ihre Patienten möglichst wirtschaftlich zu behandeln. Wer bestrebt ist, einen möglichst guten Behandlungserfolg zu möglichst günstigem Aufwand zu erreichen, wird nicht belohnt.

- **Wir stehen heute an einer Wegscheide:** Was führt zum Ziel eines langfristig guten und bezahlbaren Gesundheitswesens? Noch mehr staatliche Interventi-

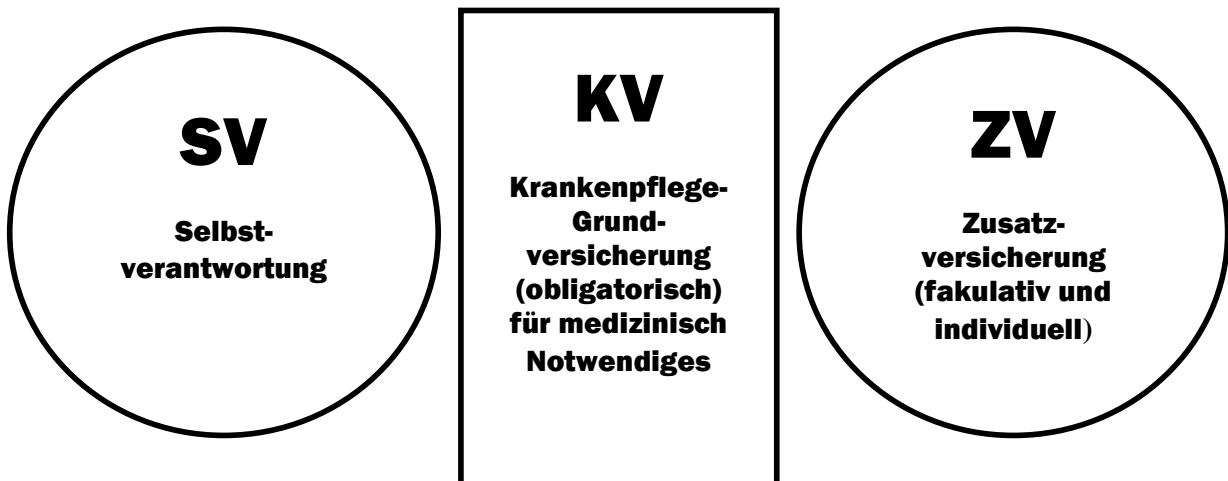
on und Planung oder mehr individuelle Freiheit und die Selbstverantwortung in einem wettbewerblichen Umfeld? Soll der Trend zur Kollektivierung fortgesetzt, sollen die staatlichen Eingriffe, deren Unwirksamkeit sich erwiesen hat, durch neue Interventionen mit ungewissem Ausgang ersetzt werden? Oder sollen der persönlichen Freiheit, Selbstverantwortung und Wahlmöglichkeit wieder zum Tragen kommen, verbunden mit echtem, wirksamem Wettbewerb unter allen Leistungserbringern und Versicherern?

Fazit: Notwendig ist jetzt ein klares Konzept – die bisherige

Flickwerk-Politik hat erwiesenermassen nicht zum Ziel geführt.

Die FDP will ein modernes, langfristig taugliches Konzept für eine Gesundheitspolitik auf drei Säulen:

- ▶ *Selbstverantwortung*
- ▶ *Obligatorische Krankenversicherung für das medizinisch Notwendige*
- ▶ *Fakultative Zusatzversicherung zur individuellen Deckung weiterer Ansprüche*



1. Säule: Selbstverantwortung

- **Grundsatz: Primär Selbstverantwortung, subsidiär Versicherung.**

Ein neues Konzept für das Gesundheitswesen muss

- die Sicherstellung der Versorgung mit Leistungen für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie
- die Finanzierung dieser Leistungen trennen.

Bei der Finanzierung ist neu zu bestimmen, wer wofür bezahlt, welche Risiken obligatorisch versichert werden und wer aufgrund seiner persönlichen wirtschaftlichen Situation staatliche Unterstützung erhält. Die Wahrnehmung der Selbstverantwortung soweit als möglich ist dabei für alle Beteiligten oberstes Gebot.

