

Position

Februar 2020

DER GROUPE MUTUEL

Liberale Vision „Krankenversicherung2030“

In Kürze

Die gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Bedeutung der Gesundheit steigt und steigt. Reformideen – insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung – spriessen in alle Richtungen. Von der Verstaatlichung des ganzen Gesundheitssystems bis zur vollständigen Liberalisierung ohne Versicherungsobligatorium wird alles in die Runde geworfen.

Als Krankenversicherer ist es unsere Aufgabe, nicht nur Reformen von der Politik zu fordern, sondern eigene Vorschläge und Modelle zur Systemverbesserung zu entwickeln. Der Kunde – als Patient und Versicherter – muss dabei im Zentrum stehen. In unserer Vision „Liberale Krankenversicherung2030“ setzen wir daher auf Qualität, Finanzierbarkeit, Transparenz und Selbstbestimmung als Mehrwert für den Einzelnen.



Ihr Kontakt der Groupe Mutuel

Miriam Gurtner

Tel. 058 758 81 58

migurtner@groupemutuel.ch

www.groupemutuel.ch

Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®



1. Ausgangslage: Konzept des regulierten Wettbewerbs

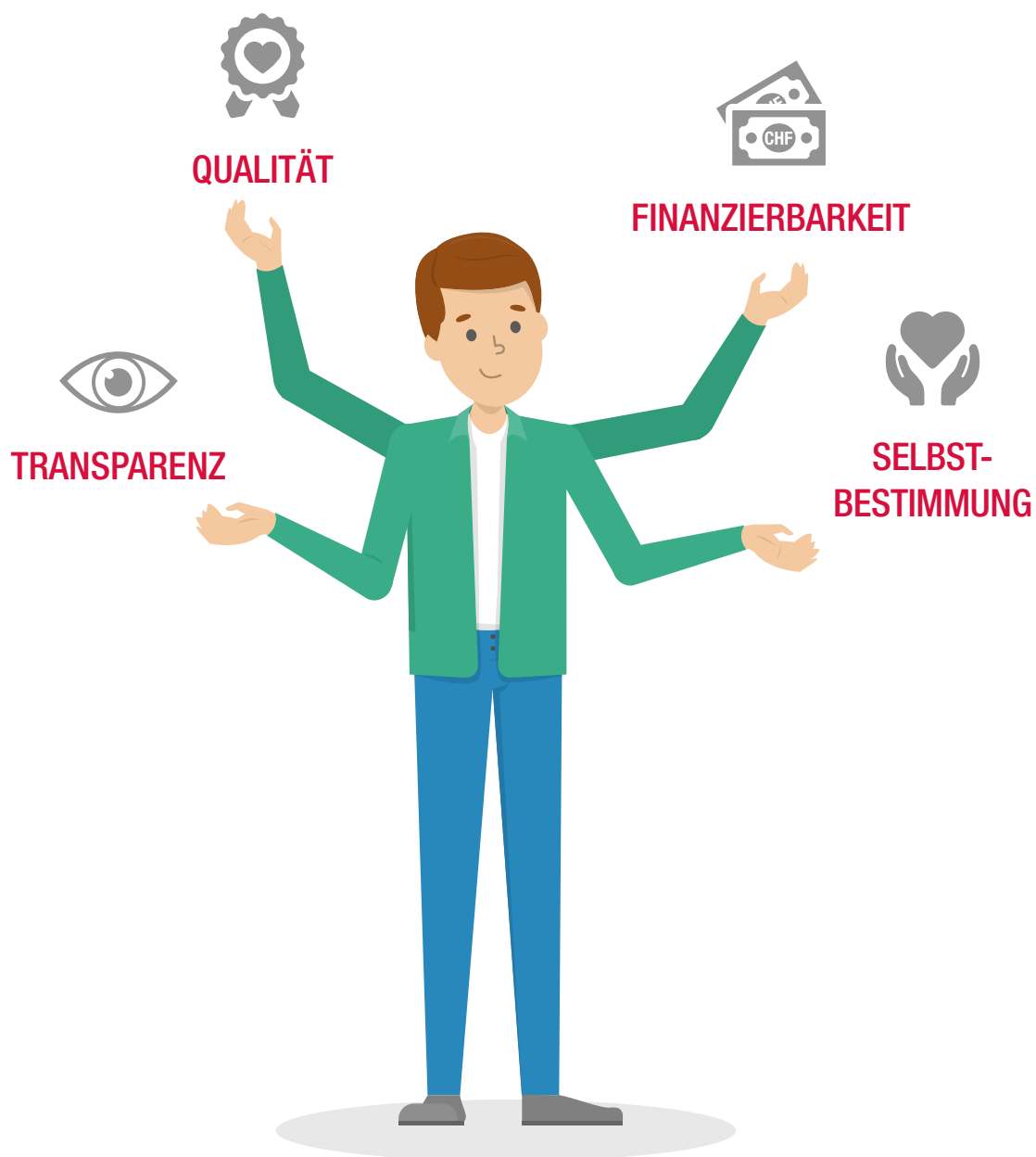
Regulierter Wettbewerb – Zauberwort der heutigen Gesundheitspolitik im Krankenversicherungsbereich. Doch wie viel Wettbewerb steckt wirklich im System und in welche Richtung entwickelt es sich?

