

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 22. Mai 2013

562. Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» und indirekter Gegenvorschlag (Vernehmlassung)

Am 23. Mai 2012 wurde die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» eingereicht. Die Initiative strebt eine einzige öffentliche Krankenkasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung an. Die Organe der Kasse sind aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer zu bilden (Art. 117 neu Abs. 3 BV). Für jeden Kanton soll eine einheitliche Prämie festgelegt werden, die aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung zu berechnen ist (Art. 117 neu Abs. 4 BV). Gemäss den Argumenten der Initiantinnen und Initianten hätte die Volksinitiative zur Folge, dass die Krankenversicherung einfacher, effizienter, transparenter und günstiger würde. Zudem würden der Wettbewerb unter den Krankenkassen und damit auch die unerwünschte Risiko-selektion (Jagd auf «gute Risiken» und Verdrängung der «schlechten Risiken») wie auch überhöhte Löhne für die Krankenkassenmanager beseitigt.

Der Bundesrat lehnt die Volksinitiative ab. Er sieht keine Veranlassung für den mit ihr verbundenen fundamentalen Kurswechsel bei der Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung. Das heutige System mit mehreren Versicherern weise klare Vorzüge gegenüber der Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse auf. So habe die Bevölkerung heute uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers, was letztlich auch die Anreize zu kostendämpfenden Massnahmen fördere. Der Optimierungsbedarf des heutigen Systems lasse sich auch ohne grundlegenden Systemwandel umsetzen. Zudem wäre ein Systemwechsel mit grossen Transaktionskosten verbunden (Bericht für das Vernehmlassungsverfahren von Februar 2013 [nachfolgend «Bericht»], S. 14 f. und 19 f.).

Der Bundesrat möchte der Volksinitiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberstellen. Dieser besteht aus drei Elementen:

- *Rückversicherung für sehr hohe Kosten.* Die Versicherer würden heute gezielt gesunde Personen («gute Risiken») anwerben und versuchen, kranken Personen («schlechte Risiken») den Beitritt trotz der gesetzlichen Aufnahmepflicht zu erschweren oder sie als Versicherte loszuwerden. Auch ein ausgeklügelter Risikoausgleich unter den Kassen

genüge nicht, um die Risikoselektion zu unterbinden. Deshalb solle eine Rückversicherung für hohe Krankheitskosten eingeführt werden. Diese Versicherung übernehme die einen bestimmten Betrag überschreitenden Leistungskosten der Versicherten. Der Schwellenwert könne bei rund Fr. 16 000 oder rund Fr. 32 000 festgesetzt werden. Finanziert werde die Rückversicherung durch eine Prämie der Krankenkasse und letztlich über die Prämien der Versicherten. Die Prämie sei für jeden Kanton so festzusetzen, dass sie die Kosten der Rückversicherung der Patientinnen und Patienten des betreffenden Kantons deckten. Die Rückversicherung sei für alle Krankenkassen obligatorisch und hinsichtlich der Rückversicherungsprämie einheitlich. Um einen Anreiz für die Leistungs- und Kostenkontrolle zu setzen, hätten die Krankenkassen einen Selbstbehalt von 20% der über dem Schwellenwert liegenden Kosten zu tragen. Alle Versicherten blieben weiterhin bei «ihrer» Kasse versichert. Die Rückversicherung sei ein Instrument, das einzig das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und der Rückversicherung betreffe. Letztlich gehe es darum, «die Solidarität zwischen allen Krankenkassen zu stärken und damit die Risikoselektion zu vermindern» (Bericht, S. 21 f.).

- *Verfeinerung des Risikoausgleichs.* Beim Ausgleich zwischen «guten» und «schlechten Risiken» unter den Krankenkassen werden heute die Faktoren Alter und Geschlecht der Versicherten berücksichtigt, ferner ein erhöhtes Krankheitsrisiko, das aufgrund eines Spital- oder Pflegeheimaufenthalts von mindestens drei Tagen im Vorjahr festgestellt wird. Mit dem indirekten Gegenvorschlag sollen weitere Faktoren eingeführt werden, die auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko hinweisen, beispielsweise pharmazeutische Daten oder Medikamentenkosten, die als Indikatoren für chronische Erkrankungen verwendet werden können. Das Nähere soll auf Verordnungsstufe geregelt werden.
- *Trennung von Grund- und Zusatzversicherung.* Grund- und Zusatzversicherungen sollen zukünftig nicht mehr in derselben rechtlichen Einheit durchgeführt werden können. Damit soll der (an sich unzulässige) Mittelfluss und Informationsaustausch zwischen Grund- und Zusatzversicherung wirksam unterbunden werden.

