



santésuisse

---

## **Medienkonferenz vom 04.09.2008**

sondage santé 2008

### **sondage santé**

### **Die wichtigsten Erkenntnisse und politischen Schlüsse**

Stefan Kaufmann, Direktor

#### ***Es gilt das gesprochene Wort***

#### **Folie 1 „Begrüssung“**

Sehr geehrte Anwesende

santésuisse führt nun schon zum sechsten Mal die sondage santé durch. Die Umfrage dient in erster Linie dazu, die Haltung und Bedürfnisse der Schweizer Bevölkerung gegenüber der Krankenversicherung und der Gesundheitspolitik zu ergründen, deren Entwicklung über die Jahre hinweg zu verfolgen, Trends zu erkennen und daraus die richtigen Schlüsse abzuleiten. Ich werde in meinem Referat auf die wichtigsten Erkenntnisse der diesjährigen sondage santé eingehen und die sich ergebenden Konsequenzen für die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen skizzieren.

Lassen sie mich zu folgenden Themen einige Ausführungen machen:

#### **Folie 2: “Übersicht“**

- Kostenentwicklung, Prämienbelastung und Reserven
- Vertragsfreiheit und Ärztstopp
- Solidarität und Eigenverantwortung
- Fazit

#### **Folie 3: “Kostenentwicklung, Prämienbelastung und Reserven“**

Die Grafik zeigt das stetige Kosten- und Prämienwachstum der letzten Jahre. Zwischen 1997 und 2002 waren die Kosten stets höher als die Prämieneträge. Die Reserven sanken. Danach konnten die Krankenversicherer im Durchschnitt wieder Reserven bilden.

#### **Folie 4: “Kostenentwicklung, Prämienbelastung und Reserven“**

Die Resultate zeigen klar: Das Wirtschaftswachstum, punktuelle Sparmassnahmen wie z.B. bei den Medikamenten und die relativ bescheidenen Prämien erhöhungen der vergangenen Jahre dämpfen bei der Bevölkerung die subjektiv empfundene Prämienbelastung. Gaben 2004 noch 34 Prozent der Befragten an, die Prämie sei zu hoch für ihre Verhältnisse, sind es dieses Jahr noch 20 Prozent – mehr als ein Drittel weniger. Der Anteil der Einwohner, für welche die Prämien gar kein Problem darstellen, ist im gleichen Zeitraum von 19 Prozent auf

24 Prozent angestiegen – ein Plus von mehr als einem Fünftel. Rund die Hälfte der Bevölkerung bezeichnet die Prämien als hoch, aber tragbar. Eine erfreuliche Entwicklung, deren Nachhaltigkeit man sich nur wünschen kann.

Allerdings wissen wir mittlerweile, dass sich das Wirtschaftswachstum abschwächt. Auch die Kostenspirale dreht sich erneut schneller nach oben – und dies nicht nur im Gesundheitswesen. Unter diesen Voraussetzungen wird sich mittelfristig auch die Wahrnehmung der Bevölkerung gegenüber den Krankenkassenprämien wieder verschlechtern. Die Politik muss den Reformprozess deshalb beschleunigen. Schweizerinnen und Schweizer sind Reformen nicht abgeneigt, wie die Resultate der sondage bestätigen.

Nur mit echten Reformen packen wir das Übel an seinen Wurzeln. Die Ursachen der steigenden Prämien sind die steigenden Kosten. Wenn nun manche Gesundheitspolitiker nicht zum ersten Mal auf die Reserven hinweisen und die Krankenversicherer zu einer Prämien-senkung trotz steigender Kosten zwingen möchten, lenken sie vom Kostenproblem ab und gefährden die finanzielle Stabilität der Krankenversicherung. Die Schulden der IV sollten Warnung genug sein.

#### **Folie 5: “Kostenentwicklung, Prämienbelastung und Reserven“**

santésuisse hält es für gefährlich, den Prämienanstieg mit dem Abbau der Reserven zu bremsen. Ein solcher Abbau macht höchstens ein bis zwei Monatsprämien aus und verunmöglicht es den Versicherern, zukünftige Kostensteigerungen glätten zu können. Ohne Reserven führen starke Kostenschwankungen zu starken Prämien-schwankungen. Dass eine solche Politik nicht aufgeht, hat die Praxis des EDI bei der Festlegung der Prämien in den Jahren 1999-2001 gezeigt. Der Druck auf die Krankenversicherer, die Reserven herabzusetzen und nicht kostendeckende Prämien zu erlassen, führte nämlich in der Folge zu einem Rückgang der durchschnittlichen Reservequote von 21 auf 13 Prozent. Der notwendige Wiederaufbau der Reserven bewirkte in den Folgejahren einen ausserordentlich starken Prämienanstieg.

#### **Folie 6: „Vertragsfreiheit und Ärztestopp“**

Am 1. Juni hat das Volk die Gesundheitsverfassung klar abgelehnt. Wer dieses Nein als definitive Absage des Volkes an eine Lockerung des Vertragszwanges interpretiert hat, liegt nun aber offensichtlich falsch: Gemäss der kurz nach der Abstimmung durchgeführten sondage santé 08 befürworten 55 Prozent der Bevölkerung eine solche Reform. Das Resultat bestärkt santésuisse in ihrer Ablehnung der Ausweitung staatlicher Planwirtschaft, wie sie GDK und FMH im Zusammenhang mit der Ablösung des Zulassungsstopps propagieren. Als Treuhänder der Prämienzahlenden sind die Krankenversicherer der Auffassung, dass eine solche Lösung viel Bürokratie sowie weiterhin grosse Nachteile für junge Ärzte mit sich bringt. Im Übrigen bleibt der Spitalbereich trotz kantonaler Planung der Sektor mit dem stärksten Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die staatliche Planung sollte deshalb nicht auf die Arztpraxen ausgedehnt werden.

