

Sachdokumentation:

Signatur: DS 315

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/315



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.



Das Gesundheitswesen ist ein Service public!

Referat von Marina Carobbio, Nationalrätin (TI) und Vizepräsidentin der SP Schweiz

Es gilt das gesprochene Wort.

Profitorientierte Akteure im Gesundheitswesen verursachen steigende Kosten und immer höhere Prämien. Um dem entgegenzuwirken, muss das öffentliche Gesundheitswesen gestärkt werden.

Wieso investiert die Migros in Gruppenpraxen? Warum kaufen börsenkotierte Konzerne Arztpraxen und Krankenhäuser? Was steckt dahinter? Welche Interessen führen private Investoren dazu, immer mehr im Gesundheitsbereich zu investieren? Und was sind die Auswirkungen auf die Gesundheitskosten?

Wir haben versucht, etwas Klarheit in diesem Bereich zu schaffen, auch dank der Recherchen der Gesundheitsökonomin Anna Sax. Aufgrund einer Analyse der heutigen Situation präsentieren wir heute einige Lösungsvorschläge auf nationaler und kantonaler Ebene.

Dies nicht zuletzt weil die Prämien, wie jeden Herbst, auch dieses Jahr stark steigen werden. Neben Massnahmen, welche die Prämienlast der Haushalte reduzieren, sind auch Massnahmen auf der Ebene der Kosteneindämmung dringend nötig.

- Wettbewerb und Privatisierung im Spitalbereich sind Kostentreiber!
Die «neue» Spitalfinanzierung hat zu mehr Wettbewerb geführt und eine bauliche und technologische Aufrüstungsspirale ausgelöst, welche in eine «Spitalblase» ausarten wird, falls die Deregulierungswelle so weitergeht. Leistungsabhängige Bonuszahlungen an Spitalärzte in den letzten Jahren haben zugenommen. Die Spitäler reagieren teilweise mit Patientenselektion auf den Wettbewerbsdruck, so dass die Kantone in einen Konflikt geraten zwischen der geforderten Stärkung des Wettbewerbs und ihrem Versorgungsauftrag.
- Private Investoren sind dabei, das Gesundheitswesen als neues Geschäftsfeld zu erschliessen!
Der Gesundheitssektor wird mehr und mehr zu einem lukrativen Markt, der gewinnorientierte Investoren anzieht. Diese haben mit dem Gesundheitssystem zwar nichts zu tun, aber versuchen, möglichst viel Profit daraus zu holen. Neben den seit längerem bekannten Namen wie Genolier und Hirslanden gibt es heute neue Investoren, die im ambulanten Bereich anlegen. Integrierte Versorgung und Gruppenpraxen sind an sich positive Entwicklungen, die auf neue Bedürfnisse antworten. Ihnen gegenüber stehen öffentliche und vor allem private Spitäler und Investoren, die ambulante Gruppenpraxen und Gesundheitszentren kaufen oder eröffnen, um sich so lukrative Patienten für Spitaleinweisungen und Behandlungen zu sichern. Die Beispiele häufen sich: Hirslanden führt mehrere ambulante

Gesundheitszentren in der Deutschschweiz und jetzt neu auch im Tessin; das Kantonsspital Winterthur und das Spital Bülach am Zürcher Flughafen, der internationale Konzern Fresenius AG führt Dialysepraxen und die Ameos AG betreibt mehrere Kliniken und Arztpraxen.

- Wettbewerbsdruck führt zu einer Zweiklassen - Medizin!
Die ambulante Medizin weist hohe Wachstumsraten auf. Dies dient nur bedingt den Patienten, aber dafür umso mehr den Spitätern, die sich über ambulante Gruppenpraxen den Zugang zu einer lukrativen Kundschaft sichern. Für Betagte und chronisch Kranke, für komplexere Fälle und insbesondere für mittellose, psychisch kranke und randständige Menschen bleibt letztlich die öffentliche Hand zuständig.