Seit seinem Inkrafttreten 1996 wurde das Gesetz über die Krankenversicherung (KVG) bereits über 30 Mal teilrevidiert. Dabei wurden die Kompetenzen der Behörden und des Bundesrates laufend ausgebaut und die administrativen Hürden für Leistungsanbieter und Versicherer erhöht. Das Gesundheitssystem wurde träger, bürokratischer und teurer – aber qualitativ nicht besser. Der Ausbau der KVG-Regulierungen hat nicht dazu beigetragen, den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu stärken.

Es braucht Modelle für unser Gesundheitswesen, welche dem Individuum einen echten Mehrwert bringen. Dafür muss der Kunde, Patient und Versicherter, im Zentrum der Vision stehen.

2. Liberale Vision « Krankenversicherung2030 » der Groupe Mutuel

Die Vision der Groupe Mutuel orientiert sich an folgenden Mehrwerten für den Einzelnen:



2.1 Rahmenbedingungen

Der Staat beschränkt sich auf die Definition der Rahmenbedingungen und deren Kontrolle

Die Behörden sorgen für die Grundlagen des regulierten Marktes, indem sie entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen und diese laufend kontrollieren. Diese Rahmenbedingungen sollen sich auf ein notwendiges Mass beschränken und verhältnismässig sein. Es ist weitere Aufgabe des Staates, neue und bestehende Leistungen, die nicht wirtschaftlich und zweckmässig sind, zu streichen (u.a. mittels HTA). Damit erhält der Versicherte ein bezahlbares und qualitativ hochstehendes System nach transparenten Regeln.

Die Rolle der Kantone ist geklärt

Die Mehrfachrolle der Kantone wird entflochten, denn sie schafft massive Interessenkonflikte und führt zu Intransparenz: Die Kantone besitzen, betreiben und finanzieren Spitäler, sind Arbeitgeber, Aufsichtsorgan und entscheiden bei Tarifstreitigkeiten. Das verunmöglicht eine faire Preisgestaltung, bläht die Kosten auf, führt Steuergelder in Subventionen ab und verhindert den Wettbewerb auf der Basis von qualitativen Kriterien.

Die Aufsicht ist verhältnismässig

Die Aufsicht über die Krankenversicherer obliegt dem Bundesamt für Gesundheit (BAG). Das BAG hat über die einheitliche Anwendung des KVG zu wachen, und es beaufsichtigt die finanzielle Situation der Krankenversicherer, um deren Solvenz und somit auch adäquaten Schutz der Kunden sicher zu stellen. Mit dem Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KVAG), den bereits im KVG vorhandenen Kompetenzen und den heute gelieferten Daten können die Behörden die Qualität und Effizienz der Krankenversicherer beaufsichtigen. Es braucht dafür keine weiteren prämientreibenden Massnahmen. Dasselbe gilt im Bereich der Krankenzusatzversicherungen, welche auf der Basis des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) von der Finma beaufsichtigt werden.