- **Das Interesse an der Erhaltung der eigenen Gesundheit ist mit wirksamen Anreizen zu fördern.**

Zuoberst muss das Interesse stehen, mit entsprechender Lebensweise seine Gesundheit zu erhalten und Krankheiten vorzubeugen. Ein gutes Beispiel dafür ist die seit Jahrzehnten erfolgreiche Präventi-

on in der Zahnmedizin. Zur Selbstverantwortung gehört vor allem die Bereitschaft, die medizinische Beratung bei Unsicherheit über den eigenen Gesundheitszustand und die Behandlung kleiner Gesundheitsstörungen selbst zu bezahlen. Dazu gehören auch Anreize und Hilfen für das Publikum, das vorhandene reiche Informationsangebot zur Krankheitsvorbeugung und -behandlung wirksamer zu nutzen. Zu fördern ist vor allem die persönliche Überzeugung, dass Versicherungen ausschliesslich dazu da sind, Risiken zu decken, welche die individuelle finanzielle Leistungsfähigkeit überfordern. Dies gilt für die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung wie für fakultative Zusatzversicherungen.

Zu fördern sind alle Anreize, gesundheitsschädigendes Verhalten zu unterlassen oder einzustellen. Es darf sich nicht mehr "lohnend", auf die eigene

Gesundheit keine Rücksicht zu nehmen und deren Wiederherstellung als Folge schädlichen Verhaltens der Allgemeinheit zu überbürden.

- **Je mehr Freiheit und Selbstverantwortung das Individuum hat, desto mehr Wahl- und Entscheidungsfreiheit gewinnt es.**

Jedermann bestimmt aufgrund seiner finanziellen Leistungsfähigkeit für sich, ob im Einzelfall medizinische Leistungen zu beanspruchen sind, sodann bei wem, wo und in welchem Ausmass sowie zu wessen Lasten (auf eigene Rechnung oder versichert). Leistungen, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen, kann nur beanspruchen, wer auch bereit ist, den Aufpreis dafür zu bezahlen oder dieses Risiko fakultativ zusätzlich zu versichern. Das Nichtbeanspruchen seiner Versicherung muss auf geeignete Weise belohnt werden (z.B. mit einem attraktiven Prämiennrabbatt).

- **Mehr Freiheit und Selbstverantwortung für die Leistungserbringer und Krankenversicherer fördert das kostenbewusste Verhalten.**

Leistungserbringer und Krankenversicherer können die Kostenentwicklung nur wirksam beeinflussen, wenn sie von den heute dominanten und weitgehend planwirtschaftlichen Einschränkungen des Staates befreit werden. Diese Befreiung führt zwangsläufig zu mehr Wettbewerb und Selbstverantwortung. Der Wettbewerb soll innerhalb ordnungspolitischer Rahmenbedingungen stattfinden. Soweit sozialpolitische Massnahmen nötig sind, sind sie so zu gestalten, dass sie den kostensenkenden Wettbewerb nicht beeinträchtigen. Das Obligatorium der Krankenpflege-Grundversicherung kann damit vereinbart werden, wenn diese auf die Deckung des im Einzelfall medizinisch Notwendigen beschränkt wird.

2. Säule: Obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung

- **Die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung soll nur für das im Einzelfall medizinisch Notwendige aufkommen.**

Die obligatorische Krankenversicherung muss auf die Deckung dieser Risiken beschränkt werden. Wunschbedarf jeder Art – mehr Komfort im Spital, unbeschränkt freie Arztwahl, alternative Medizin, usw. – gehört in den Bereich der Selbstverantwortung und damit – wiederum bei individuellem Bedarf und nach freier Wahl – in die fakultative Zusatzversicherung.

- **Zu fördern ist das Interesse, die Krankenversicherung subsidiär zu beanspruchen.**

Auch im obligatorisch versicherten Bereich ist die Bereitschaft zur primären Selbstverantwortung zu fördern. Damit wird die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung günstig beeinflusst. Zur Selbstverantwortung gehören auch die Franchisen (Selbstbehalte). Zu prüfen ist, ob und

inwiefern sie der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit angepasst zu bemessen sind (unter Berücksichtigung chronisch Kranker und von Familien). Zudem ist die Bereitschaft, die Franchise freiwillig zu erhöhen, mit attraktiven Prämienrabatten zu fördern.

