

Krankes Gesundheitswesen in der Schweiz?

Positionspapier der SVP zum
Gesundheitswesen der Schweiz



Inhaltsverzeichnis

	Seite
▪ 1 Einleitung und Zweck dieses Papiers	3
▪ 2 Gesundheitswesen der Schweiz – Ausgangslage und Kostenentwicklung	4
▪ 3 Bisherige und aktuelle Gesetzgebungsversuche	6
▪ 4 Welches sind die echten Probleme	8
▪ 5 Systemfehler	9
▪ 5.1 Ungleichgewicht unter den Generationen	9
▪ 5.2 Exzessive Prämienrabatte	10
▪ 5.3 Prämienrabatte unverhältnismässig zum Krankheitsrisiko	11
▪ 6 Fehlanreize	12
▪ 6.1 Kostenbeteiligungen und Eigenverantwortung	12
▪ 6.2 Vertragszwang und administrierte Preise	13
▪ 6.3 Vollkasko mentalität	13
▪ 6.4 Zugang für Ausländer	14
▪ 6.5 Anzahl praktizierende Ärzte	16
▪ 6.6 Mehr Markt, weniger Reglementierung	16
▪ 6.7 Mehrfachrolle der Kantone	17
▪ 7 Zur Diskussion stehende Lösungsansätze	19
▪ 7.1 Integrierte Versorgung	19
▪ 7.2 Einheitskasse	20
▪ 8 Zusammenfassung Forderungen und Lösungsansätze der SVP	22
▪ 8.1 Finanzierung	22
▪ 8.2 Eigenverantwortung	22
▪ 8.3 Wettbewerb	23
▪ 8.4 Fazit	23

1 Einleitung und Zweck des Papiers

Die SVP vertritt seit jeher Grundwerte wie Freiheit, Unabhängigkeit, Eigenverantwortung sowie Schutz der Privatsphäre und des Eigentums. Im ökonomischen Kontext bekennt sie sich zu den Prinzipien der freien Marktwirtschaft, des Wettbewerbs und der Wirtschaftsfreiheit und sie unterstützt Unternehmertum aller Art und Grössenordnung, vom Klein- über den Mittelbetrieb bis hin zum internationalen Grossunternehmen, weil darauf der Wohlstand der Schweiz und ihrer Bevölkerung gründet. Alle diese Grundwerte und Prinzipien werden in Gesellschaft und Wirtschaft zunehmend eingeschränkt und zurückgedrängt – dies gilt in besonderem Masse auch für das Gesundheitswesen in unserem Land. Regulierung, Bürokratie und Staatsinterventionismus sind stark auf dem Vormarsch und schränken zunehmend natürliche Marktmechanismen und die Entfaltung einer kreativen, prosperierenden Privatwirtschaft ein. Staatliche Eingriffe und Steuerungsversuche führen oft zu Ineffizienz und schädlichen Fehlanreizen für viele Beteiligte. Diese Umstände tragen auch massgeblich zur ungebremsten Kosten- und Prämiensteigerung im Gesundheitswesen bei.

Die SVP akzeptiert diese Entwicklung nicht und hat deshalb das vorliegende Positionspapier zum Thema Gesundheitswesen in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Krankenversicherung erarbeitet. Insgesamt stehen aus Sicht der SVP fünf Ansatzpunkte für eine Optimierung des PreisLeistungsverhältnisses und eine verstärkte Kostenkontrolle und -bremse im Vordergrund:

- 1. Wettbewerb und Vertragsfreiheit müssen auch im Gesundheitswesen als Grundprinzipien wirken und daher gestärkt werden;**
- 2. Die Eigenverantwortung der Versicherten, d.h. auch deren Kostenbeteiligung muss erhöht und eine übertriebene Anspruchshaltung gebrochen werden;**
- 3. Die Mengenausweitung bei den versicherungsgedeckten Leistungen muss gestoppt werden;**
- 4. Quersubventionierungen und Umverteilungen innerhalb des Systems müssen aufgehoben werden;**
- 5. Die Rolle der Kantone ist neu zu definieren und auf wesentliche Aufgaben der Aufsicht und Kontrolle zu beschränken.**

Eine eingehende Behandlung anderer eng mit dem Gesundheitswesen verbundener Gebiete wie z.B. Prävention, Ausbildung, Unfall- oder Invalidenversicherung etc. wird in diesem Positionspapier nicht vorgenommen.

2 Gesundheitswesen der Schweiz – Ausgangslage und Kostenentwicklung

Die Schweiz hat eines der weltweit besten aber auch teuersten Gesundheitswesen. Es beschäftigt rund eine halben Million Personen (in Vollzeitäquivalenz 365'000 Stellen) was rund 12% aller Erwerbstätigen in der Schweiz entspricht und folgt als drittgrösster Wirtschaftszweig nach dem verarbeitenden Gewerbe und dem Handel. Allein über die letzten 10 Jahre wurden 80'000 zusätzliche Vollzeitstellen geschaffen.¹

