

## Visana-Positionen zur Gesundheitspolitik

### 0. Vorbemerkungen

Die wichtigsten Prinzipien des 1996 eingeführten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sind:

- das Versicherungsobligatorium mit voller Freizügigkeit,
- die Einheitsprämie mit Risikoausgleich und Prämienverbilligung,
- die Kostenbeteiligung durch die Versicherten (Selbstbehalt und Franchise),
- ein umfassender Leistungskatalog und
- der Kontrahierungszwang zwischen Leistungserbringern und Versicherern.

Jeder Versuch, an diesen Grundprinzipien zu rütteln, wurde bislang an der Urne verworfen. Drei zentrale Problemfelder sind zu nennen:

1. Problemfeld Wettbewerb zwischen Krankenkassen,
2. Problemfeld Solidarität
3. Problemfeld Kostenexplosion

Vorliegendes Dokument fasst hierzu die wichtigsten von Visana eingenommenen gesundheitspolitischen Positionen zusammen.

### 1. Problemfeld Wettbewerb zwischen Krankenkassen

Das KVG sieht Wettbewerb zwischen den Versicherungen in der OKP vor. Die Anzahl der Krankenversicherer ist zwischen 1996 und 2006 von 145 auf 87 gesunken. Der Anreiz zum Kostensparen besteht zwar, aber gesetzliche Regelungsdichte (Kontrahierungszwang, definierter Leistungskatalog, etc.) und fehlende Transparenz bezüglich Preis und Leistungen verhindern gewünschten Wettbewerb um möglichst effiziente Versorgung und Kosten-management.

Gegenwärtig ist die Risikoselektion über die Prämien die dominierende Wettbewerbsstrategie (Risikoselektionsvorteil durch ungenügenden Risikoausgleich).

Ab 2012 gilt ein neuer Risikoausgleich, dessen Verbesserungen teilweise durch die Einführung der DRG geschmälert werden dürften (Hypothese: morbideres Versichertenkollektiv wird tendenziell teurer, da Fallkosten Spital stationär sich tatsächlichen Kosten angleichen).

➤ *Forderungen Visana:*

- *Weitere Verbesserung Risikoausgleich und Aufhebung der Befristung:*
  - *Morbiditätsorientierter Risikoausgleich mindert Selektionsvorteile und verhindert die volkswirtschaftlich schädliche Jagd nach guten Risiken.*
- *“Selbstreinigungsprozess“ der Branche – 5-7 Krankenversicherer sind genug:*
  - *Krankenversicherer nehmen die ihnen zugedachte Rolle nicht wahr*
  - *Sparpotential durch Vereinheitlichung des Systems*
  - *Kräfteverzettlung mindert die Macht der Versicherer*

## 2. Problemfeld Solidarität

Im KVG sind mehrere Solidaritätsprinzipien verankert, die mit der bestehenden Finanzierungsform zunehmend an ihre Grenzen gelangen. Die Umverteilungsmechanismen laufen zum Teil in entgegengesetzte Richtungen, was korrigiert werden muss. Zum Grundprinzip der sozialen Krankenversicherung gehört die Solidarität der Gesunden mit den Kranken. Die frei wählbaren Franchisen untergraben die Solidarität, da die Versicherten ihren Informationsvorsprung ausnutzen (Selbstselektion): Gesunde wählen hohe Franchise und wechseln im Krankheitsfall nach spätestens einem (neu 3?) Jahr(en) zu einer tieferen Franchise.

- *Forderungen Visana:*
  - *Abschaffen der wählbaren Franchisen oder Abschaffung Freizügigkeit bei höheren Franchisen und Prämiensparmodellen.*

Die Jungen sind im heutigen System mit der Einheitsprämie solidarisch mit den Alten. Alter und Krankheit ist zwar keinesfalls gleichzusetzen, aber die Kosten zulasten der OKP nehmen mit steigendem Alter zu. Zudem wird in umlagefinanzierten Systemen ein beträchtlicher Teil der zusätzlich zu erwartenden Kosten (durch Fortschritt und Demographie) den jüngeren Generationen aufgebürdet, wodurch die Solidaritätslast steigt.

