

sgv-Charta

Für eine kosteneffiziente Gesundheitsversorgung

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz gehört weltweit zu den besten. Das hohe Qualitätsniveau und der freie Zugang zu medizinischen Leistungen wirken sich positiv auf das Wohlbefinden unserer Bevölkerung und auf die Lebensqualität aus. Das Gesundheitswesen hat auch einen hohen volkswirtschaftlichen Stellenwert und gehört zu den wichtigsten Treibern von Forschung und Entwicklung. 2005 wurden insgesamt 376'142 Personen (umgerechnet in Vollzeitäquivalenten) im Gesundheitswesen beschäftigt, was 12% der Gesamtbeschäftigung entspricht.

Wie nicht anders zu erwarten ist, hat ein qualitativ derart hoch stehendes Gesundheitssystem, das kaum Versorgungsengpässe kennt, auch seinen Preis. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1995 steigen die Gesundheitskosten um durchschnittlich rund 4,5% pro Jahr an. Die Hauptgründe für diesen deutlich über der allgemeinen Teuerung liegenden Kostenanstieg sind bei der demografisch bedingten Alterung unserer Gesellschaft, dem medizinischen Fortschritt, dem Anspruchsverhalten der Versicherten sowie systembedingten Unzulänglichkeiten zu suchen (siehe sgv-Positionspapier vom 27. Januar 2010). Zudem wird der Eigenverantwortung der Versicherten ein zu geringer Stellenwert beigemessen. Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP ist zu einem Drittel preis- und zu zwei Dritteln mengenabhängig.

Die stetig steigenden Krankenkassenprämien belasten nicht nur die Prämienzahler, sondern haben auch negative Auswirkungen auf die KMU. Der sgv verlangt deshalb eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens, die sich an liberalen Grundwerten auszurichten hat. Der sgv ist überzeugt, dass sich durch die Beseitigung von Ineffizienzen sowie durch stärkere Anreize für eine kostenbewusstere Inanspruchnahme medizinischer und therapeutischer Leistungen Kosten einsparen lassen, ohne dass damit das anerkannt hohe Niveau unserer Gesundheitsversorgung in Frage gestellt wird.

2. Grundsätze einer liberalen Gesundheitspolitik

Eine liberale Gesundheitspolitik orientiert sich am Konzept des regulierten Wettbewerbs („So viel Staat wie nötig, so viel Wettbewerb wie möglich“).

Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens ist weiterhin auf verschiedene Träger abzustützen. Der prozentuale Anteil der finanziellen Mitbeteiligung der öffentlichen Hand darf nicht weiter reduziert werden. Zur Verringerung des Prämienanstiegs in der Grundversicherung, zur Förderung der Eigenverantwortung und zur Stärkung der Anreize für eine kostenbewusste Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tritt der sgv für eine stärkere Kostenbeteiligung der Versicherten ein.

Bund und Kantone erstellen überprüfbare Legislaturziele für die Gesundheitspolitik und kontrollieren deren Einhaltung und finanziellen Folgen.

3. Forderungen des sgv

1. In einer auf einem Versicherungsobligatorium basierenden sozialen Krankenversicherung kommt der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Reichen und Armen sowie Männern und Frauen eine tragende Rolle zu. Diese darf die Individuen aber nicht davon entbinden, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen.
2. Der Bund setzt zur Überwachung und Steuerung der sozialen Krankenversicherung eine verwaltungsunabhängige Gesundheitsmarktaufsicht ein, stellt die notwendige Transparenz sicher und schafft die Voraussetzungen für eine qualitativ gute und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung.