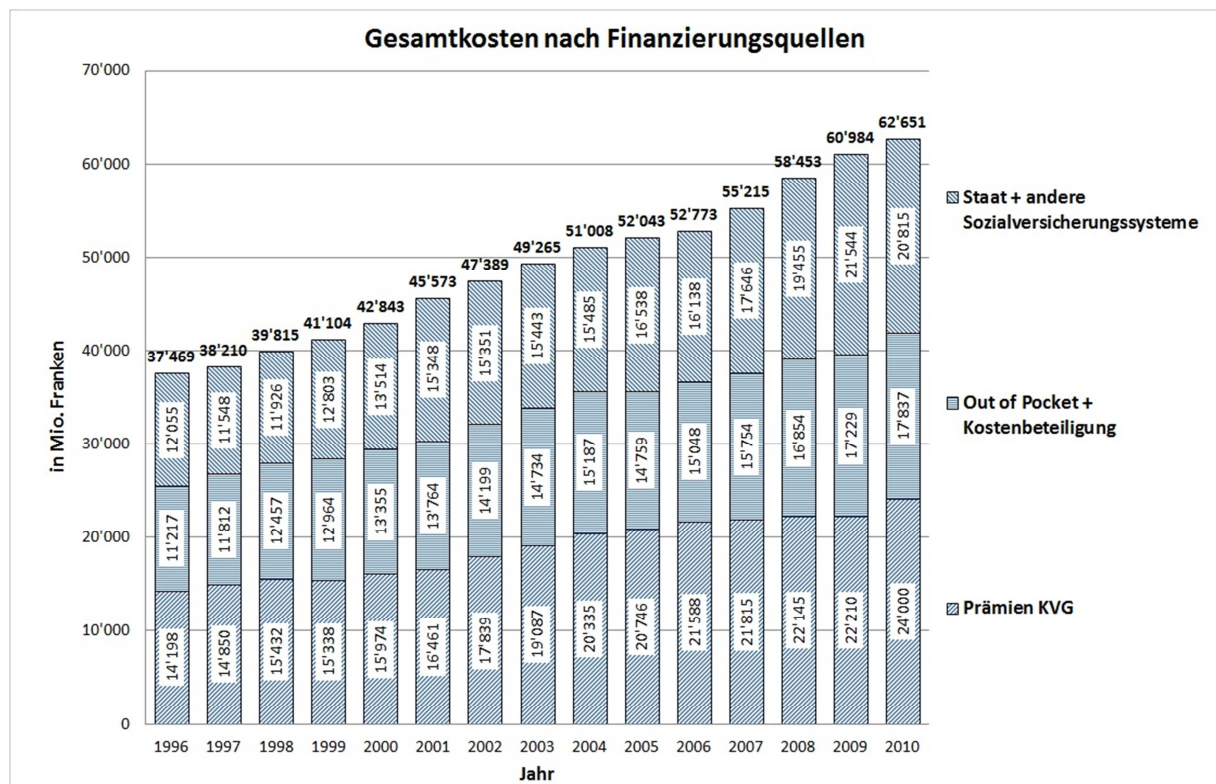
Zwischen 1996 und 2010 sind die Gesundheitskosten unseres Landes von CHF 37.5 Mrd. auf CHF 62.5 Mrd. angestiegen, was einer Kostenzunahme von rund 69% entspricht. Über denselben Zeitraum wuchs der Anteil der Gesundheitskosten am BIP von 9.9% auf 11.5%.² Nur in den USA und Frankreich ist dieser Prozentsatz höher. Während das BIP der Schweiz von 1996 bis 2009 durchschnittlich um 2.7% pro Jahr wuchs, lag dieser Wert bei den Gesundheitskosten bei fast 3.9%.³ Die Folge daraus ist eine über die Zeit stetig wachsende Inanspruchnahme volkswirtschaftlicher Ressourcen und eine entsprechende Mehrbelastung der Bürger.⁴ Ein ähnliches Bild ergibt sich im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG). Auch hier haben sich die Kosten über die Zeitspanne von 14 Jahren mit Einführung des KVG beinahe verdoppelt. Das durchschnittliche jährliche Kostenwachstum beträgt rund 4.3%, wobei auch in Zukunft keine Abkehr von diesem Trend zu erwarten ist. Die folgende Abbildung zeigt diese Entwicklung und gibt ausserdem Aufschluss darüber, wie diese permanent steigenden Gesundheitskosten finanziert werden.

¹ Studie Crédit Suisse : Gesundheitswesen Schweiz: Regionale Versorgung hält steigendem Kostendruck stand

² KOF, Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich.

³ Bundesamt für Statistik, Bruttoinlandprodukt gemäss Produktionsansatz 1990-2009, Berechnung

⁴ Quelle: OECD Health Data 2010; Datenstand Juni 2010



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010, Juni 2012

Unmittelbar belastet werden die Haushalte der Versicherten durch die Krankenversicherungsprämien, durch die „Out of Pocket“-Kosten (aus der eigenen Tasche bezahlte Medikamente, welche nicht über die Versicherung gedeckt sind) sowie die Kostenbeteiligung in Form von Franchisen und Selbstbehalt.

Zieht man Bilanz über die Zeitperiode seit Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1996, wurde durch die Schliessung der bestehenden Leistungslücken sowie die Verbesserung der Verfügbarkeit der Leistungen für die Versicherten, die mit dem Gesetz einhergehende Zielsetzung eines qualitativ hochstehenden Gesundheitswesens erreicht. Was die nachhaltige Stärkung der Solidarität unter den Versicherten, sowie die Eindämmung der Entwicklung der Kosten im Gesundheits- bzw. Krankenversicherungswesen anbelangt, wurden die in die neue Gesetzgebung gesetzten Erwartungen jedoch nicht oder nur bedingt erfüllt.⁵ Die Ausdehnung des Leistungsangebotes müsste aber auch mit einer Stärkung der Eigenverantwortung einhergehen. Dies wird aber teilweise durch das Versicherungsobligatorium sowie weitere gesetzliche Bestimmungen wie z.B. Obergrenzen für Franchise und Selbstbehalt verhindert.

⁵ Allgemeine Informationen Krankenversicherungsgesetz (KVG), BAG, 10. Februar 2010, S. 2.

Die Ursachen der dramatischen Kostenentwicklung müssen aus Sicht der SVP identifiziert und in aller Offenheit dargelegt werden, so dass es möglich wird, dem Schweizer Volk wirksame Lösungsansätze zu präsentieren.

3 Bisherige und aktuelle Gesetzgebungsversuche

Auf Gesetzgebungsebene hat sich seit der Einführung des neuen KVG im Jahre 1996 einiges getan. Nach dem Scheitern der 2. KVG Revision im Herbst 2003, in welcher es vor allem um kostenrelevante Fragen wie die Neuregelung der Spitalfinanzierung, die Aufhebung des Vertragszwangs, die Vorgaben zur Prämienverbilligung, die Festschreibung des Risikoausgleichs und die Änderung der Bestimmungen für den Fall der Nichtbezahlung der Prämien ging, hat der Bundesrat dem Parlament im Frühjahr 2004 zwei voneinander unabhängige Reformpakete sowie eine separate Vorlage über die Pflegefinanzierung zur Beratung unterbreitet. Ziel des Bundesrates war es, das KVG zu optimieren sowie kostendämpfende Elemente zu stärken.

Als die beiden wichtigsten Elemente dieser beiden Reformpakete gehen die **Neuordnung der Pflegefinanzierung** sowie die **neue Spitalfinanzierung** hervor. Im Mai 2009 hat der Bundesrat dem Parlament einen weiteren Entwurf für eine dringliche KVG-Revision mit den damit einhergehenden Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung überwiesen. Das Einsparpotential all dieser Massnahmen wurde seitens der Bundesverwaltung auf CHF 500 Mio. geschätzt.⁶ Ausschlaggebend für die Ausarbeitung dieses Massnahmenplans war die Befürchtung, dass die Mindestreservequote der Krankenversicherer Ende 2009 um rund 2.5 Prozent unterschritten würde und deshalb erneut massive Prämien erhöhungen nötig wären. Auslöser für die seit 2007 zu beobachtende, gegenläufige Entwicklung der Kosten und Prämieinnahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung liegen hauptsächlich in der Prämien genehmigungspolitik des Bundes. Hinzu kam die stetige Optimierung der Versicherungsdeckung durch die Versicherten (Prämienerosion) sowie die negative Entwicklung auf den Finanzmärkten. Die Vorlage wurde schliesslich zu einer Kompromisslösung, welche aus liberaler Sicht zu viele wettbewerbsbehindernde Elemente (z.B. Werbeverbot für Krankenversicherer)

⁶ (09.053) Bericht dringliche Revision des Bundesgesetztes über die Krankenversicherung (KVG), S. 11.

enthielt, so dass auch dieser Ansatz anlässlich der Herbstsession 2010 im Nationalrat scheiterte.