#### **Folie 7: „Vertragsfreiheit und Ärztestopp“**

santésuisse hat deshalb vor zwei Wochen eine ausgewogene Lösung empfohlen, welche alle Vorteile der bisher vorgeschlagenen Modelle vereint. statt endlose politisch-ideologische Debatten über mehr oder weniger Staat bzw. Markt im Gesundheitswesen, soll jede/r Prämienzahlende sein Grundversicherungsmodell auswählen. Wer die bisherige Grundversicherung samt Vertragszwang schätzt, wählt das Basismodell. Wer jedoch eine Grundversicherung wünscht, wo Ärzte und Spitäler mit Krankenversicherern frei kooperieren, wählt ein den eigenen Bedürfnissen entsprechendes Kooperationsmodell. Langjährige Verträge, zusätzliche Leistungen, tiefere Selbstbehalte sowie finanzielle Anreize für Leistungserbringer und Versicherte für mehr Kosteneffizienz statt Mengenausweitung machen Kooperationsmodelle auch für chronisch kranke Personen interessant.

Die Wahl zwischen mehr Staat oder mehr Markt treffen so die Prämienzahlenden – und nicht die Politik. Allerdings werden alle Modelle der dualen Grundversicherung, also Basismodell und Kooperationsmodelle, nach den wesentlichen Grundprinzipien des bestehenden KVG (Obligatorium, Risikoausgleich, volle Freizügigkeit, Prämienverbilligung etc.) durchgeführt und unterstehen der Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit. Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken sowie Reichen und Armen bleibt weiter gewahrt. Der umstrittene und wenig wirksame Zulassungsstopp für die Ärzteschaft fällt hingegen in allen Modellen.

#### **Folie 8: „Solidarität und Eigenverantwortung“**

Eben habe ich die Solidarität erwähnt. Will die Bevölkerung überhaupt noch solidarisch sein – in einem Zeitalter der Individualisierung? Wie steht es mit der Eigenverantwortung, welche häufig als Widerspruch zur Solidarität dargestellt wird? Erstmals wurde seit Einführung der sondage santé die Einstellung der Bevölkerung gegenüber dieser viel zitierten Solidarität in der Grundversicherung befragt.

#### **Folie 9: „Solidarität und Eigenverantwortung“**

Das Resultat ist eindeutig: Weder die Solidarität zwischen alt und jung, noch jene zwischen gesund und krank sowie arm und reich ist in Gefahr. 76 Prozent der Befragten sind der Überzeugung, dass die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken nur mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicherzustellen ist. Nur gerade 17 Prozent möchten dieses Obligatorium aufheben. Die Prämienverbilligung, welche die Solidarität zwischen arm und reich sicherstellt, wird von 87 Prozent der Bevölkerung unterstützt.

Etwas Weiteres offenbart uns die sondage: Solidarität und Eigenverantwortung ergeben für die Bevölkerung keinen Widerspruch. Gerade wegen des Obligatoriums pochen die Befragten auf die Eigenverantwortung eines jeden einzelnen. So halten es 73 Prozent gegenüber den anderen Prämienzahlern für unfair, wenn jemand zu seiner Gesundheit keine Sorge trägt und damit das Versichertenkollektiv belastet. Wegen jeder Kleinigkeit den Arzt aufzusuchen, wird als wichtigstes Kosten treibendes Element wahrgenommen. Auch die mit 69 Prozent erneut hohe Zustimmung zum Bonus-Malus-System deutet nicht auf mangelnde Solidarität, sondern vielmehr auf einen ausgeprägten Sinn für Eigenverantwortung und Gerechtigkeit hin. In Anbetracht dessen ist es wenig erstaunlich, dass Versicherungsmodelle, welche die Eigenverantwortung stärken - z.B. HMO- und Hausarztmodelle - Jahr für Jahr mehr Marktanteile erobern.

#### **Folie 10: „Fazit“**

##### **Lassen Sie mich kurz zusammenfassen:**

- Die subjektive Belastung der Bevölkerung durch die Prämien hat in den letzten Jahren abgenommen. Damit sich diese Tendenz nicht umkehrt, müssen wir zusammen mit allen Akteuren echte Reformen ausarbeiten, welche das Kostenwachstum dämpfen. Wer nur Symptombekämpfung betreibt und die Prämien über Reservenabbau senkt, gaukelt dem Volk wider besseres Wissen einen Fortschritt vor. Sind die Reserven einmal weg, folgt der grosse Prämiensprung und damit die Ernüchterung.
- Die Lockerung des Vertragszwangs ist nach wie vor ein Thema. Anstatt weiter ideologische Diskurse zu führen, sollte in Zukunft der Bürger für sich alleine entscheiden können, ob er in einem eher stark regulierten Grundversicherungsmodell mit Vertragszwang versichert sein will oder in einem eher freiheitlichen Kooperationsmodell mit Vertragsfreiheit und mehr Anreizen für Kosteneffizienz.
- Das Volk steht hinter der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der damit verbundenen Solidarität. Allerdings ist für deren gutes Funktionieren auch ein gewisser Anteil an Eigenverantwortung nötig. Managed Care Modelle bilden einen wichtigen Ansatz zur Förderung der Eigenverantwortung. Will man indes die Kreativität und Innovation in diesen Modellen begünstigen, brauchen die Versicherer und Leistungserbringer mehr Gestaltungsfreiheit, wie dies in den oben erwähnten Kooperationsmodellen der Fall ist. Kreativität und Innovation sind erfolgversprechender als ideologische Patentrezepte.