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen macht einige Investoren reich und lässt die Krankenkassenprämien in die Höhe treiben. Deshalb werden wir auf kantonaler Ebene Privatisierungen, wie zum Beispiel Umwandlungen von öffentlichen Spitälern in Aktiengesellschaften, mit Referenden bekämpfen, wie dies schon erfolgreich in Kanton Zürich und vor einigen Monaten im Tessin der Fall war. **Wir verlangen ein gestärktes öffentliches Gesundheitswesen. Bevor alle Spitäler verkauft, in Aktiengesellschaften umgewandelt und zu Luxuskliniken gemacht werden, muss die öffentliche Hand wieder mehr Verantwortung übernehmen.**

Auf Bundesebene müssen klare Kriterien für die Aufnahme auf eine Spitalliste definiert werden. Insbesondere muss die Qualität nach einheitlichen Standards garantiert und ein Mindestanteil an allgemeinversicherten Patienten aufgenommen werden. Die Arbeitsbedingungen müssen fair und durch einen GAV geregelt sein. Für den Kauf von teuren medizintechnischen Geräten muss eine Bedürfnisklausel erfüllt sein.



Interessenkonflikte entschärfen, flächendeckende Grundversorgung erhalten und Mitsprache ausbauen

Referat von Barbara Gysi, Nationalrätin (SG) und Vizepräsidentin der SP Schweiz

Es gilt das gesprochene Wort.

Das Lobbying in den SGK's ist enorm. Ein Drittel der SGK-N Mitglieder hat ein Mandat im Krankenversicherungswesen. Auch die Gesundheitsversorgung, Forschung und Pharma sind direkt verbandelt und machen ihre Interessen geltend. Entscheide werden darum nicht mehr unabhängig gefällt. Ausstandsregelungen im Parlament wie sie in anderen Bereichen mit massgeblicher Bundesfinanzierung verlangt werden, kommen hier nicht zur Anwendung. Das ist falsch und wird von uns mit einer Motion verlangt.

Besitzverhältnisse entflechten

Die Zunahme von ambulanten Gruppenpraxen von Versicherer oder Spitälern ist kritisch zu hinterfragen. Wenn sie insbesondere dazu dienen Geld damit zu verdienen und lukrative PatientInnen zu rekrutieren, so muss das unterbunden werden. Eine Entflechtung der Besitzverhältnisse ist darum Pflicht. Die Gesundheitsrichtungen gehören in die Hände von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen. Krankenkassen sollen keine Gruppenpraxen führen und Spitäler nur, wenn sie in ländlichen Regionen der Grundversorgung dienen, nicht aber der Patientenselektion.

Flächendeckende Grundversorgung in allen Regionen

Dem abzeichnenden Ärztemangel kann mit Gruppenpraxen und Netzwerken begegnet werden und so auch den geänderten Bedürfnissen der jüngeren und weiblicheren Generation von ÄrztInnen (zb. Vereinbarung Beruf und Familie) begegnet werden. Zu einer guten Grundversorgung gehören auch Regionalspitäler, Spitex und therapeutische Angebote. Desweiteren müssen auch Angebote für Angehörige und Freiwillig tätige eingebunden sein und unterstützt werden. Eine gute Grundversorgung hilft Kosten dämmen, denn diese PatientInnen suchen nicht gleich Spezialisten auf.

Stärkung der Mitbestimmung von PatientInnen und Personal

Reine Managementgesteuerte Entscheide werden oft an den Bedürfnissen der PatientInnen vorbei und auf dem Buckel des Personals getroffen. Wir fordern mehr öffentliche und nicht gewinn-orientierte Angebote und Investitionen im Gesundheitswesen wie auch mehr demokratische Mitbestimmung, sei es bei Investitionsentscheiden, Angebotsentwicklungen wie auch bei der Führung insgesamt. Damit wird das Gesundheitswesen als Service Public gestärkt.



Décharger les revenus moyens – réduire les mauvaises incitations tarifaires !