Bereits im Frühjahr 2003 hatte die SVP die anrollenden Probleme im Gesundheitswesen erkannt und deshalb die Volksinitiative „für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ (auch „Prämiensenkungsinitiative“ genannt) lanciert, welche die Krankenversicherung in der Bundesverfassung verankern und dabei Vertragsfreiheit, Transparenz, Flexibilisierung des Versicherungsumfangs sowie die prozentuale Beteiligung von Bund und Kantonen an der Finanzierung fördern wollte. Die Initiative kam zustande, wurde jedoch am 10. Januar 2008 zugunsten eines direkten Gegenentwurfs zurückgezogen. Offensichtlich war der Zeitpunkt für einen griffigen Lösungsansatz zu früh gewählt worden. Am 1. Juni 2008 wurde der Gegenentwurf, der zwar etliche Punkte der Initiative enthielt, sonst aber einem Flickwerk glich, in einer Volksabstimmung abgelehnt.

Am 17. Juni 2012 schliesslich scheiterte in einer Volksabstimmung die vom Parlament erarbeitete Managed-Care Vorlage, welche die Förderung und Verbreitung von integrierten Netzwerken in der ambulanten Gesundheitsversorgung stärken bzw. Anreize schaffen wollte, damit deutlich mehr Versicherte diese Modelle wählen.

Zieht man Bilanz über die in den letzten Jahren vorangetriebenen Gesetzesänderungen, so stehen wir vor einem Scherbenhaufen. Entweder sind die Vorlagen gescheitert oder aber sie haben die in sie gesteckten Erwartungen nicht oder nur minimal erfüllt, teilweise weil sie im Rahmen der parlamentarischen Behandlung völlig zerlegt und entstellt wurden. Offenbar ist der Leidensdruck für die Zustimmung zu wirksamen Massnahmen noch nicht genügend hoch. Nichts desto trotz sind aus Sicht der SVP die Zusammenhänge innerhalb des Gesundheitssystems weiterhin zu analysieren, verständlich und transparent zu machen und daraus Lösungsvorschläge zu formulieren. Wenn dies nicht gelingt, ist mit einem weiteren starken Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen und der Prämien für die obligatorische Krankenversicherung zu rechnen.

4 Welches sind die echten Probleme?

Die Gründe für die fortlaufend steigenden Gesundheitskosten sind vielschichtig. Wie einleitend erwähnt, ist das Gesundheitswesen ein sehr personalintensiver Bereich. Die Substitution von Personal durch technische Massnahmen ist limitiert. Steigende Löhne bedeuten somit unweigerlich entsprechend höhere Kosten. Gleichzeitig führen die höheren Löhne auch bei den Konsumenten, d.h. bei den Versicherten zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen.⁷ Die Anspruchshaltung der Bevölkerung betreffend Leistungen im Gesundheitswesen ist sowohl mengen- wie qualitätsmässig hoch. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht nicht nur Verbesserungen sondern auch gänzlich neue, zusätzliche Leistungen, die, spätestens wenn sie in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen werden, ebenfalls die Kosten bzw. Prämien erhöhen. Schliesslich ist auch die demographische Entwicklung, d.h. der Anstieg des durchschnittlichen Lebensalters der Bevölkerung mit der Zunahme chronischer und behandlungsintensiver Krankheiten ein Grund für die Kostensteigerung. Diese Faktoren sind nicht oder nur sehr bedingt beeinflussbar, um die Kosten unter Kontrolle zu bringen.

Viel zu wenig erkannt werden jedoch grundsätzliche Systemfehler und Fehlanreize im Schweizer Gesundheitswesen, welche die Kostenspirale ebenfalls massiv antreiben, sich aber durchaus korrigieren liessen.

⁷ Herbstprognose der schweizerischen Gesundheitsausgaben 2009-2012, KOF, Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich.

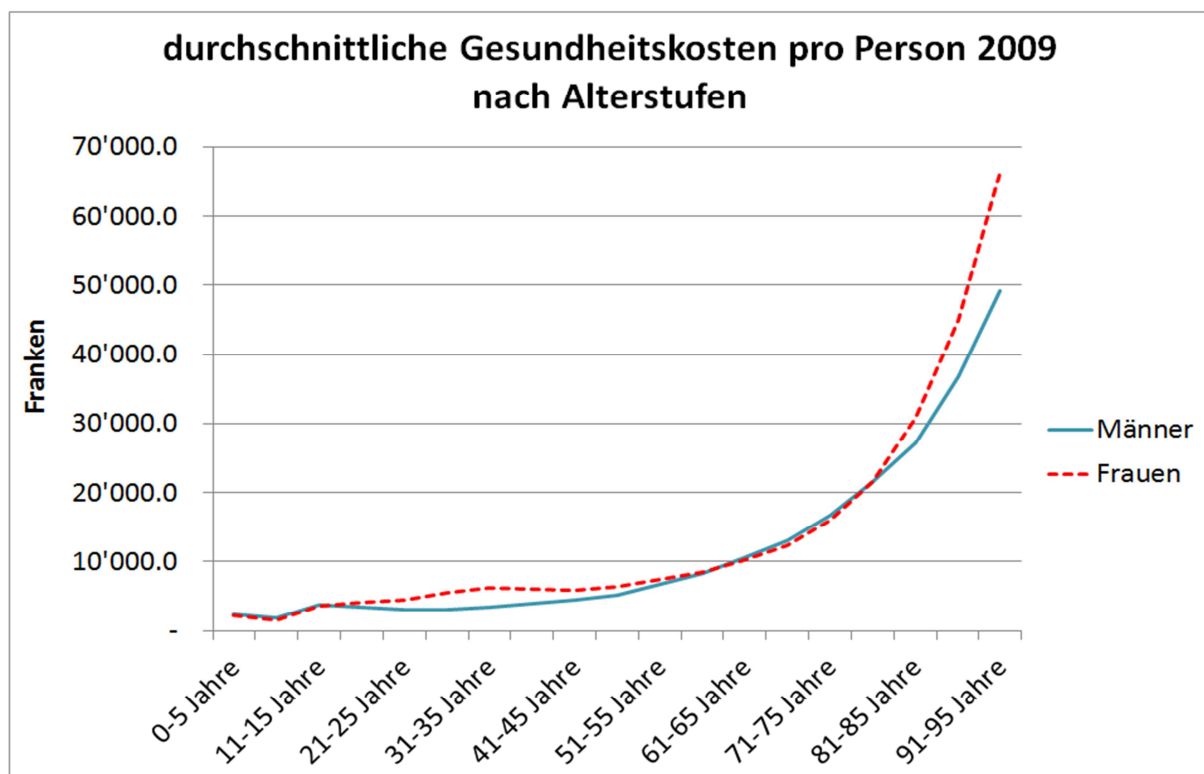
5 Systemfehler

5.1 Ungleichgewicht unter den Generationen

Gemäss KVG sind die Krankenversicherer verpflichtet, allen Versicherten dieselbe Prämie zu verrechnen (Zwang zur Einheits- bzw. Kopfprämie) mit folgenden Ausnahmen:

- Bei nachgewiesenen Kostenunterschieden je nach Kanton und Region, dürfen kanton- oder regional unterschiedliche Prämien verlangt werden;
- Für Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre), für junge Erwachsene (19-25 Jahre) dürfen tiefere Prämien verlangt werden, als bei Erwachsenen, d.h. es sind 3 Prämienstufen nach Alter erlaubt.⁸

Ziel dieser Prämienregelung ist die Gewährleistung der Solidarität zwischen jung und alt sowie gesund und krank. Die nachfolgende Grafik zeigt den systematischen Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten. Ein Mann zwischen 21 und 25 Jahren verursacht im Durchschnitt rund 3'000 Franken Gesundheitskosten pro Jahr (gleichaltrige Frauen rund 4'300 Franken). Zwischen 81 und 85 Jahren sind es rund 27'000 Franken pro Jahr (bzw. 30'000 Franken bei Frauen).