- **Die grundversicherten Leistungen sind auf das medizinisch Notwendige auszurichten. Sie sind konsequent nach den KVG-Regeln "wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam" zu erbringen.**

Ursache der kaum gebremsten Steigerung der Kosten in der obligatorischen Krankenversicherung ist *nicht allein das Ausmass der versicherten Leistungen*. Mindestens so entscheidend ist, *wie die Leistungen in der Praxis, d.h. im Einzelfall erbracht werden*.

Hohe Kosten im Einzelfall sind nicht an sich schlecht. Entscheidend ist, ob sie durch medizinisch notwendige Massnahmen begründet sind, die im Einzelfall zweckmässig angewandt wurden. Die obligatorische Krankenversicherung leidet wegen zu vieler,

medizinisch nicht notwendiger oder unzweckmässig angewandter Massnahmen an Kostensteigerungen – und nicht wegen einzelner, manchmal teurer Therapien, die im Einzelfall medizinisch notwendig und gerechtfertigt sind. Auch die generell zu geringe Kostenbeteiligung der Versicherten bietet zu wenig Anreize zur kostengünstigen Selbstmedikation.

Zum Ausmass der grundversicherten Leistungen: Die obligatorische Krankenversicherung soll die medizinisch notwendigen Leistungsarten wie unumgängliche ärztliche Untersuchungen, Behandlungen und Spitalaufenthalte sowie aufwendige Abklärungen und Therapien vergüten. Die Voraussetzungen des KVG für die Vergütung von Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung – wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam – müssen bei der Zulassung und Überprüfung der Leistungen konsequenter als bisher angewandt werden. Gesicherte Erkenntnisse zählen; Modetrends sind abzulehnen!

Grundsätzlich in den Bereich der Selbstverantwortung gehören

namentlich Leistungen im Bereich allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen (Check up), Massnahmen zur Förderung der individuellen Fitness oder Badekuren. Beim Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern und Leistungserbringer-Kategorien, deren Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden sollen, sind vor allem bei der Wirtschaftlichkeit strenge Massstäbe auf gesicherten Grundlagen anzulegen.

Zur Erbringung grundversicherter Leistungen: Kosten erwachsen der obligatorischen Krankenversicherung, sobald im Einzelfall Leistungen erbracht werden. Die Leistungserbringer müssen konkrete Anreize erhalten, sich dabei möglichst wirtschaftlich zu verhalten. Für die Grundversicherung zugelassene Leistungen, gelten grundsätzlich als *wirksam*, *zweckmässig* und *wirtschaftlich*. Wirtschaftlich ist aber eine Therapie nur, wenn diese Leistungen in der Praxis auch *zweckmässig* angewandt werden. Bevor Leistungserbringer diagnostische oder therapeutische Leistungen erbringen, müssen sie beurteilen, ob sie *medizinisch notwendig* sowie *aus-*

schliesslich auf eine wirksame und zugleich möglichst kostengünstige Behandlung ausgerichtet sind.

Förderung einer praxisorientierten und auf wirtschaftliche Behandlung ausgerichteten Ausbildung im Medizinal- und Pflegebereich:

Die Ausbildung der angehenden Aerzte soll mit Praktika in der ambulanten Praxis ergänzt werden. Die niedergelassenen Ärzte sollen durch geeignete Anreize dazu motiviert werden, solche Praktikumsstellen anzubieten. Umgekehrt sollen praxiserfahrene Aerzte im Spital zur Assistentenausbildung eingesetzt werden. Die vermehrte unternehmerische Freiheit der Spitäler soll dazu beitragen, auch das Pflegepersonal stufengerechter und praxisorientierter auszubilden und einzusetzen. Die Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium sind aufzuheben, sobald kein Mangel an Ausbildungsplätzen mehr besteht. Zu Beginn des Studiums sind Selektionshürden einzubauen, um für den Beruf offensichtlich ungeeignete Studenten frühzeitig auszuschneiden. In der Ausbildung muss die Anleitung zu möglichst wirtschaftlicher

Untersuchung, Behandlung und Betreuung der Patienten zum Pflichtstoff gehören.

