

Leberbrief vom 21. Februar 2001

Die "Sorgenbarometer", die in den letzten Tagen von Meinungsforschern veröffentlicht werden, zeigen mit aller Deutlichkeit auf, dass die hohen Krankenkassenprämien Herr und Frau Schweizer zur Zeit am meisten beschäftigen. Nicht ohne Grund also hat sich die Junge CVP dieser Problematik schon seit längerem verschrieben. Immer wieder zeigt die Jungpartei auf, mit welchen Mitteln gegen die stetige Erhöhung der Krankenkassenprämien angekämpft werden kann. Alle Massnahmen aber, welche die Junge CVP zur Diskussion stellt, lassen das Versicherungsobligatorium und die Solidarität unter den Versicherten unberührt.

Zu diesen Massnahmen gehört unter anderem das sog. "Prämiensplitting". Dem Prämiensplitting liegen folgende Überlegungen zu Grunde: Das System der Krankenversicherung ist längst zu einer Art Selbstbedienungsladen geworden. Jeder Versicherte hat fast unbeschränkt Zugang zu sämtlichen medizinischen Leistungen. Er bezahlt sie nur zu einem kleinen Teil selber und kann für den Restbetrag die Solidarität der Mitversicherten in Anspruch nehmen. Das treibt die Prämien in die Höhe und dies wieder veranlasst den einzelnen erst recht dazu, im Krankheitsfall wieder etwas "herauszuholen". Zwar fordert das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von den Versicherten eine höhere Kostenbeteiligung. Diese Vorgehensweise hat jedoch wenig an der Selbstbedienungsmentalität der Versicherten geändert.

Mit dem "Prämiensplitting", als neues Versicherungsmodell, sollen alle Versicherten veranlasst werden, im Krankheitsfall ein Interesse an der Frage zu entwickeln, was eine Therapie kostet und was ihr voraussichtlicher Nutzen ist. Das neue Modell funktioniert dabei wie folgt: Die Krankenkassenprämien werden aufgeteilt. Im Gegensatz zur heutigen Regelung fliesst nur noch die Hälfte der Krankenkassenprämie in den "Risikotopf" aller Versicherten. Die andere Hälfte wird einem persönlichen, zweckgebundenen und verzinslichen Gesundheitskonto gutgeschrieben. Wenn nun ein Versicherter krank wird, so muss er die erforderlichen Therapien vorerst aus dem persönlichen Gesundheitskonto bezahlen. Erst wenn dort kein Geld mehr vorhanden ist, kommt der Risikotopf aller Versicherten zum Tragen. Dann soll auch die heute bereits übliche Franchise und die Kostenbeteiligung gelten. Wenn ein Versicherter jedoch keine Leistungen bezieht, so sammeln sich auf seinem Gesundheitskonto allmählich grössere Beträge an. Wenn das Doppelte einer Jahresprämie erreicht ist, reduziert sich die Prämie auf das eigene Gesundheitskonto um 10 Prozent. Bei einem Guthaben vom Vierfachen einer Jahresprämie beträgt die Reduktion 20 Prozent, usw. Wenn schliesslich das Zehnfache der Jahresprämie auf dem persönlichen Gesundheitskonto vorhanden ist, dann bezahlt dieser Versicherte nur noch den hälftigen Anteil an der Krankenkassenprämie, der in den Risikotopf fliesst.

Die positiven Wirkungen dieser neuen Regelung liegen auf der Hand: Jeder Versicherte hat nunmehr einen starken Anreiz, vermehrt auf seine Gesundheit zu achten, um auf seinem persönlichen Gesundheitskonto Sparkapital zu bilden. Und im Krankheitsfall sind die Anreize ebenfalls wesentlich anders gesetzt, als dies heute noch der Fall ist: Wenn die Therapie zuerst einmal aus dem eigenen Gesundheitskonto bezahlt werden muss, hat der Versicherte natürlich ein hohes Interesse daran, sich zu informieren, was sie kostet und was sie tatsächlich nützt. Und die Anbieter von Leistungen im Gesundheitswesen wissen ihrerseits, dass ihre Leistungen vom persönlichen Gesundheitskonto der Patienten bezahlt werden und verhalten sich entsprechend.

Harry Lütolf, Grossrat, Junge CVP