Quelle: Bundesamt für Statistik (BfS): Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht 1997-2009

⁸ KVG Art. 61

Die nur wenig differenzierte Einheitsprämie führt somit dazu, dass junge Erwachsene und Familien mit ihren Prämien die Gesundheitskosten der älteren Generationen mitfinanzieren. Damit wird die Bevölkerungsschicht der unter 55-Jährigen dreifach bestraft. Erstens, weil ihre Prämien deutlich höher, als die von ihnen verursachten Kosten sind; zweitens, weil sie durch die Zahlung an den Risikoausgleich die ältere Generation quersubventionieren und drittens, da heutzutage bekanntermassen ein Grossteil des Vermögens bei den über 65-jährigen liegt.⁹

Der Gedanke der Generationensolidarität wird aber ad absurdum geführt, wenn junge Erwachsene und junge Familien Prämienverbilligungen erhalten müssen, weil sie mit ihren Prämien die hohen Gesundheitskosten der vermögensmässig wesentlich stärkeren älteren Generation mitfinanzieren müssen. Deshalb fordert die SVP die Einführung von mindestens zwei zusätzlichen Prämienstufen in der Krankenversicherung. Damit würden die jungen Familien mit Kindern sowie die jungen Erwachsenen entlastet und das Prämienverbilligungssystem wieder seinem ursprünglichen Zweck der Unterstützung der wirtschaftlich wirklich Schwächeren zugeführt.

5.2 Exzessive Prämienrabatte

Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Gegebenheiten ist es ausserdem möglich, dass die Krankenversicherer im Rahmen der Prämienkalkulation den Versicherten je nach Versicherungsmodell verschiedene Rabatte gewähren. Diese Rabatte sind kumulierbar und werden dauerhaft gewährt. Die Kumulation der Rabatte kann bis zu 50% der Grundprämie einer Kasse, d.h. der Prämie mit einer Franchise von CHF 300.- betragen. Derart stark rabattierte Prämien widerspiegeln aber keine entsprechenden Kosteneinsparungen, sondern stellen klares Dumping dar mit dem Zweck, neue Kunden anzulocken oder den Versicherten bestimmte Produkte schmackhaft zu machen. So wird beispielsweise der Einstieg in die Managed Care-Modelle mit hohen Prämienrabatten belohnt, obwohl das Hauptziel dieser Modelle nicht billige Prämien sind, sondern die Erbringung eines qualitativ hochstehenden, umfassenden und gleichzeitig effizienten Versorgungsangebots ist.

⁹ Dies ist ersichtlich in den Steuerstatistiken der Kantone

Ökonomisch betrachtet sind Rabatte dann gerechtfertigt, wenn sie durch reale Kosteneinsparungen finanziert werden können. Solche Kosteneinsparungen sind den Versicherern erst am Ende des jeweiligen Kalenderjahres bekannt. Es ist somit ein systeminhärentes Problem, wenn diese Rabatte im Allgemeinen gestützt auf blossе Annahmen und zu Beginn einer Versicherungsperiode gewährt werden.

Mangels echter marktwirtschaftlicher Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen muss versucht werden, grundlegende ökonomische Erfordernisse gesetzlich festzulegen.

Darum fordert die SVP, die aktuelle Gesetzgebung dahingehend anzupassen, dass die Rabatte einerseits auf effektiv ausgewiesenen Kosteneinsparungen beruhen müssen und erst am Ende eines Geschäftsjahres – grundsätzlich also in der Form von Überschussbeteiligungen – ausbezahlt werden. Zudem sind Quersubventionierungen sei es zwischen Kassen der gleichen Unternehmensgruppe oder unter einzelnen Produkten zu unterbinden.

5.3 Prämienrabatte unverhältnismässig zum Krankheitsrisiko

Die gewährten Rabatte gehen unter anderem mit der Höhe der gewählten Franchise einher. Je höher die Wahlfranchise, desto höher ist das vom Bürger getragene Risiko und um so grösser ist richtigerweise der seitens des Versicherers gewährte Rabatt. Dieser Rabatt ist jedoch heute alters- und geschlechtsneutral, d.h. dass einem 75-Jährigen, dessen Krankheitsrisiko ein Mehrfaches über demjenigen eines 20-jährigen liegt, für eine Franchise von CHF 2'500 ein und derselbe Rabatt gewährt wird wie dem 20-Jährigen. Der Anreiz für einen älteren Bürger, eine höhere Franchise zu wählen, ist somit stark reduziert. Tatsächlich wäre es aber sinnvoll und korrekt, älteren Menschen mit höherem Krankheitsrisiko bei der Wahl einer höheren Franchise auch einen grösseren Rabatt zu gewähren.

Die SVP setzt sich daher dafür ein, dass ältere Personen (z.B. ab 55 Jahren), welche sich für eine wählbare Franchise entscheiden, einen im Verhältnis zu ihrem erhöhten Krankheitsrisiko höheren Rabatt erhalten. Dies allerdings unter der Voraussetzung, dass die weiter oben erwähnte Einführung zweier zusätzlicher Prämienstufen (nach Altersklassen) ebenfalls umgesetzt wird.

6 Fehlanreize

6.1 Kostenbeteiligungen und Eigenverantwortung der Versicherten

Wie zuvor bereits erwähnt, handelt es sich bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um ein Kopfprämiensystem mit wählbarer Franchise und Kostenbeteiligung (10% der Kosten, bis maximal CHF 700 pro Jahr für Erwachsene). Sind letztere für ein Jahr einmal ausgeschöpft, hat der Versicherte praktisch freien Zugang zu sämtlichen Gesundheitsleistungen, ohne sich weiter finanziell daran beteiligen zu müssen. Diese Art der Finanzierung mindert den Druck zur Eigenverantwortung und fördert das Konsumverhalten, da ab Erreichen einer gewissen Schwelle jeder weitere Konsum von Leistungen gratis und somit aus subjektiver Sicht überdurchschnittlich lohnend ist. Verschlimmert wird dieser Fehlanreiz dadurch, dass bei Bedarf die Franchise jeweils auf den Anfang eines Kalenderjahres beliebig angepasst werden kann. Bei einem planbaren Eingriff wird aber oftmals nicht nur die Höhe der Franchise optimiert, sondern es werden vielfach auch medizinische Leistungen konsumiert, die aufgrund einer hohen Franchise bisher hinausgezögert wurden. Ausserdem rechnet eine Vielzahl von Leistungserbringern die von ihnen erbrachten Leistungen direkt mit dem Krankenversicherer ab (tiers payant). Der Versicherte selber erhält lediglich die Abrechnung über die Franchise und die Kostenbeteiligung, ist sich aber oftmals nicht über die von ihm verursachten Kosten bewusst. Auch hier stossen wir wieder auf ein Element, welches dem Kostenbewusstsein abträglich ist.