- **Die Voraussetzungen für die wirtschaftliche Leistungserbringung sind nachhaltig zu verbessern. Dazu gehört die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern.**

Vertragsfreiheit: Die bestehende Regelung, wonach alle Leistungserbringer zulasten der obligatorischen Krankenversicherung Leistungen erbringen können (sog. Kontrahierungszwang), ist aufzuheben. Sowohl im Bereich der ambulanten Leistungserbringer (v.a. Ärzte und Apotheker) als auch im Bereich der Spitäler ist somit die gegenseitige Vertragsfreiheit mit gleich langen Spiessen zu gewährleisten. Nur so besteht ein allseitiger Anreiz für wirtschaftliches, qualitäts- und leistungsorientiertes Wettbewerbsdenken. So entstehen aber auch Anreize, unter Leistungserbringern regionale Netzwerke zu bilden, welche den Versicherten ihre Leistungen erfahrungsgemäss möglichst koordiniert und damit effizient und kostengünstig erbringen.

Staatliche Rahmenbedingungen: Mit geeigneten Rahmenbe-

dingungen ist sicherzustellen, dass die Leistungserbringer und Krankenversicherer mit gleich langen Spiessen operieren und Verträge aushandeln können. Willkürliche einseitige Ausschlüsse namentlich von Leistungserbringern müssen unzulässig sein. Der heutige Tarifzwang ist durch eine Preisbildung abzulösen, die innerhalb gesamtschweizerischer Rahmenbedingungen (z.B. Tar-med) möglichst am Wettbewerb orientiert ist. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern und Leistungserbringern darf nicht durch kartellistische Abreden beeinträchtigt werden. In Streitfällen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern sollen paritätische Schiedsinstanzen entscheiden, unter Vorbehalt der gerichtlichen Überprüfung.

Prinzip der Angemessenheit (Adäquanz): Wirtschaftlich ist nur eine auf das medizinisch Notwendige beschränkte Behandlung im Einzelfall. Dafür sind geeignete Anreize zu schaffen, verbunden mit Massnahmen und Kriterien für die Qualitätssicherung in der medizinischen Praxis. Gute

Grundlagen dafür bietet eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und Erfahrung entsprechende, d.h. auf solide Daten gestützte Praxis im Alltag (evidence based medicine). Gute Qualität zu günstigen Kosten ist durch funktionierenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu erzielen und nicht durch staatliche Vorgaben und Eingriffe.

- **Kostenvorteil dank eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.**

Die angestrebte Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern bedingt für die Versicherten eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer. Dem steht der gewichtige Vorteil gegenüber, dass zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung ausschliesslich Ärzte, Apotheken, Spitäler und andere Leistungserbringer tätig sein dürfen, die ihre Leistungen erwiesenermassen wirtschaftlich erbringen. Diese Beschränkung ist für die Kostenentwicklung und die individuelle Prämienbelastung vorteilhaft. – Die unbeschränkte Wahl der Leistungserbringer gehört in den Bereich der Selbst-

verantwortung und gegebenenfalls der Zusatzversicherung.

Für das Publikum beizubehalten ist die volle Freiheit der Wahl der Krankenversicherer. Die Anreize, möglichst wirtschaftliche Versicherungsformen zu wählen, sind zu erhöhen.

- **Kostenvorteil dank Wettbewerb statt Planwirtschaft im Spitalbereich; Subjekt- statt Objektunterstützung aus Steuermitteln.**

Alle Spitäler sollen selbständige Unternehmen werden:

Die staatliche Planung im Spitalbereich ist durch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern abzulösen. Ordnungspolitisch begründete Rahmenbedingungen müssen den Rahmen für einen fairen und wirksamen Wettbewerb aller Spitäler bilden. Aufzuheben sind die staatlichen Kostenbeiträge, wie sie den Spitalern gemäss geltendem KVG auszurichten sind. Die Kantone und gegebenenfalls Gemeinden sollen den Krankenversichern künftig Beiträge an die Kosten der einzelnen Behandlungsfälle in denjenigen Spitalern ausrichten, die aufgrund eines Vertrages Leistungen zu Lasten der obligatori-

schen Krankenversicherung erbringen.