Mit Schreiben vom 27. Februar 2013 eröffnete das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ein Vernehmlassungsverfahren über den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

b e s c h l i e s s t d e r R e g i e r u n g s r a t :

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (Zustelladresse: Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Abteilung Versicherungsaufsicht, Hessestrasse 27E, 3003 Bern; auch per E-Mail an corinne.erne@bag.admin.ch):

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates zur Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» Stellung nehmen zu können. Obwohl die Volksinitiative nicht Gegenstand des Vernehmlassungsverfahrens ist, äussern wir uns in der gebotenen Kürze auch dazu, denn die beiden Vorlagen sind inhaltlich eng miteinander verknüpft.

1. Volksinitiative

Wir lehnen die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» ab. Die Initiative führte zu einem Systemwechsel, für den es keine Veranlassung gibt. Das heutige System mit einer Vielzahl von Krankenkassen, die untereinander im Wettbewerb stehen, hat sich grundsätzlich bewährt. Gewisse Fehler und Defizite dürfen nicht zum Anlass genommen werden, das ganze System umzukrempeln, zumal sich der Gesetzgeber erst kürzlich im Rahmen der Neuordnung zur Spitalfinanzierung zu einer Stärkung des Wettbewerbs im Krankenversicherungssystem bekannt hat.

Verlässliche Angaben darüber, wie sich die von der Initiative angestrebte öffentliche Krankenkasse auf das Gesundheitssystem der Schweiz auswirken würde, liegen nicht vor. Das betrifft insbesondere die Frage der Prämienentwicklung. Auch die Auswirkungen einer einzigen öffentlichen Krankenkasse auf die Tariflandschaft sind nicht bekannt. Ebenso ist unbekannt, wie hoch die Verwaltungskosten einer Einheitskasse sein würden. Es ist zu vermuten, dass diese Kosten im Vergleich zu den Verwaltungskosten der heute bestehenden Krankenkassen nicht spürbar sinken, denn eine pro Kanton zentrale Verwaltung der Versicherten ist nicht für sich kostengünstiger als eine dezentrale Verwaltung bei mehreren Versicherern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Verwaltungs- und Durchführungskosten nur 5,4% der Gesamtausgaben der Kassen ausmachen, sodass sich selbst erhebliche Einsparungen bei diesem Kostenanteil nur sehr beschränkt auf die Gesamtkosten auswirken würden.

Es ist mit hohen Kosten für den Wechsel vom bisherigen System zu einer öffentlichen Krankenkasse zu rechnen. Auch liessen sich die Wirtschaftsfreiheit, die Eigentumsgarantie und die Interessen der sozialen Krankenversicherung nur schwer unter einen Hut bringen. Gegen eine öffentliche Krankenkasse spricht weiter, dass damit jeglicher Wettbewerb ausgeschaltet wäre. Es muss vermutet werden, dass ein System ohne Wettbewerb ineffizienter ist als ein System mit Wettbewerb.

2. Indirekter Gegenvorschlag des Bundesrates

Wir lehnen auch den indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» ab. Wir begründen unsern Standpunkt mit Blick auf die drei Elemente des Gegenvorschlags.

a. Rückversicherung für sehr hohe Kosten

Der Gegenvorschlag sieht vor, dass Krankheitskosten, die über einem Wert von entweder rund Fr. 16000 oder alternativ von rund Fr. 32000 pro Jahr und Patientin bzw. Patient liegen, grundsätzlich nicht von den Krankenkassen zu tragen sind, sondern von einer Rückversicherung. Diese wäre für die Erstversicherer obligatorisch. Schon heute haben die Versicherer die Möglichkeit, freiwillig eine Rückversicherung für hohe Krankheitskosten abzuschliessen. Die Verpflichtung zur Rückversicherung stellte einen unnötigen Eingriff in ihren wirtschaftlichen Tätigkeitsbereich dar; jeder Versicherer kann und soll selbst entscheiden, welche Risiken er selbst tragen und welche er rückversichern will.