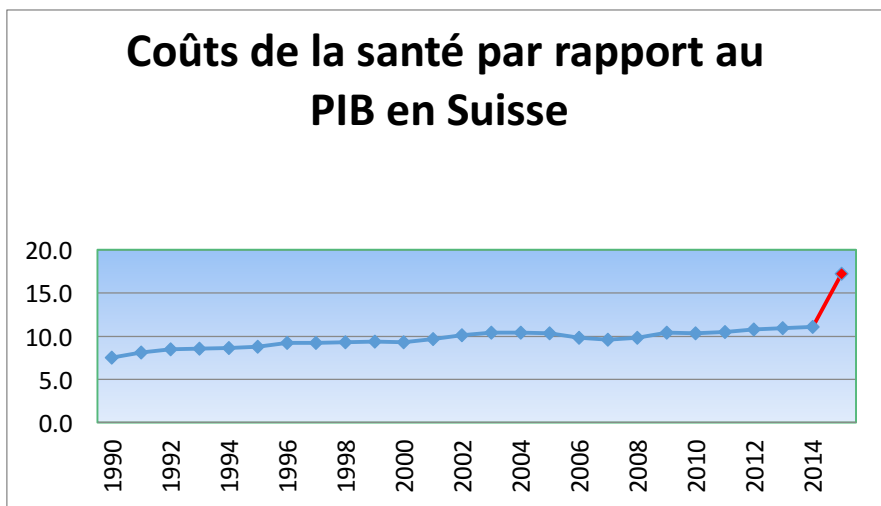
Intervention de Jean-François Steiert, conseiller national (FR)

Seules les paroles prononcées font foi.

En Suisse, les ménages aux revenus moyens dépensent plus pour leur santé que dans la plupart des autres pays européens. Leur charge financière peut dépasser plus du double de ce qui a été promis lors de l'introduction de la loi actuelle. Le Parti socialiste s'engage pour réduire rapidement ces charges insupportables. Par ailleurs, avec les associations de patient-e-s, il demande des modèles tarifaires qui réduisent les fausses incitations et encouragent une meilleure collaboration entre acteurs de la santé pour améliorer la qualité de thérapies complexes, tout en diminuant leur coût.

Les coûts du système suisse de santé se situent dans la moyenne des pays comparables depuis plusieurs décennies, tout comme leur augmentation annuelle. Ce n'est pas, *a priori*, un drame, et il n'y a aucun autre secteur économique qui suscite autant de plaintes lorsqu'il croît un peu plus vite que le Produit intérieur brut par habitant. Le graphique ci-dessous montre la relative stabilité des coûts de la santé dans notre pays au cours des dernières décennies par rapport à la capacité économique de notre pays. La droite parlementaire dure, les assureurs et certains prestataires tentent aujourd'hui de manière un peu paradoxale de dramatiser cette croissance et de s'y attaquer par un moyen non moins paradoxal, celui d'un renforcement de la concurrence, qui serait insuffisante en Suisse. La comparaison avec les Etats-Unis¹, qui disposent d'un des systèmes les plus concurrentiels, mais aussi du système de santé le plus coûteux au monde tant en chiffres absolus que par rapport à leur capacité économique, n'incite pour le moins pas à penser que le renforcement de la concurrence puisse juguler