Die SVP plädiert daher für mehr Eigenverantwortung und fordert einerseits, dass die Franchise im Fünf-Jahresrhythmus dem Landesindex der Konsumentenpreise angepasst wird und diese andererseits vom Versicherten nur alle 3 Jahre angepasst werden kann. Zudem soll der Höchstbetrag des Selbstbehalts von CHF 700 auf CHF 1'400 erhöht werden. Eine weitere Möglichkeit, die es zu prüfen gilt, wäre eine generelle Erhöhung der Kostenbeteiligung (Mindesthöhe für Franchise z.B. CHF 2'500), so dass deutliche Prämiensenkungen möglich wären. Dadurch könnten auch die Prämienverbilligungen reduziert werden. In Fällen, wo diese Kosten die finanziellen Möglichkeiten des Versicherten übersteigen, würde der Kanton mit einer direkten Leistungsvergütung unterstützend eingreifen. Der helfende Eingriff des Staates würde also nur aufgelöst, wenn tatsächlich medizinische Leistungen notwendig

wurden und der Versicherte die Kostenbeteiligung nicht zu tragen vermag.

6.2 Vertragszwang und administrierte Preise

Fehlanreize existieren auch bei den Leistungserbringern, d.h. bei den Ärzten, Spitälern usw. Im aktuellen System sind die Krankenversicherer aufgrund des Vertragszwangs verpflichtet, mit sämtlichen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten und deren in Rechnung gestellte Leistungen, sofern diese wirtschaftlich, zweckmässig und wirksam sind, zu vergüten. Einzige Barriere im System ist die vom Kanton zu erteilende Betriebs- bzw. Praxisbewilligung. Der oft geforderte Wettbewerb unter den Leistungserbringern findet somit nicht oder nur in ungenügender Masse statt. Der Wettbewerb unter Leistungserbringern wird aber auch durch die von hoheitlicher Ebene administrierten Preise weitgehend eingeschränkt. Dies hat zur Konsequenz, dass der Preiswettbewerb unter den einzelnen Anbietern nicht spielt und den Versicherten bzw. Versicherern die in der entsprechenden Leistungsverordnung festgeschriebenen Preise in Rechnung gestellt werden. Zwischen den Krankenversicherern und den Leistungserbringern **verhandelte Preise** würden den mangelnden Wettbewerb auch in diesen Bereichen beleben, den Preisdruck erhöhen und zu substantiellen Einsparungen zu Gunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führen. Des Weiteren tragen auch die aktuellen Vergütungssysteme (Einzelleistungstarif) dazu bei, dass die Kosten im Gesundheitswesen stetig steigen. Sie erlauben es nämlich den Leistungserbringern, ihr Abrechnungsverhalten zur Einkommensoptimierung anzupassen. So ist es nicht erstaunlich, dass von den jährlichen Mehrkosten 1/3 auf Preiserhöhungen und 2/3 auf Mengeneffekte bzw. -ausweitungen zurückzuführen sind.

Daher setzt sich die SVP im Hinblick auf eine Verstärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen für die Abschaffung des Vertragszwangs sowie für ein Verbot hoheitlich administrierter Preise ein.

6.3 Vollkasko mentalität

Auch der sehr umfassende Grundleistungskatalog führt zu stetig steigenden Gesundheitskosten. Neben schweren Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankheiten und Krebs werden von der Krankenversicherung auch Kosten übernommen, welche durch Bagatellerkrankungen wie eine einfache

Grippe und Erkältung verursacht werden. Die Leistungspflicht geht sogar soweit, dass auch Behandlungen wie Schwangerschaftsabbrüche, künstliche Befruchtungen usw. sowie auch Leistungen im Zusammenhang mit Rauschtrinkern und Drogensüchtigen die Kasse der sozialen Krankenpflegeversicherung belasten. Diese umfassende Abdeckung des Krankheitsrisikos führt seitens der Bevölkerung zu einer Vollkaskomentalität, bei der jegliche Eigenverantwortung verloren geht. Somit werden aber nicht mehr nur schwerwiegende gesundheitliche Ereignisse bzw. die dadurch entstehenden existenzbedrohenden finanziellen Folgen abgesichert, sondern es wird die uneingeschränkte Fortführung des üblichen und gewohnten Lebensstandards garantiert. Dies entspricht einer obligatorischen gesundheitlichen Vollkaskoversicherung mit Prämienschutz (bei den entsprechenden Fahrzeugversicherungen gibt es immerhin ein Bonus-Malus-System). Das Gesundheitswesen wird dadurch immer mehr zu einem Selbstbedienungsladen, in welchem sich jeder, jederzeit und unabhängig von der Schwere seiner Krankheit, bedienen kann.

Die SVP befürwortet die Schaffung eines auf die wesentlichen gesundheitlichen Bedürfnisse beschränkten Grundleistungskataloges im Obligatorium, welcher um frei wählbare, aber durch Zusatzversicherungen finanzierte Leistungen ergänzt werden kann.

6.4 Zugang für Ausländer

Die Schweiz hat einen der höchsten Ausländeranteile in der Bevölkerung. Durch die Personenfreizügigkeit und Schengen-Dublin steigt der Zustrom von Ausländern seit einigen Jahren noch stärker an. Der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens ist wie bei den anderen Sozialwerken für Ausländer sehr einfach. Einerseits kann dies in missbräuchlicher Absicht geschehen, indem sich schwer kranke Ausländer ohne Wohnsitz in der Schweiz über einen kurzen Zeitraum bei einer Schweizer Krankenkasse versichern, kostenintensive Behandlungen vornehmen lassen und anschliessend das Land verlassen. Auf diese Art und Weise nutzen Sie die kostenintensive Infrastruktur und kommen in den Genuss einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung, ohne sich jemals in adäquatem Verhältnis an den von ihnen verursachten Kosten beteiligen zu müssen. Prämien zahlen diese Personen nur während kurzer Zeit. Andererseits erhalten insbesondere auch Ausländer aus EU- und EFTA-Staaten

regulär sogenannte Leistungsaushilfen von der gemeinsamen Einrichtung KVG, welche diese dann von den ausländischen Versicherern oder den Heimatstaaten zurückfordern kann. Von 2003 bis 2009 hat die Zahl der jährlich in der Schweiz ausgerichteten Leistungsaushilfen an solche Personen von rund 35'800 auf beinahe 136'000 Fälle zugenommen – das entspricht einer jährlichen Wachstumsrate von fast 25%. Die Gemeinsame Einrichtung KVG rechnet mit einer weiteren starken Zunahme.¹⁰ Dabei haben sich bis Ende 2009 allerdings unbezahlte Rechnungen in der Höhe von CHF 183 Mio. angehäuft, die durch Kredite finanziert werden müssen. Die Kapitalkosten von bereits über CHF 4 Mio. übernimmt der Bund. Auch hier bezahlen die Steuer- und Prämienzahler letztlich die Zeche. Damit zeigt sich, dass grosszügige Abkommen im Bereich der Personenfreizügigkeit und der Sozialversicherungen sowie die finanzielle Schieflage vieler EU-Staaten auch Risiken und Kosten für das Schweizer Gesundheitswesen und die Versicherten bergen.