Durch die individuellen Prämienverbilligungen (IPV) und die Finanzierung von Leistungen im stationären Bereich aus Steuermitteln gibt es eine Umverteilung von den Reichen zu den Armen. Die IPV fließen heute mehrheitlich den jüngeren Generationen zu. Im KVG findet damit durch die Einheitsprämie eine Umverteilung von arm zu reich statt, die wiederum via IPV korrigiert wird. Die IPV steigen parallel zu den Kosten, wodurch das Gesundheitswesen zunehmend aus Lohnprozenten finanziert wird.

- *Forderungen Visana:*
  - *Zusätzlicher Altersgruppenwechsel (z.B. 51+)*

## 3. Problemfeld Kostenexplosion

Grösste Herausforderung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist der ungebremste Kostenanstieg (zwischen 1996 und 2008 um durchschnittlich 4,5% pro Jahr). Der Kostenanstieg in der OKP ist in erster Linie auf das ungebremste Mengenwachstum zurückzuführen (Kosten = Menge x Preis). Die Anstrengungen auf der Preisseite in den letzten Jahren waren wirkungslos, weil die Leistungsmenge unaufhörlich steigt.

Verantwortlich für das Mengenwachstum sind der Kontrahierungszwang (fehlender Wettbewerb zwischen den LERB) und die falschen Anreize (Moral Hazard). Die Versicherten fragen mehr Leistungen nach als ohne Versicherung, da die Kosten ganz oder teilweise von der Versicherung bezahlt werden. Die Leistungserbringer wiederum haben den Anreiz, Leistungen über das medizinisch indizierte Mass hinaus zu veranlassen, da dies vom Patienten gewünscht wird und sie bestrebt sind, die Menge an Behandlungen durchzuführen, die für sie und ihre Infrastruktur finanziell optimal sind.

Mögliche Massnahmen:

- *Vertragsfreiheit:* Einzige Möglichkeit, angebotsinduzierte Mengenausweitung zu begrenzen und Anreize zur Qualitätsverbesserung zu setzen (politisch nicht umsetzbar).
- *Globalbudgets:* Bieten zentrale Steuerungsmöglichkeiten und sind rasch wirksam, führen aber zu Versorgungs- und Qualitätsproblemen und grossen bürokratischen Aufwand.
- *Angebotsplanung:* Gesundheitsplanung, wie sie die Schweiz bereits heute in der Spitalplanung der Kantone oder mit dem Zulassungsstopp für neue Arztpraxen im ambulanten Bereich kennt.

- Höhere Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) stärkt die Eigenverantwortung und vermindert die (ineffiziente) hohe Inanspruchnahme von Leistungen.
- *Forderungen Visana:*
  - *Einführung des Visana Gatekeeper-Modells: Der Zugang zu spezialärztlichen und stationären Leistungen erfolgt nur über die ambulante Grundversorgung.*
  - *Erhöhung Kostenbeteiligung und Anpassung an Teuerung (Selbstbehalt und Franchise) zur Stärkung der Eigenverantwortung.*
  - *Gesamtplanung (Leitbild) der ambulanten und stationären Versorgung durch die Kantone:*
    - *Globale bedarfsgerechte Angebotsplanung (ambulanter und stationärer Bereich) und Sicherstellen der Versorgung der Bevölkerung.*
    - *Regionale Vernetzung der Leistungserbringer: Organisation der Notfallversorgung, Koordination von Spitzenmedizin, der medizinisch-technischen Geräte, etc.*
    - *Planungskompetenzen: Bund definiert Über- und Unterversorgung und die möglichen Massnahmen (z.B. höhere Taxpunktwerte in unterversorgten Gebieten und umgekehrt).*
  - *Einführung Monismus: Anstatt Beteiligung an stationären Leistungen sollen die Kantone das Geld für individuelle Prämienverbilligungen aufwenden.*
  - *Gleich lange Spiesse auf der Spitalliste für öffentliche und private Spitäler.*
  - *Kostenneutrale Einführung DRG.*
  - *Direkte Preisverhandlungen zwischen Pharma und Krankenversicherungen.*