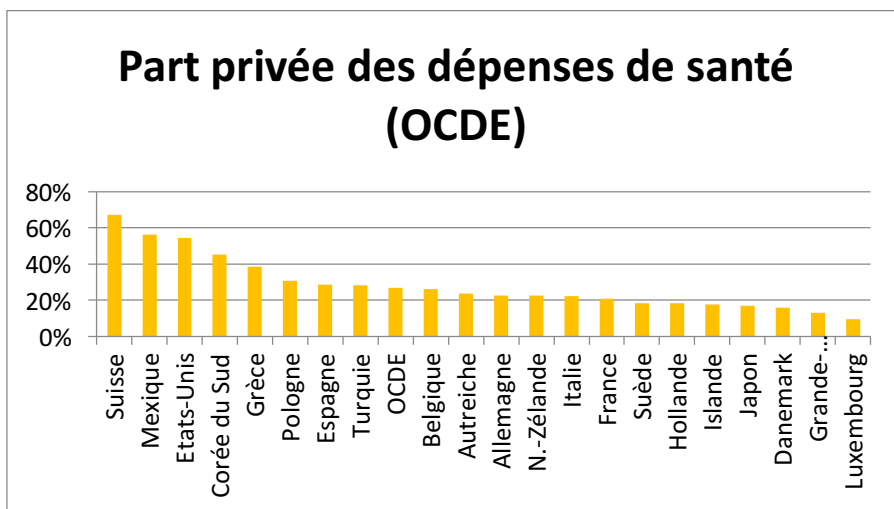
l'augmentation des coûts. Dans un domaine où toutes les sociétés admettent, à des niveaux variables, un minimum de régulations pour assurer un accès généralisé aux soins, l'excès de concurrence entraîne non seulement des coûts supplémentaires, mais surtout une efficacité moindre et un accès aux soins beaucoup plus difficile pour les petits et moyens revenus.



Pour que la croissance d'un système de santé soit solide et durable, il faut veiller à la qualité et à l'efficacité des services et produits – ce qui vaut bien sûr aussi pour des raisons sanitaires et sociales. Cela présuppose la qualité en tant que telle, mais aussi la réduction du nombre de prestations inutiles, un rapport qualité-prix satisfaisant ainsi qu'un coût supportable pour tous les assurés, sans quoi l'on

¹ Les USA étant représentés par le point rouge dans le graphique.

assiste à une réduction des prestations, par différents mécanismes directs et indirects, pour les ménages les plus chargés, et ainsi à une augmentation des inégalités liée à une réduction de la croissance. La Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS-E) espère majoritairement réduire les coûts et les prestations inutiles en augmentation la participation financière des patient-e-s. Or, parmi tous les pays de l'OCDE, la Suisse est déjà le pays dans lequel la participation des assuré-e-s aux coûts de la santé est la plus importante, comme le montre le tableau ci-contre.



Dans ce contexte, et dans un contexte où la part des cantons aux abaissements de primes a diminué de 10% en cinq ans (2009 à 2014), tout transfert de charge vers les assuré-e-s est non seulement socialement discutable, mais ne permettra surtout aucune économie dans le système de santé.

Avec le système de primes par tête et les mécanismes d'abaissements de primes, la Suisse soulage bien les bas revenus et permet aux hauts revenus de payer un prix les plus bas d'Europe pour un bon approvisionnement de base en prestations de santé de haute qualité. Le prix de ces avantages est payé par les revenus moyens, qui atteignent des charges du budget de ménage qui peuvent dépasser les 20%. Cette pression financière est contraire aux promesses qui ont été faites au moment de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire (plafond à 8% selon le conseiller fédéral Flavio Cotti, à l'origine du projet), elle charge de manière toujours plus insupportable les ménages aux revenus moyens et met ainsi implicitement en danger le principe constitutif de notre système qui veut que chaque assuré-e puisse accéder, en fonction de ses besoins, à des prestations de soins de haute qualité.

Pour prévenir ce danger, le Parti socialiste propose :

- de plafonner à 10%, dans toute la Suisse, la charge de l'assurance-maladie obligatoire dans les budgets de ménage, sans préteriter certaines catégories de bénéficiaires actuels des abaissements de primes ; vu les grandes différences entre les cantons, nous allons engager des démarches politiques dans le plus grand nombre possible de cantons concernés, de manière coordonnée au niveau national ;
- à la fois une clé de financement harmonisée des différentes prestations du système de santé entre cantons et assureurs, dans le respect des compétences actuelles des cantons, et des mesures visant à renforcer la coopération entre prestataires au bénéfice de chaînes de traitement efficaces des patient-e-s chroniques. Contrairement aux modèles tarifaires actuels, qui incitent aux augmentations du nombre de prestations inutiles et à la sélection des patient-e-s par les hôpitaux, nous demandons des incitatifs financiers pour assurer des modèles de coopération et de médecine intégrée sur l'ensemble du territoire national.