Die Kantone weisen als weitere Ausländerkategorie Asylsuchende ohne Aufenthaltsbewilligung und vorläufig Aufgenommene den Versicherern zu und übernehmen deren Prämien wobei diese Versicherten vom Risikoausgleich ausgenommen sind. Oftmals ist deren Gesundheitszustand schlecht bzw. es besteht Nachholbedarf. Die Kantone wählen deshalb prämiengünstige und effizient arbeitende Kassen aus und haben lediglich die Möglichkeit, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken. Gesamthaft stellen Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene eine besondere Personengruppe mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitskosten dar, welche entsprechend separat behandelt werden sollten.

Die Qualität und Kapazitäten des Schweizer Gesundheitswesens wirken wie ein Magnet für ausländische Patienten. Die sich daraus ergebende Gefahr laufend wachsender Zahlungsausstände muss vermindert und die missbräuchliche Ausnutzung des Systems unterbunden werden. Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene sollten ausserhalb des KVG-Systems behandelt und deren Gesundheitskosten direkt durch den Bund übernommen werden. Die entsprechenden Gesamtkosten sind dem Steuerzahler transparent darzulegen.

¹⁰ Gemeinsame Einrichtung KVG; <http://www.kvg.org/default.htm>

6.5 Anzahl praktizierender Ärzte

Ein weiterer Faktor, der zu einer Mengenausweitung und damit zu zusätzlichen Kosten führt, ist die zunehmende Zahl der praktizierenden Ärzte in der Schweiz. So ist es in jüngster Zeit, nach Aufhebung des Zulassungsstopps, zu einem sprunghaften Anstieg an Gesuchen für die Zulassung neu praktizierender Ärzte gekommen. Bei einer Gesamtzahl von rund 30'000 Ärzten haben allein seit Anfang Jahr über 1'000 Ärzte neu eine Abrechnungsnummer beantragt. Dabei fallen insbesondere ausländische Fachärzte ins Gewicht, die neu in der Schweiz praktizieren wollen. Jeder dieser Ärzte führt zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitssystem von gegen einer halben Million Franken pro Jahr. Neben der Aufhebung des Zulassungsstopps wirken sich hier auch die Folgen der Personenfreizügigkeit aus.

Die SVP fordert die Prüfung von geeigneten Zulassungs- und Begrenzungssystemen, die sich an Bedarfs- und Qualitätskriterien orientieren. Ebenso ist der Ausbildung von genügend Schweizer Ärzten Rechnung zu tragen.

6.6 Mehr Markt, weniger Reglementierung

Unter den Krankenversicherungen findet wie gewünscht ein Konkurrenzkampf statt, der sich in den vergangenen Jahren insbesondere in Form eines Verwaltungskosten- und Leistungswettbewerbs gezeigt hat. Einige Kassen haben den ihnen gesetzlich zugestandenen Freiraum recht weit interpretiert und genutzt. So wurden der Prämiengenehmigungsbehörde nicht nur zu tiefe, d.h. nicht kostendeckende, Prämien unterbreitet, sondern es wurden auch wie oben erwähnt Prämienrabatte z.B. über ungeeignete Quersubventionierungen finanziert. Konsequenz daraus ist, dass das Bundesamt für Gesundheit mit einer neuen, stark regulierenden Gesetzgebung in unverhältnismässiger Weise in die Wirtschafts- und Organisationsfreiheit der Krankenversicherer eingreifen will. Die SVP hat deshalb in ihrer Vernehmlassungsantwort vom 10. Mai 2011 den Entwurf für ein neues Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) klar abgelehnt. Die Aufsichtsbehörde hat bereits heute mit dem Krankenversicherungsgesetz und der dazugehörenden Verordnung die notwendigen Instrumente zur Durchführung einer starken Aufsicht und zur Unterbindung fragwürdiger Praktiken zur Verfügung. Von grosser Bedeutung ist, dass die Prämien anhand von versicherungstechnischen

und versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt werden, kostendeckend sind, und jegliche Art der Quersubventionierung, sei es unter Kassen der gleichen Gruppe und unter Produkten der gleichen Kasse vermieden wird.

Die SVP setzt sich für einen gesunden Wettbewerb unter den Krankenversicherern, mit kostendeckenden Prämien sowie einem Minimum an staatlicher Reglementierung und Intervention ein.

6.7 Mehrfachrolle der Kantone

Das Problem der Mehrfachrolle der Kantone hat die SVP frühzeitig erkannt. Im Spitalbereich sind die Kantone gleichzeitig Planer, Eigentümer, Tarifgenehmigungsbehörde, Leistungserbringer und Schiedsrichter in Einem. Dass es hier zu Interessenkonflikten kommen muss, ist nicht von der Hand zu weisen. Konsequenz daraus ist die Aufrechterhaltung von Überkapazitäten durch Planungsentscheide, die auf Überlegungen der kantonalen Strukturerhaltung, der Wirtschaftsförderung und des Prestiges der kantonalen medizinischen Einrichtungen basieren. Weitere Folgen sind überhöhte Tarife und Investitionsentscheide, welche das System ineffizient machen und verteuern. Dies wiederum hat nicht nur kostentreibende Auswirkungen auf die Krankenversicherungsprämien, sondern auch auf die mit Steuergeldern finanzierten Spitalleistungen und die Prämienverbilligungen von Bund und Kantonen. Wie akut diese Probleme sind, zeigt sich auch bei der gesamtschweizerischen Umsetzung der neuen Spitalplanung und -finanzierung. Mit dieser soll die freie Spitalwahl für die Versicherten in der ganzen Schweiz gewährleistet, mehr Transparenz, Vergleichbarkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit mehr Wettbewerb unter den Spitälern gefördert werden. Damit soll schliesslich auch eine kostenbremsende Strukturbereinigung und Optimierung im Spitalbereich erreicht werden. Es muss nun aber festgestellt werden, dass viele Kantone diese Neuausrichtung dazu missbrauchen, ihre Vormachtstellung und Einflussmöglichkeiten zu sichern und zu verstärken. Dies geschieht beispielsweise über die Einführung von Globalbudgets, degressive Fallpauschalen, Mindestfallzahlen oder gar Mengenbegrenzungen (z.B. Anzahl Betten) innerhalb des Kantons oder für bestimmte Spitäler. Genau mit der Schaffung von solchen staatlichen Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten

werden aber die Ziele der neuen Spitalplanung und -finanzierung untergraben und versucht, am status quo festzuhalten.