Aufhebung der Quersubventionierung:

Mit der Aufhebung der kantonalen Spitalsubventionen entfällt die heute erhebliche, für den Steuerzahler und Versicherten unfaire Quersubventionierung der Spitäler durch die zusatzversicherten Patienten. Anspruch auf die Vergütung von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung hat jedermann – unabhängig davon, ob eine individuelle Zusatzversicherung besteht oder nicht. Individuelle fallbezogene staatliche Beiträge an die Behandlung der Patienten im Spital sollen die bestehenden Ungerechtigkeiten beseitigen.

- **Sicherstellung der Grundversorgung durch die Kantone.**

Die Kantone sollen dafür geeignete Anreize setzen und langfristig angelegte staatliche Rahmenbedingungen vorsehen.

Die Kantone erlassen gesetzliche Rahmenbedingungen, mit denen die Leistungserbringer Anreize erhalten, die Grundversorgung für die ganze Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Dazu gehört die Pflicht aller Spi-

täler, die in ihrer Region auftretenden Notfälle aufzunehmen, unabhängig von der Kostenregelung im Einzelfall, die Sache der Krankenversicherung oder gegebenenfalls der örtlich zuständigen Fürsorge ist. Analog ist die Behandlungspflicht der Ärzte zu regeln. Subsidiär kann der Staat, falls unumgänglich, mit Leistungsaufträgen zur Schliessung allfälliger regionaler Versorgungslücken beitragen.

Separate Leistungsabgeltung für Forschung und Ausbildung. Die Kantone erteilen Spitälern, die in der Forschung und für die Ausbildung im medizinischen und pflegerischen Bereich Leistungen erbringen, entsprechende Aufträge. Diese Leistungsaufträge sind aus Steuermitteln und unabhängig von der Erbringung von Pflegeleistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abzugelten.

- **Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung durch Kopfprämien; höhere Franchisen.**

Prämienbemessung unabhängig von Einkommen und Vermögen. Die obligatorische Krankenversicherung ist weiterhin durch Prämien der Versicher-

ten zu finanzieren. Die gezielte Prämienverbilligung für wirtschaftlich schwächere Personen ist beizubehalten. Die Prämienverbilligung ist Sache der Kantone. Um das individuelle Kostenbewusstsein und Anspruchsverhalten gegenüber der Krankenversicherung wirksam zu steuern, ist sie auf die tatsächliche Bedürftigkeit der einzelnen Versicherten und nicht auf die Gesamtkosten in den jeweiligen Kantonen oder Regionen auszurichten.

Höhere Franchisen. Die obligatorische Kostenbeteiligung über Franchisen und Selbstbehalte ist generell zu erhöhen, um die Selbstverantwortung für die Erhaltung der Gesundheit zu fördern und die obligatorische Krankenversicherung von der Vergütung von Bagatellfällen zu entlasten. Zu prüfen ist, ob sich Franchisen, abgestuft entsprechend der individuellen Einkommens- und Vermögenslage, aber nur bis zu einer gesetzlich bestimmten Obergrenze, dafür eignen, die Selbstverantwortung zu erhöhen und die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung zu senken; dies sollte auch den Bedarf nach individueller Prämien-

verbilligung vermindern. Bei der Prüfung zu berücksichtigen sind die Senkung der Franchise bei chronischen Leiden sowie die Belastung von Familien. Unabhängig davon sind mit attraktiven Prämienrabatten Anreize zu schaffen, die Kostenbeteiligung individuell und freiwillig bis zu einer maximalen Höhe zu erhöhen.

- **Entflechtung staatlicher Aufgaben und Befugnisse.**

Der Staat bestimmt im Gesetz die Rahmenordnung für das Gesundheitswesen und im besonderen die obligatorische Krankenversicherung. Er soll sich dabei auf die Ordnungspolitik beschränken (Rahmenbedingungen für Wettbewerb und Aufsicht). Ausserdem subventioniert der Staat gezielt die wirtschaftlich schwächeren Prämienzahler. Auf die Erbringung von Leistungen soll der Staat

im Gesundheitswesen grundsätzlich verzichten. Soweit staatliche Organe Massnahmen anordnen, sollen sie für deren Konsequenzen direkt finanziell verantwortlich sein.