Das Versicherungsprinzip ist gestärkt

Die von den Krankenversicherern erhobenen Prämien werden kostendeckend angesetzt. Dumpingangebote und Mischrechnungen innerhalb von Krankenversicherungen sind nicht zulässig. Es ist Aufgabe der Aufsicht, die Vorschrift kostendeckender

Prämien durchzusetzen. Damit bleibt das System für den Versicherten fair finanziert, nachvollziehbar und transparent.

2.2 Finanzierung

Einheitliche Finanzierung aller OKP-Leistungen

Alle ambulanten und stationären Leistungen werden einheitlich finanziert mit den Krankenversicherern als Zahlstellen. Die kantonalen Gelder bleiben im System und werden anhand eines gesetzlich definierten Prozentsatzes als Kostenbeteiligung der Kantone rückwirkend periodisch den Versicherern überwiesen. Damit werden bestehende Fehlanreize behoben, was die Prämienzahler entlastet und das System transparenter macht.

Franchisen werden kontinuierlich angepasst

Die ordentliche Franchise wird von heute CHF 300.- auf CHF 400.- oder CHF 500.- erhöht. Der Betrag, der seit mehr als 15 Jahren nicht mehr angepasst wurde, entwickelt sich analog den Kosten im Gesundheitswesen. Die hohen Franchisen werden beibehalten, weil diese weitgehend den jüngeren Generationen zugutekommen, welche ihrerseits bereits einen sehr grossen und zunehmend grösser werdenden Teil der Solidarität mitzutragen haben. Damit bleibt das System finanzierbar und die Versicherten haben einen hohen Grad an Selbstbestimmung.

2.3 Versorgung

Leistungserbringer stehen im Wettbewerb

Leistungserbringer - ambulant und stationär - behaupten sich im freien Wettbewerb. Dies steigert die Qualität und Transparenz, eliminiert ineffiziente Angebote, wirkt kostendämpfend und innovationsfördernd. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass die Qualität der Leistung (Indikations- und Ergebnisqualität) gemessen und bewertet wird – was das Angebot stetig verbessert.

Die Koordination unter den Leistungserbringern ist gewährleistet

Die Leistungserbringer im Schweizer Gesundheitswesen koordinieren sich besser. Sie entwickeln entsprechende Konzepte unter Einbezug der neuen digitalen Möglichkeiten. Dadurch gibt es seltener Mehrfachuntersuchungen, unnötige Konsultationen und falsche Behandlungen. Die Effizienz und die Qualität steigen im Sinne der Patienten und der Prämienzahler.

Die administrierten Preise sind abgeschafft

Preise für Medikamente, Laboranalysen, medizinische Hilfsmittel und Geräte werden mittelfristig nicht länger vom Staat administriert, sondern dem freien Wettbewerb ausgesetzt. Der Preiskampf führt zu Kostensenkungen, was direkt dem Versicherten zugutekommt. Staatlich vorgeschriebene Preise verunmöglichen den preissenkenden Wettbewerb. Dies ist einer der Gründe dafür, warum die in der Schweiz heute geltenden administrierten Preise teilweise deutlich über den Preisen liegen, welche im Ausland bezahlt werden.

2.4 Krankenversicherungssystem

Wahlfreiheit im freiheitlichen Mehrkassensystem

Jeder Versicherte geniesst weiterhin Wahlfreiheit und kann für den Abschluss einer Krankenversicherung selbstbestimmt zwischen verschiedenen privaten Anbietern und Versicherungslösungen wählen - statt sich mit einer staatlichen Monopoleinrichtung begnügen zu müssen. Kantonale oder eidgenössische staatliche Kassen unterdrücken jeglichen Wettbewerb, erweitern die Mehrfachrolle der Kanton, führen zu Intransparenz, beenden die Wahlfreiheit, mindern die Qualität, hemmen die Innovation, führen zu Rationierungen und kosten mehr.

