



Gegen das Krankenkassendiktat bei der Gesundheitsfinanzierung

Die Kassen-Lobby im eidgenössischen Parlament hat in der laufenden Legislatur die absolute Mehrheit der Rechten von FDP und SVP im Nationalrat dazu missbraucht, ihren ganzen Einfluss geltend zu machen. Die Versicherer diktieren bei den meisten Dossiers ihre Gesundheitspolitik und sind für zahlreiche Blockaden verantwortlich. Gleichzeitig explodieren die Prämien, und konkrete Massnahmen, um die Kostensteigerung in den Griff zu bekommen, werden abgelehnt oder in die Länge gezogen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK-N) berät gegenwärtig ein Projekt, das die Art der Finanzierung der Gesundheitsleistungen grundlegend verändern soll. Das auch unter dem Namen «EFAS» bekannte Projekt wird den Krankenkassen eine unverhältnismässige Macht bei der Finanzierung geben und die Kantone bei der Versorgungssteuerung der Pflegeleistungen erheblich schwächen. So sollen nach der Absicht der Kommission die Versicherer die Rolle als (monistische) Zahlstelle übernehmen. Die Kantone würden ihnen einen Pauschalbetrag in der Höhe von 25,5 % der Kosten der Grundversicherung (gegenwärtig über 7 Milliarden) überweisen, während der Rest durch die Prämien bezahlt würde. So könnten die Kantone keine demokratische Kontrolle mehr über die Verwendung der öffentlichen Gelder ausüben. Trotz dem starken Druck der Kantone und Widerstand der SP sind die Bürgerlichen und die Krankenkassen kein Jota davon abgewichen und haben ihre Sichtweise durchgesetzt.

Unter diesen Bedingungen bekräftigt die SP Schweiz entschieden ihre Ablehnung von «EFAS». Sie ist bereit, all ihre Kräfte aufzubieten, um die Interessen der Versicherten zu verteidigen und ein inakzeptables Projekt zu bekämpfen, das auf dem Diktat der Kassen beruht.

NEIN zu einem Projekt, das die kantonalen Kompetenzen bei der Versorgungssteuerung schwächt. Das von der SGK-N erarbeitete Projekt will den Transfer der Leistungen vom stationären zum ambulanten Bereich fördern und mittelfristig die Zunahme der Gesundheitskosten in den Griff bekommen. Nur ist davon nichts zu sehen. Faktisch werden die Kantone einen Blankoscheck für die 52 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätigen privaten Versicherer unterschreiben. Die Krankenkassen werden alleine über die vom KVG zurückbezahlten Leistungen entscheiden. Die Kantone werden keine Macht mehr haben, um die Rechnungen zu überprüfen. Zudem gibt es andere, wesentlich wirksamere Massnahmen, um das anvisierte Ziel rasch zu erreichen: Erarbeitung einer umfassenden Liste der ausschliesslich ambulant zu erbringenden Leistungen oder verstärkte Koordination der Pflegeleistungen rund um die Grundversorgung.

NEIN zu einem Projekt, das die Zusatzversicherungen entlastet und die Position der Privatkliniken stärkt. «EFAS» will die Position der Privatspitäler stärken, die nicht auf den kantonalen Spitallisten figurieren. Diese Listen umfassen alle Betriebe, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung operieren. Die Versicherer können jedoch mit den nicht auf der Liste aufgeführten Kliniken übereinkommen, dass diese trotz allem einen Beitrag des KVG erhalten. Dieser beträgt 45 % der Kosten der gelieferten Leistung. Die SGK-N plant, diesen Beitrag auf 74,5 % zu erhöhen. Faktisch werden die Zusatzversicherungen, die im Allgemeinen den Rest der Rechnung bezahlen, entlastet, die Macht der Kantone in der Versorgungssteuerung wird massiv geschwächt.

NEIN zu einem Projekt, das die Versicherten noch stärker belastet. Mit «EFAS» wird die Beteiligung der Versicherten an den Gesundheitskosten zunehmen. Es ist im Übrigen nicht geplant, den Gesamtanteil der von der öffentlichen Hand übernommenen Ausgaben zu erhöhen. Heute bezahlen die Versicherten fast 30% der Gesamtkosten aus ihrer Tasche. Das ist deutlich mehr als in den umliegenden Ländern. Aktuell werden in den Parlamentskammern weitere Gesetzesentwürfe diskutiert, die alle darauf abzielen, die Patientinnen und Patienten verstärkt zur Kasse zu bitten. So ist die von der Mehrheit der Rechten im Parlament durchgedrückte monistische Finanzierung inakzeptabel. Denn was die Versicherten benötigen, ist ganz im Gegenteil eine sinkende Prämienlast.