Der Staat (Bund und Kantone, gegebenenfalls die Gemeinden) stellen mit geeigneten Rahmenbedingungen und Anreizen sicher, dass die Leistungserbringer im möglichst freien Wettbewerb untereinander zu einem möglichst attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis tätig sind. Gleiches muss für die Krankenversicherer gelten. Deren unternehmerische Beschränkungen im KVG (Rechtsform; Gewinnverbot u.a.) sind aufzuheben. Der Staat soll sich als Leistungserbringer und Versicherer schrittweise zurückziehen. Seine Aufgabe ist die Ausrichtung von Kostenbeiträgen an die Behandlungsfälle und, mit Prämienkostenbeiträgen, die gezielte Unterstützung bedürftiger Versicherter.

3. Säule: Fakultative individuelle Zusatzversicherung

- **Die Einschränkung der obligatorischen Krankenversicherung soll neue Anreize für fakultative Zusatzversicherungen schaffen.**

Mit der neuen Ausrichtung der obligatorischen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige soll die Selbstverantwortung gestärkt werden. Mehr Selbstverantwortung führt dazu, nach Bedarf und freier Wahl fakultativ eine Zusatzversicherung abzuschliessen. Mit dieser klaren Trennung wird die Zusatzversicherung wieder attraktiv und letztlich auch wieder bezahlbar: Das Individuum entscheidet, ob es bestimmte Ansprüche, welche die obligatorische Krankenversicherung nicht deckt, fakultativ versichern will und wenn ja, in welchem Umfang und zu welchem Preis. Auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Lösungen mit Modulen (komfortablere Spitalunterkunft, grössere thera-

peutische Auswahl, unbeschränkte Arzt- und Spitalwahl usw.) sollen die Attraktivität ebenso steigern wie Modelle mit Ansparmöglichkeiten (Kapitalisierung) für die Pflege im Alter.

- In der fakultativen Zusatzversicherung soll die individuelle Wahl- und Entscheidungsfreiheit wieder voll zum Tragen kommen.

Fakultative Zusatzversicherung sollen weiterhin völlig unabhängig von der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG angeboten werden können. Der Spielraum für solche Versicherungsangebote soll infolge der Reduktion der obligatorischen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige wieder wesentlich grösser und attraktiver werden. Die Leistungen solcher Versicherungen sollen möglichst massgeschneidert für die einzelnen Interessenten angeboten werden können.

Anhang

*Aus dem Positionspapier 1999 der FDP Schweiz zur Gesundheitspolitik
"Mehr Wettbewerb statt neue Steuern im Gesundheitswesen":*

Sieben FDP-Postulate zur schweizerischen Gesundheitspolitik

- Förderung der Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit, mit Anreizen zu gesundheitsbewusstem Verhalten und zur Krankheitsvorbeugung.
- Obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung nur zur Deckung der Grundbedürfnisse, fakultative Zusatzversicherung für Wunschbedarf und Komfortverbesserung.
- Keine Gesamterneuerung des KVG, aber notwendige Korrekturen (mehr Markt, weniger staatliche Intervention und Abschaffung von Giesskannensubventionen).
- Leistungskatalog in der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung auf das Notwendige beschränken, ebenso die Zulassung von Leistungserbringern und Leistungserbringer-Kategorien.
- Beibehaltung der Kopfprämien in der obligatorischen Krankenversicherung, keine faktischen neuen Steuern durch Einkommens- und Vermögensumverteilung über die Prämien; Subventionen grundsätzlich nur zur gezielten Prämienvorbereitung für wirtschaftlich schwächere Personen.
- Im Spitalbereich: mehr Wettbewerb; Verzicht auf die Subventionierung von Leistungserbringern, Förderung von Wettbewerb und freiem Unternehmertum. Im ambulanten Bereich: Verzicht auf Globalbudgets und ähnliche planwirtschaftliche Eingriffe, staatliche Preiseingriffe und Tarife. In beiden Bereichen: Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwischen Leistungserbringern und Versicherern (im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege-Grundversicherung).
- Entflechtung staatlicher Aufgaben und Befugnisse: Gesetzliche Rahmenordnung für die obligatorische Krankenpflege-Grundversicherung, gezielte Subventionierung wirtschaftlich schwächerer Prämienzahler, Beschränkung auf Ordnungspolitik (Rahmenbedingungen für Wettbewerb, Aufsicht); Verzicht auf die Leistungserbringung durch den Staat; konsequente direkte Zuordnung der finanziellen Ver-

antwortung für staatliche Massnahmen.