3. Die Kantone gewährleisten die Versorgungssicherheit ihrer Bevölkerung. Der Schwerpunkt der kantonalen Aktivitäten liegt bei der Vermeidung von Unterversorgung und nicht bei der akribischen Planung detaillierter Einzelleistungen.
4. Sowohl im Bereich der Grund- als auch der Zusatzversicherung herrscht Wettbewerb unter den Krankenversicherern. Dieser Wettbewerb findet auf der Ebene einer qualitativ guten und kosteneffizienten Versorgung der Versicherten statt.
5. Spitäler und andere Leistungserbringer sind rechtlich selbständig und werden nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt.
6. Die Versicherten haben das Recht, periodisch den Krankenversicherer im Rahmen des Versicherungsobligatoriums zu wechseln.
7. Die Versicherer haben im Rahmen der Grundversicherung einen Aufnahmezwang.
8. Die Versicherten sollen zwischen verschiedenen Leistungspaketen der Versicherer wählen können. Dabei soll das gesetzliche Mindestleistungspaket bei jedem Krankenversicherer gleich sein.
9. Aus der obligatorischen Krankenversicherung werden ausschliesslich Leistungen bezahlt, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Nicht evidenzbasierte Leistungen oder versicherungsfremde Leistungen gehören nicht in den Leistungskatalog einer sozialen Krankenversicherung.
10. Über das Obligatorium hinausgehende Leistungen sind von den Leistungsbezüglern entweder über den Abschluss von Zusatzversicherungen oder durch Selbstzahlungen zu decken.
11. Finanzielle Verzerrungen zwischen ambulanten und stationären, öffentlichen und privaten, ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungserbringern werden kostendämpfend beseitigt. Grundlage dafür bildet eine monistische Finanzierung. Die öffentlichen Mittel sind auf geeignete Weise im System zu behalten.
12. Kostenbeteiligungen der Versicherten sollen soweit möglich zur Verhaltensbeeinflussung und nicht zur reinen Umfinanzierung genutzt werden. Im Rahmen von erhöhten Kostenbeteiligungen gewährte Rabatte sind nach versicherungstechnischen Grundsätzen zu ermitteln und erst nachträglich zu gewähren.
13. Unter Einhaltung folgender Rahmenbedingungen ist die Vertragsfreiheit einzuführen:
 - a) Die Versicherer sind grundsätzlich frei, mit welchen Leistungserbringern sie Verträge zur Sicherstellung der obligatorischen Grundversorgung abschliessen.
 - b) Die Leistungserbringer sind grundsätzlich frei, mit welchen Versicherern sie im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung Verträge abschliessen wollen.
 - c) Die wesentlichen Vertragsbestandteile sind Preise, Qualitäten, Mengen und Vertragsdauern.
 - d) Zwischen den Vertragspartnern werden Preise für Leistungen vereinbart (keine Kostenabgeltung).
 - e) Die Wettbewerbskommission verhindert Wettbewerbsbeschränkungen.
 - f) Den Versicherern ist es verboten, als Leistungserbringer tätig zu werden oder sich wirtschaftlich an solchen zu beteiligen.
 - g) Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist der Abschluss von Zusatzversicherungen möglich.

- h) Ein wirksamer Risikoausgleich ist sicherzustellen.
 - i) Im OKP-Bereich haben Versicherte ein uneingeschränktes Recht auf Austauschbefugnis hinsichtlich Kostenübernahme bei Leistungserbringern mit Vertragsbeziehung zu einem Krankenversicherer und Leistungserbringer ohne Vertragsbeziehung zu einem Krankenversicherer.
 - j) Der Tarifschutz gilt nur bei Leistungserbringern mit Vertragsbeziehung zum Krankenversicherer des Versicherten.
14. Die Versicherten sollen im Rahmen ihrer Versicherungsproduktwahl eine Auswahl an Leistungen (von Spitälern, Ärzten sowie weiteren Leistungserbringern) über die Kantons Grenzen hinaus haben.
15. Die Regulierungskosten im Bereich Gesundheitsversorgung sind im Sinne der Resolution des Schweizerischen Gewerbetages vom 28. Mai 2010 durch den Abbau staatlicher Auflagen um mindestens 20% zu senken.

Bern, 24. August 2011

Dossierverantwortlicher

Kurt Gfeller, Vizedirektor sgV
Telefon 031 380 14 31, E-Mail k.gfeller@sgv-usam.ch