Die SVP plädiert daher für eine klare Rollenteilung und Reduktion der Interessenskonflikte. Im diesem Sinne sollen die Spitäler verselbständigt, die tarifrechtlichen Fragen von den Tarifpartnern verhandelt und allenfalls einer unabhängigen richterlichen Instanz bewilligt werden. Dies immer unter der Idealforderung, dass über kurz oder lang der Vertragszwang für die Versicherer aufgehoben wird. Die sinnvolle und zielgerichtete Umsetzung der Spitalplanung und -finanzierung muss allenfalls unter Führung eines geeigneten Gremiums (Task-Force) sichergestellt werden, welches die Entwicklung in den Kantonen begleitet und korrigieren kann.

7 Zur Diskussion stehende Lösungsansätze

7.1 Integrierte Versorgung

Bereits heute erfreuen sich Versicherungsprodukte mit einer eingeschränkten Wahl an Leistungserbringern aufgrund ihrer attraktiven Prämienhöhe einer zunehmenden Beliebtheit. Auch auf dem politischen Parket wurde der Ansatz der integrierten Versorgung unter anderem als der Schlüssel zur Lösung der Kostenproblematik propagiert. Durch eine optimale Koordination der Leistungen innerhalb eines Versorgungsnetzes, sowie einer Budgetmitverantwortung, der dem Netz angeschlossenen Leistungserbringer, sollen innerhalb des Systems nicht nur der Kostenanstieg eingedämmt, sondern sogar erhebliche Einsparungen erzielt werden können. Um einen Grossteil der Versicherten dazu zu animieren, sich einem integrierten Versorgungsmodell anzuschliessen, hatten Regierung und Parlament eine Gesetzesanpassung des KVG erarbeitet, mit welcher durch einen reduzierten Selbstbehalt und eine tiefere Kostenbeteiligung die entsprechenden Anreize zur Wahl von solchen Versicherungsformen durch die Versicherten geschaffen werden sollten. Gegen die sogenannte Managed Care-Vorlage wurde erfolgreich das Referendum ergriffen und sie scheiterte deutlich in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012. Aus liberaler Sicht als Mangel zu bezeichnen ist, dass diese Förderung der integrierten Netzwerke über erweiterte gesetzliche Regulierungen hätte erfolgen sollen. Dies steht im Widerspruch zur Forderung nach mehr Wettbewerb und Freiheit. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung hätte ausserdem gewisse Risiken in sich getragen: Übertreibt man die Anreize, werden dem System übermässig finanzielle Mittel entzogen, welche ihrerseits entweder mit höheren Prämien der übrigen ordentlich Versicherten oder aber effektive Kosteneinsparungen kompensiert werden müssen. Letzteres kann aber der Qualität des Modells abträglich sein, was keinesfalls erwünscht ist. Irrtümlicherweise werden als Referenz für die Ermittlung des potentiellen Einsparpotentials oftmals die heute bereits bestehenden Managed Care-Modelle herangezogen. Dies ist insoweit problematisch, als dass sich das Kollektiv der in Managed Care-Modellen versicherten Personen zur Zeit grossmehrheitlich aus jungen und gesunden Menschen zusammensetzt, welche im Vergleich zur übrigen Population keine oder aber nur beschränkt Leistungen konsumieren. Da im Krankenversicherungssystem die Finanzierung der Leistungen über ein Kostenumlageverfahren gewährleistet wird, entsprechen die Prämien den

jeweiligen vom Kollektiv verursachten Kosten. Daher sind die Prämien für ein Versichertenportefeuille mit einer jungen Risikostruktur tiefer, als diejenigen für ein Kollektiv mit grossmehrheitlich älteren Personen. Hier von potentiellen Kosteneinsparungen zu sprechen, ist also irreführend.

Um die Kostenspirale nachhaltig in den Griff zu bekommen, bleiben solche Versorgungsmodelle trotz des jüngsten politischen Scheiterns der Managed Care-Vorlage auch in Zukunft aus Sicht der SVP ein vielversprechender und wichtiger Ansatz. Entscheidend wäre, dass jene 20% der Versicherten, welche rund 80% der Gesundheitskosten verursachen, effizient arbeitende Versorgungssysteme wie integrierte Netzwerke wählen.¹¹ Diese Zielgruppe – typischerweise ältere Menschen oder Polymorbide (Menschen mit Mehrfacherkrankungen) – kann jedoch nur durch qualitativ hochstehende Leistungen von den Vorteilen einer integrierten Versorgung überzeugt werden und nicht durch Sparpotentiale bei den Prämien. Zudem ist sicherzustellen, dass die integrierten Versorgungsnetze – also die Leistungserbringer – insbesondere in ihrer Budgetverantwortlichkeit unabhängig von den Versicherern sind. Auf einen Angebotszwang ist aus liberaler Sicht zu verzichten. Es sollte aber die Möglichkeit zur Schaffung gewisser Anreize zu Gunsten der Versorgungsmodelle bestehen (z.B. durch differenzierte Selbstbehalte und Franchisen), wobei diese Anreize moderat ausgestaltet sein müssen und die integrierten Modelle nicht zu reinen „Sparmodellen“ degradieren dürfen.

7.2 Einheitskasse

Obwohl vom Volk im Jahre 2007 mit über 70% Nein-Stimmen wuchtig verworfen, hält sich in linken Kreisen hartnäckig die Idee, der hohen und laufend steigenden Gesundheitskosten durch die Einführung einer Einheitskrankenkasse Herr zu werden. Zwar würden in bestimmten Bereichen wie z.B. Marketing und Werbung zunächst gewisse Kosteneinsparungen möglich sein, diese werden aber kaum derart ins Gewicht fallen, dass damit eine nachhaltige und für den Prämienzahler spürbare Entlastung eintreten würde. Mit Verwaltungskosten von rund 5% weist die Branche einen sehr niedrigen bzw. guten Wert aus. Es gibt deshalb keine plausiblen Gründe, warum eine Einheitskasse effizienter und

¹¹ H+, BUNDESHAUS, Mai 2010 + Nr. 2, „Optimale Versorgung heisst schwerkranke Patienten gut behandeln“.

dauerhaft kostengünstiger sein soll. Das Gegenteil ist der Fall. Der vom Wettbewerb erzeugte Druck zu Effizienz bei gleichzeitiger Notwendigkeit, Kunden durch hohe Qualität zu halten und zu gewinnen, fällt in einem solchen System gänzlich weg.

