

Über 10 Jahre Kopfpauschale: Zum Stand der Finanzierungsdiskussion in der Schweiz

Referat von Stefan Kaufmann, Direktor santésuisse

- **Interessenvertretung von 86 Versicherern und 7.6 Millionen Versicherten.**
- **Zentrale Aufgabe = Kontrolle über die Einhaltung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen zu Lasten der Grundversicherung (WZW-Regeln).**
- **Ziele**
 - Einsatz für ein freiheitliches, soziales und finanzierbares Gesundheitssystem.
 - Bekämpfung der Kostenentwicklung und der damit verbundenen Prämiensteigerungen.
 - Einsatz für gute medizinische Leistungen zu fairen Preisen.

- **Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911:**
 - finanziert mit **Kopfpauschalen**
 - später ergänzt durch direkte **Bundes-Subventionen** an die Kassen
- schon früh ein **Mischsystem**, bei dem als Grundsatz die Finanzierung durch Prämien höher ist als der steuerfinanzierte Anteil

- **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) ab 1996 bringt:**
 - Versicherungsobligatorium
 - Einheitlichen Leistungskatalog
 - Neues Prämiensystem (Einheitsprämie pro Kasse und Region)
 - Kassenwechsel ohne Vorbehalt
 - Zusatzversicherungen unter Privatrecht
- **1. KVG-Revision (2001):**
 - Einführung IPV
(individuelle Prämienverbilligung, dauernde Zuschüsse von Bund und Kantonen)

Steckbrief des Schweizer Gesundheitssystems

4 Landessprachen / Sprachregionen 26 kantonale Gesundheitsgesetze

Ein Krankenversicherungsgesetz!
(auf Bundesebene)

5

Steckbrief des Schweizer Gesundheitssystems (Zahlen 2007)

- Gesamtvolumen Ausgaben im Gesundheitswesen:
 - 55,2 Mrd Franken
- prämiendifinanzierter Anteil in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP:
 - 19,5 Mrd Franken
- OKP: Bruttoleistungen pro versicherte Person: CHF 2'861
- OKP: Prämien pro versicherte Person und Jahr: CHF 2'623
- OKP: Bezahlte Leistungen pro versicherte Person und Jahr: CHF 2'441

6

Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP = Grundversicherung

- Seit 1996 obligatorisch
- Geregelt durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG vom 18. März 1994
- Krankenkassen bezahlen die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss klar definiertem Leistungskatalog
- Die OKP trägt **über ein Drittel der Gesundheitskosten**

7

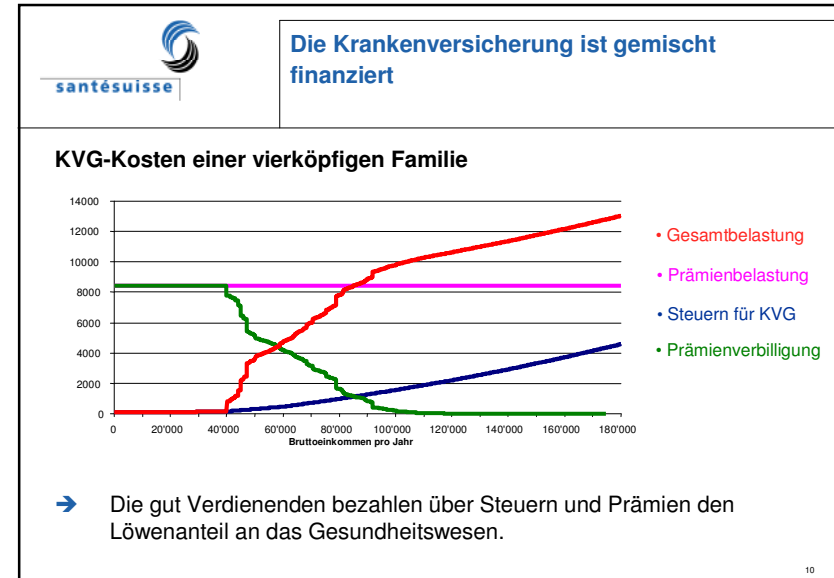
Finanzierung (nach Direktzahlenden) Gesundheitswesen Schweiz 1995-2007

Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007, T14.5.3.1

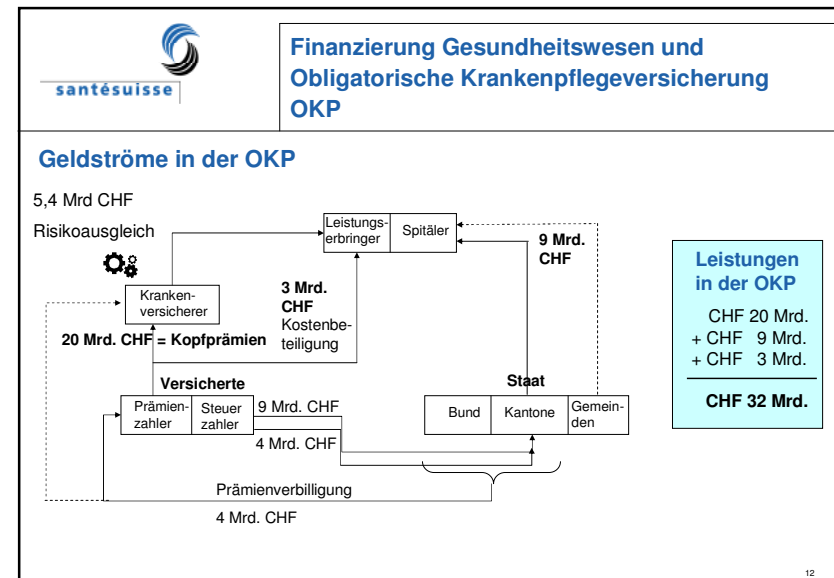
8

OKP-Anteil an Gesundheitskosten steigt an

	1996	2007	Veränderung
OKP-Anteil (in Mia. CHF)	11,7	19,5	+7,8 Mia. CHF
OKP-Anteil an Gesundheitskosten (prämienfinanziert)	31,4%	35,2%	+3,8%
Finanzierung Private Haushalte leicht rückläufig	31,5%	30,6%	-0,9%
Rückläufiger Anteil freiwillige Versicherungen	13,1%	9,2%	-3,9%
Direkte staatliche Finanzierung konstant	16,0%	16,5%	+0,5%
<hr/>			
+ Staatliche Prämienverbilligungen (in Mia. CHF)	1,4	3,4	+2 Mia. CHF



- OKP stösst an Grenzen**
- Die Kosten zu Lasten der OKP steigen stärker als die Gesamtkosten.
 - Grund ist die **Änderung des Versicherungsgedankens** in der Grundversicherung:
 - Versicherungszweck bei Inkrafttreten des KVG 1996 = Verhindern wirtschaftlicher Not durch schwere Krankheiten.
 - Heute: Ausbau des Leistungskataloges, höhere Anspruchsmoralität und Wunsch nach Vollversorgung zum Nulltarif.
 - Die OKP sollte nur die medizinische Grundversorgung finanzieren, welche die Versicherten nicht selber tragen können.
 - Die GPK-N fordert eine strengere Anwendung der WZW-Regeln (Problem des gemischten Systems mit Positivisten und nicht gelisteten Leistungen).



Beschlossene Reformen

Risikoausgleich

- Geltender Risikoausgleich: Alter, Geschlecht und Region
- Ab 2012: Spitalaufenthalt im Vorjahr > 3 Tage
- Im Gesetzgebungsprozess: Der Bundesrat erhält die Kompetenz, ein zusätzliches Morbiditäts-Kriterium festzulegen



13

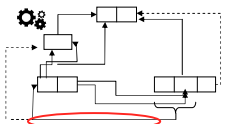
Beschlossene Reformen

Individuelle Prämienverbilligung

- Rund 2,25 Mio. Menschen werden im Schnitt mit 1'511 Fr. subventioniert

Artikel 65 KVG: Was ist neu?

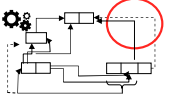
- Die Kantone bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind.
- Der Datenaustausch zwischen den Kantonen und den Versicherern erfolgt nach einem einheitlichen Standard. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten nach Anhörung der Kantone und der Versicherer.



14

Beschlossene Reformen

Spitalfinanzierung
Dual-fixe Finanzierung, Subjekt-/Leistungsfinanzierung, flächendeckend DRG's



Kantonale Spitalplanung

Kanton

Sonderbudget

Krankenversicherung

Spital mit Leistungsauftrag

Lehre und Forschung

stationär
leistungsbezogene Fallpauschalen (SwissDRG)
55% Kanton

ambulant

45% OKP

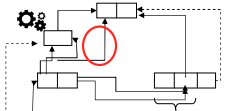
15

Beschlossene Reformen

Finanzierung Gesundheitswesen und Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP

(Kostenbeteiligungen)/Prämien

- Im Rahmen der Managed Care-Vorlage wird differenzierter Selbstbehalt diskutiert (mit Anreiz- und Steuerungsfunktion).



16

Positiv:

- Das System der Kopfpauschale verdeckt die Kostenproblematik nicht.
- Durch diese Transparenz wird offensichtlich, dass Prämien immer die Kosten spiegeln
- Dadurch wird der Druck auf die Politik aufrechterhalten, etwas gegen die steigenden Prämien zu unternehmen.
- Das Problem ist ein Kostenproblem, kein Problem der Art der Finanzierung.
- Standortvorteil im internationalen Vergleich.

Aber: Keine Zahlen über Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt vorhanden!

Negativ:

- Prämien sprünge wegen falscher Politik des Reserveabbaus.
- IPV wachsen ständig (These: Durch IPV wird der Mittelstand geschöpft).

17

■ Leistungs- und Servicewettbewerb stärken:

Weg von der Risikoselektion hin zu einem verstärkten Leistungs- und Servicewettbewerb.

■ Risikoausgleich verfeinern:

Der Risikoausgleich soll per 1.1.2014 um ein weiteres Kriterium «erhebliches Krankheitsrisiko» verfeinert werden.

■ Integrierte Versorgung (Managed Care) fördern:

Integrierte Versorgung führt zu mehr Qualität und Kosteneffizienz in der medizinischen Leistungserbringung.

■ Monistische Finanzierung:

Mit „Finanzierung aus einer Hand“ die bestehenden Verzerrungen zwischen ambulanten und stationären Leistungen eliminieren.

■ Transparenz sicherstellen:

Keine Quersubventionen mehr, die den Wettbewerb verzerren. Das Bundesamt für Gesundheit muss seiner Aufsichtspflicht nachkommen und nur kostendeckende Prämien genehmigen.

■ Kostenwachstum bremsen:

Die Politik muss den richtigen Rahmen (Anreize für die Marktteilnehmer) setzen.

18

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



19