Gemäss den Erläuterungen liegt der eigentliche Zweck der Rückversicherung darin, die «Solidarität zwischen den Krankenkassen zu stärken und damit die Risikoselektion zu vermindern» (Bericht S. 22). In der Tat führte der Gegenvorschlag wohl zu diesem Ergebnis, denn Versicherte mit hohen Krankheitskosten würden sich nicht mehr so stark auf die finanzielle Situation der Erstversicherer auswirken. Dadurch hätten die Kassen keinen Anreiz mehr, den Kreis ihrer Versicherten von solchen «hohen Risiken» frei zu halten. Umgekehrt führte eine solche Rückversicherung dazu, dass im Bereich der «hohen Risiken» der Wettbewerb unter den Versicherern ausgeschaltet würde. Zwar sieht der Gegenvorschlag einen Selbstbehalt der Erstversicherer von 20% vor, doch werden die Krankenkassen dadurch zu wenig motiviert, sich auch im Bereich der «hohen Risiken» marktwirtschaftlich zu verhalten, d. h. beispielsweise, kostengünstigere Versicherungsmodelle, Behandlungspfade und Behandlungsmethoden zu entwickeln und zu fördern und die Rechnungen der Leistungserbringer kritisch zu prüfen.

Die geschilderte Einschränkung des Wettbewerbs steht überdies im Widerspruch dazu, dass sich der Gesetzgeber erst kürzlich, anlässlich der KVG-Revision 2007 (neue Spitalfinanzierung), für mehr Wettbewerb im Bereich der Krankenversicherung ausgesprochen hat. Der Vollzug der mit dieser Gesetzesnovelle beschlossenen Änderungen ist noch nicht abgeschlossen. Sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer müssen sich für die Spitalfinanzierung neu positionieren. Das System sollte sich einpendeln können, bevor man weitere Änderungen in die Wege leitet. Es ist nicht sinnvoll, mitten in diesem Transformationsprozess in derart schwerwiegender Weise, wie das die Rückversicherung gemäss Gegenvorschlag vorsieht, in das System einzugreifen.

Die Rückversicherung für Fälle mit hohen Krankheitskosten würde das System verkomplizieren und wäre mit hohen Kosten verbunden. Überdies wäre zu erwarten, dass sie den Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitskosten ansteigen liesse.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit einer Rückversicherung zwar der Anreiz zur Risikoselektion durch die Erstversicherer vermindert würde. Doch geschähe dies nicht durch eine Förderung des Wettbewerbs, sondern durch dessen teilweise Ausschaltung. Solches lehnen wir ab, auch vor dem Hintergrund der gerade erst erfolgten Bekräftigung des Wettbewerbsgedankens durch den Gesetzgeber auf Bundesebene. Der Gegenvorschlag sieht zwar keine förmliche Einführung einer öffentlichen Krankenkasse vor. Funktional betrachtet geht er jedoch in diese Richtung, denn er deckt teure Behandlungen weitestgehend durch eine prämienfinanzierte Rückversicherung. Diese schränkt den Wettbewerb ein, ist unnötig und verursacht Kosten, denen kein Produktivitätsgewinn gegenübersteht. Die Rückversicherung gemäss Gegenvorschlag des Bundesrates ist deshalb abzulehnen.

b. Verfeinerung des Risikoausgleichs

Wir teilen die Auffassung, dass der Risikoausgleich unter den Kassen verbessert werden soll. Dadurch werden die Kassen veranlasst, ihre Anstrengungen nicht auf die Risikoselektion zu konzentrieren, sondern auf die Optimierung ihrer Angebote. Letztlich wird damit also die Wirksamkeit des Wettbewerbs verbessert.

Wir lehnen es aber ab, die Verbesserung des Risikoausgleichs in einen Gegenvorschlag zur Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse aufzunehmen. Gerade erst wurde der Risikoausgleich verfeinert: Seit dem 1. Januar 2012 sind neben den Kriterien Alter und Geschlecht auch eine Erhöhung des Krankheitsrisikos zu berücksichtigen, das sich in einem Spital- oder Pflegeheimaufenthalt von mehr als drei Tagen im Vorjahr ausdrückt. Die Ausführungsverordnung des Bundesrates – die Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung

(VORA, SR 832.112.1) – wurde auf den 1. Januar 2012 an die neuen Regelungen angepasst. Die Berechnung des Risikoausgleichs wurde seither bereits wieder überarbeitet: Mit Beschluss vom 27. Februar 2013 verabschiedete der Bundesrat Änderungen der VORA, die auf den 1. Januar 2014 in Kraft treten werden. Es ist wenig sinnvoll, noch vor Abschluss der Umsetzung dieser Änderungen eine weitere Baustelle zu eröffnen. Mit den heute im Rahmen des Risikoausgleichs zu beachtenden Faktoren sollen zunächst Erfahrungen gesammelt werden, bevor über weitere Faktoren diskutiert wird.