Die SVP ist überzeugt, dass auch im Gesundheitswesen Angebot und Nachfrage sowie Qualität und Preis (Kosten) am besten durch die Prinzipien des freien Marktes und des Wettbewerbs in Einklang gebracht werden. Sie spricht sich somit klar gegen die Scheinlösung Einheitskasse aus.

8 Zusammenfassung Forderungen und Lösungsansätze der SVP

8.1 Finanzierung

- Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt vorwiegend über die Krankenkassen (Prämien), Kostenbeteiligungen der Versicherten und Steuergelder. Sie muss transparent geschehen.
- Die Finanzierung über Steuergelder darf keine falschen Anreize setzen (z.B. zur Senkung von Prämien oder Kostenbeteiligungen dienen)
- Prämien müssen zwingend kostendeckend sein;
- Prämienrabatte jeglicher Art müssen auf effektiv ausgewiesenen Kosteneinsparungen beruhen;
- Prämienrabatte werden nicht vorgängig, sondern am Ende eines Kalenderjahres als Überschussbeteiligungen ausbezahlt;
- Prämienquersubventionierungen zwischen verschiedenen Geschäftssparten oder Produkten einer Kasse jeglicher Art sind zu unterbinden;
- Entlastung der jungen Familien mit Kindern sowie der jungen Erwachsenen in Ausbildung durch die Einführung von mindestens zwei zusätzlichen Altersklassen bei der Prämienberechnung;
- Anpassung sowie grundsätzliche und regelmässige Überprüfung des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene sollten ausserhalb des KVG-Systems und direkt auf Kosten des Bundes bzw. der Kantone behandelt werden;
- Allfällige negative Auswirkungen der infolge von Personenfreizügigkeits- oder Sozialversicherungsabkommen stark steigenden Anzahl ausländischer Patienten, müssen mit geeigneten Massnahmen bekämpft werden.

8.2 Eigenverantwortung

- Prämienrabatte für Wahlfranchisen sind im Verhältnis des effektiven Krankheitsrisikos der jeweiligen Altersklasse festzulegen. Dabei sollten höhere Altersklassen höhere Rabatte sowie höhere Franchise-Obergrenzen erhalten können;

- Versicherte können die von ihnen gewählten Franchise nur alle 3 Jahre wechseln;
- Anhebung des Höchstbetrages des Selbstbehalts von CHF 700 auf CHF 1'400;
- Es ist zu prüfen, ob eine Erhöhung der Kostenbeteiligung (insbesondere der Franchise) in Kombination mit einer Leistungskostenübernahme anstatt Prämienverbilligung die Prämiensteigerung zugunsten von mehr Eigenverantwortung stoppen könnte;
- Das Versicherungsobligatorium sollte im Idealfall aufgehoben werden können. Die SVP hatte bereits im Zusammenhang mit dem neuen KVG auf die kostentreibende Wirkung eines Obligatoriums hingewiesen. Dessen Aufhebung ist heute indes nicht mehrheitsfähig. Solange dies nicht möglich ist, muss darauf geachtet werden, dass der Umfang der obligatorischen Leistungen deutlich eingeschränkt und auf das Notwendige begrenzt werden kann.

8.3 Wettbewerb

- Strikte Ablehnung der Idee einer Einheitskasse;
- Abschaffung des Vertragszwangs zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern;
- Der Staat (Bund und Kantone) ist primär Aufsichts- und Bewilligungsbehörde. Er hat sich auf diese Aufgabe zu konzentrieren und weitere Eingriffe am Markt zu unterlassen. Insbesondere hat er seine Mehrfachrolle aufzugeben;
- Verpflichtung der Kantone sich im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung an die Zielsetzung der neuen Gesetzgebung zu halten.

8.4 Fazit

Die Probleme im Gesundheitswesen der Schweiz sind unterschiedlicher Natur. Falsch wäre es, den Fehler nur bei einem einzelnen Akteur zu suchen. Vielmehr muss das Gesundheitssystem als Ganzes betrachtet werden. Dem Wunsch der Schweizer Bevölkerung nach einem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen ist Rechnung zu tragen. Dabei ist anzuerkennen, dass ein solches System zwangsläufig entsprechend hohe Kosten mit sich bringt, bzw. nicht „billig“ sein kann. Auch eine staatlich bzw. gesetzlich erzwungene Rationierung des

Leistungsangebots dürfte nicht dem Willen und den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger entsprechen. Lösungsansätze müssen vielmehr Klarheit darüber schaffen, wie die Leistungen finanziert und von wem die Kosten getragen werden müssen. Es besteht aber im heutigen System ein klarer Hang zu einer übertriebenen Anspruchshaltung und es wird gerne vergessen, dass das Gesundheitswesen nicht nur aus hilfedürftigen Kranken und hilfebietenden Leistungserbringern besteht, sondern auch aus Finanzierern, die nicht unendlich belastbar sind.

Die Schlüsselprinzipien für Verbesserungen des Systems sind Wettbewerb, Transparenz, Wahlfreiheit und mehr Eigenverantwortung.

Die von der SVP gewählten Ansätze gehen in die Richtung der Beseitigung der bestehenden Systemfehler und Fehlanreize. Insbesondere bezüglich der Leistungserbringer als auch der Krankenversicherer steht die SVP für ein möglichst hohes Mass an freier Marktwirtschaft und Wettbewerb ein. Damit muss diesen Akteuren aber auch die Chance gegeben werden, wirtschaftlich zu arbeiten und Gewinne zu erzielen. Die Rolle des Staates hingegen soll sich auf das Notwendige – nämlich die Ausübung von Aufsichts- und Bewilligungsfunktionen – beschränken. Auch ist unbedingt zu verhindern, dass sich die Finanzierung immer mehr auf staatliche Kanäle (z.B. Prämienverbilligungen, andere Sozialversicherungen usw.) fokussiert, weil diese letztlich durch Steuern, Abgaben oder Staatsdefizite getragen werden müssen. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten bedeutet, dass der Umfang des obligatorischen Leistungsangebots auf ein notwendiges Mass beschränkt werden muss, den Versicherten aber je nach ihren Präferenzen und finanziellen Verhältnissen ein beliebiger Ausbau ihrer persönlichen Gesundheitsversorgung durch Zusatzversicherungen möglich sein soll. Die Einführung der neuen Spitalplanung und -finanzierung inklusive der Fallpauschalen für Spitalleistungen sind derzeit Hoffnungsträger für die Weiterentwicklung des Schweizer Gesundheitswesens im stationären Bereich. Auch wenn von ihr gerade in Bezug auf die Kostendämpfung keine Wunder erwartet werden dürfen, sollten die zugrundeliegenden Ideen und Ziele sorgfältig verfolgt und umgesetzt werden.

Die SVP fordert mehr Marktwirtschaft und Freiheit auch im Gesundheitswesen, weil dadurch ein optimales und akzeptiertes Preis-Leitungsverhältnis erreicht werden kann – dies ist folglich auch eine Absage an weitere Regulierungs- und Verstaatlichungstendenzen.