Aufrechterhaltung des Solidaritätsprinzips, indem dieses nicht überstrapaziert wird

Das KVG basiert auf dem Prinzip der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken und zwischen Jungen und Alten. Dieser Grundsatz ist nötig und wichtig. Die Solidarität muss aber finanzierbar und für alle zweckmässig und fair sein. Die Generationensolidarität wird als wichtiger Pfeiler des schweizerischen Gesundheitssystems aufrechterhalten, jedoch in einem ausgewogenen Masse. Nur so wird die Akzeptanz des Systems bei den jüngeren Generationen, welche aufgrund der demographischen Entwicklung mit ihren Prämien mehr und mehr Kosten der älteren Menschen berappen, nicht überstrapaziert und das System bleibt solidarisch finanzierbar. Mit der Einführung einer weiteren Prämien-Altersklasse sollen die Familien in einem gesunden Masse entlastet werden.

Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung

Besondere Versicherungsformen wie alternative Modelle und Wahlfranchisen stärken die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Versicherten und ermöglichen es, in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern an Qualität und Effizienz der erbrachten Leistungen zu arbeiten. So fördern besondere Versicherungsformen den Wettbewerb unter den Krankenversicherungen und tragen dazu bei, individuelle Versicherungslösungen zu schaffen. Die gewährten Rabatte entsprechen den effektiv realisierten Kosteneinsparungen.

Neben den finanziellen Anreizen werden die Versicherten auch durch Sensibilisierungs- und Informationskampagnen über unnötige oder gar kontraproduktive Leistungen informiert. Auch im Bereich der Prävention ist in erster Linie die Überzeugung der Patienten ins Zentrum zu stellen, ohne diese nützt keine staatliche Kampagne. Der Krankenversicherer unterstützt den Patienten dabei und zeigt ihm die verschiedenen Möglichkeiten zur selbstbestimmten Gesundheitsförderung auf.

Schlussfolgerungen

Das bewährte Konzept des regulierten Wettbewerbs im Krankenversicherungswesen wurde in den letzten Jahrzehnten immer stärker reguliert und muss sich wieder in Richtung mehr Wettbewerb entwickeln.

Die liberale Vision „Krankenversicherung 2030“ der Groupe Mutuel orientiert sich am Kundenbedürfnis und bringt dem Versicherten und Patienten konkret:

Qualität

In einem wettbewerblichen System ist Ergebnisqualität ein Muss, wer diese nicht leistet, wird vom Kunden abgestraft. Sowohl im Bereich der Versorgung, als auch des Krankenversicherungssystems wird der Kunde vom Qualitätswettbewerb profitieren.

Finanzierbarkeit

Neben der Qualität ist die Finanzierbarkeit das wichtigste Anliegen der Bevölkerung. Mit einfachen, fairen und transparenten Finanzierungsregeln sowie Effizienzsteigerung und neuen Prämien-Altersklassen soll unser solidarisches System langfristig finanzierbar und mehrheitsfähig bleiben.

Transparenz

Mit klaren staatlichen Rahmenbedingungen, in welchen jeder Akteur – auch die Kantone – ihre klare Rolle haben, wissen die Prämien- und Steuerzahler wohin ihre finanziellen Beiträge fliessen. Der Wettbewerb unter den Leistungserbringern und Krankenversicherern führt ausserdem zu mehr Transparenz punkto Qualität und Effizienz.

Selbstbestimmung

Jeder Versicherte kann seinen Krankenversicherer und seine Versicherungslösung weiterhin frei wählen. Mittels Information und Sensibilisierung des Versicherten unterstützen die Krankenversicherer diesen auch bei der Prävention und der selbstbestimmten Entscheidungsfindung seines Behandlungsweges.