Hinzu kommt, dass die Verbesserung des Risikoausgleichs Gegenstand mehrerer hängiger Vorstösse im Parlament ist (vgl. parlamentarische Initiativen 12.446 und 11.473, denen die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des National- und Ständerates Folge gegeben haben). Die Verfeinerung des Risikoausgleichs kann deshalb dem üblichen Gesetzgebungsprozess überlassen werden. Eine Verknüpfung mit der Volksinitiative ist weder notwendig noch sinnvoll.

c. Trennung Grund- und Zusatzversicherung

Nach Art. 12 KVG dürfen Krankenkassen keinen Erwerbszweck verfolgen (Abs. 1). Es steht ihnen aber ausdrücklich offen, neben der sozialen Krankenversicherung Zusatzversicherungen anzubieten (Abs. 2). Der Gegenvorschlag möchte diese Möglichkeit beseitigen: Die Krankenkassen sollen ausschliesslich die soziale Krankenversicherung betreiben. Überdies sollen die Versicherten «Massnahmen zur Verhinderung des Informationsaustausches zwischen der Krankenversicherung und den andern Gesellschaften der Gruppe in Bezug auf die Versicherten treffen» (Art. 13 Abs. 2 neu Bst. g KVG). Wie diese «Informationsbarrieren» aussehen sollen, bleibt unklar. Im Übrigen dürfte es keinen grossen Unterschied machen, ob solche Vorkehrungen zwischen zwei juristischen Personen der gleichen Versicherungsgruppe oder innerhalb einer juristischen Person errichtet werden. Den Schwierigkeiten einer (gesetzeswidrigen) Vermischung von Grund- und Zusatzversicherung ist aufsichtsrechtlich zu begegnen und nicht durch eine strenge Trennung von Grund- und Zusatzversicherung, zumal die Vermischung schon nach geltendem Recht unzulässig ist.

d. Fazit

Wir lehnen den Gegenvorschlag ab. Die obligatorische Rückversicherung von Krankheitsfällen mit hohen Kosten führte dazu, dass ein wesentlicher Teil der Krankenversicherung vom Wettbewerb unter den Krankenkassen abgekoppelt würde. Dies widerspräche dem erst kürzlich vom Gesetzgeber bekräftigten Bekenntnis zu mehr Wettbewerb im Krankenversicherungssystem. Der Risikoausgleich unter den Kassen

ist auch in Zukunft weiter zu verbessern, doch halten wir es nicht für sinnvoll, dies im Rahmen eines Gegenvorschlags zur vorliegenden Volksinitiative zu tun, zumal verschiedene parlamentarische Vorstösse zu diesem Thema hängig sind. Auch die strenge Trennung von Grund- und Zusatzversicherung lehnen wir ab. Die (an sich sinnvolle) Trennung der Finanz- und Informationsflüsse innerhalb von Versicherungsgesellschaften, die im Grund- und Zusatzversicherungsbereich tätig sind, kann und soll auf andere Weise sichergestellt werden.

Auch scheint uns der Zeitpunkt zur Verbesserung des Risikoausgleichs und zur verbesserten Trennung der Mittel- und Datenflüsse innerhalb der Versicherungsgesellschaften nicht sinnvoll zu sein. Zunächst sollten Erfahrungen mit der erst kürzlich in Kraft gesetzten Verbesserung des Risikoausgleichs gesammelt werden. Und die Trennung der Mittel- und Datenflüsse bei den Grund- und Zusatzversicherern sollte nicht thematisiert werden, bevor das neue System der Spitalfinanzierung vollständig umgesetzt ist.

Ganz grundsätzlich regen wir an, auf weitere einzelne Eingriffe in das Krankenversicherungssystem zu verzichten, ohne dieses umfassend zu analysieren. Das Krankenversicherungssystem sollte grundlegend auf seine Wirkungsweise und seine Stärken und Schwäche untersucht werden, bevor weitere Massnahmen in Erwägung gezogen werden.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi