



Bericht Nr. 62

28. Mai 2013

des Staatsrats an den Grossen Rat zum Postulat 2067.10 Benoît Rey/Pierre Mauron über die Einheitskrankenkasse

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen Bericht über die Einheitskrankenkasse.

1. Das Postulat

1.1. Zusammenfassung

Mit ihrem am 2. Februar 2010 eingereichten und gleichentags begründeten Postulat (TGR S. 192) weisen die Grossräte Benoît Rey und Pierre Mauron sowie 36 Mitunterzeichnende darauf hin, dass das derzeitige Konkurrenzsystem zwischen den Krankenkassen unzufriedenstellend ist. Das Ergebnis ist eine ineffiziente und teure Pseudo-Konkurrenz, die zahlreiche Fehlleistungen mit sich bringt, wie z. B. die Jagd auf «gute Risiken», aber auch ein Anstieg der Gesundheitskosten.

Angesichts dessen fordern die Grossräte vom Staatsrat, dass er die Möglichkeiten des Kantons Freiburg analysiert, sich entweder:

- > für die Schaffung einer kantonalen Einheitskasse einzusetzen
- > oder mit den Nachbarkantonen für die Schaffung einer regionalen Einheitskasse zusammenzuarbeiten
- > oder die Vorteile einer Schweizer Einheitskasse (z. B. nach dem Modell der SUVA) und die mögliche Unterstützung eines solchen Projektes zu prüfen.

Ergänzend dazu beantragen die Postulanten eine Prüfung der Änderungen, die für eine kantonale oder regionale Einheitskasse im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vorgenommen werden müssten, sowie die Ausarbeitung des Vorgehens auf Bundesebene zur Erzielung dieser Änderungen.

1.2. Antwort des Staatsrats

In seiner Antwort betont der Staatsrat, er sei sich genauso wie die unterzeichnenden Grossräte bewusst, dass das derzeitige Krankenkassensystem nach KVG keine vollständig zufriedenstellende Lösung darstellt. Auch knapp 15 Jahre nach seiner Einführung konnten zahlreiche Probleme – wie die Jagd auf gute Risiken – noch immer nicht gelöst werden.

In Bezug darauf, ob ein Ersatz des derzeitigen Systems durch ein System der Einheitskasse die ideale Lösung für dieses Problem ist, gehen die Meinungen stark auseinander, und dies auch in der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), welche dabei ist, diese Frage zu prüfen. Der Staatsrat führt weiter aus, dass verschiedene Analysen und Studien in Gang sind, namentlich die der Kantone der GDK-Ost (Regionalkonferenz der Ostschweiz und des Fürstentums Liechtenstein), die das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) beauftragt haben, eine Vergleichsstudie über die Vor- und Nachteile einer Einführung eines kantonalen oder regionalen Einheitskassensystems durchzuführen.

Der Staatsrat hebt sodann hervor, dass die Einführung einer Einheitskrankenkasse auf kantonaler/regionaler oder gesamtschweizerischer Ebene im KVG-System eine tiefgreifende Veränderung mit zahlreichen Unbekannten darstellen würde. Folglich ist es unerlässlich, nicht nur die Vorteile, die mit einem derart radikalen Wechsel einhergehen, sondern auch die Nachteile und die Unbekannten, die derzeit nicht so gut eingeschätzt werden können, eingehend und bestmöglich zu prüfen, bevor irgendein Entschluss gefällt wird. So sollten in der Folge auch böse Überraschungen oder gar das Zurückgreifen auf Gerichtsentscheide vermieden werden können. Er erinnert ferner daran, dass der Bundesrat dem Eidgenössischen Departement des Innern den Auftrag erteilt hat, verschiedene Massnahmen für eine stärkere Überwachung der Krankenversicherer zu erarbeiten und umzusetzen; anhand dieser Massnahmen sollte es schlussendlich möglich sein, Prämien zu erhalten, die den kantonalen Gesundheitskosten entsprechen.

Zum Schluss behielt der Staatsrat seine Stellungnahme über die Einheitskrankenkasse bis zum Vorliegen der Ergebnisse der oben erwähnten Studien vor. Es war ihm ein Anliegen, zu prüfen, ob es Lösungen gibt, mit denen die Nachteile des derzeitigen Systems auch ohne eine grundlegende Änderung beseitigt oder allenfalls abgeschwächt werden könnten.

In der Abstimmung wurde das Postulat am 9. Dezember 2010 mit 40 gegen 35 Stimmen und 0 Enthaltungen für erheblich erklärt.

2. Kontext

2.1. Eidgenössische Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse»

Mitte Mai 2012 wurde die Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse in Bern eingereicht. Diese sieht die Schaffung einer einheitlichen, nationalen öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungseinrichtung mit kantonalen oder interkantonalen Agenturen vor, die namentlich die Prämien festlegen, sie einziehen und die Leistungen vergüten. Für jeden Kanton wird eine einheitliche Prämie festgelegt, die aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet wird. Die Organe der Einrichtung werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet.

2.2. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrats

In seiner Stellungnahme empfiehlt der Bundesrat die Ablehnung der Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» und legt ihr gleichzeitig einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber.

Dieser indirekte Gegenvorschlag umfasst im Wesentlichen drei Elemente. Die ersten zwei Elemente sind die Rückversicherung für sehr hohe Kosten und die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs, durch die der Anreiz zur Risikoselektion für die einzelnen Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) minimiert werden soll. Als drittes Element schlägt der Bundesrat die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung in dem Sinne vor, dass sie künftig von unterschiedlichen juristischen Einheiten durchgeführt werden und dass Informationsbarrieren zwischen einer Krankenkasse und einer anderen Gesellschaft einer Gruppe eingeführt werden. Auf diese Weise will der Bundesrat die Transparenz verbessern und die Risikoselektion eindämmen. Der indirekte Gegenvorschlag ist jedoch Gegenstand von Kritik.

2.3. Eidgenössische Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse»

Es sei daran erinnert, dass das Schweizer Stimmvolk die Initiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» im März 2007 mit einer Mehrheit von über 70% abgelehnt hat. Freiburg lehnte sie mit 63% der Stimmen ab. Diese Initiative sah nicht nur die Einführung einer Einheitskasse vor, sondern auch die Einführung einer einkommensabhängigen Prämie.

2.4. Standpunkt des Staatsrats

Das Volk wird sich über die Schaffung einer Einheitskrankenkasse aussprechen müssen, die den Erwartungen der Postulanten bereits entspricht. Angesichts der Unsicherheiten,

mit denen die Bundesvorlage behaftet ist, sorgt der Staatsrat dafür, dass die in naher Zukunft zu treffenden Entscheide mit der möglichen Entwicklung des Bundesrechts vereinbar sind.

Der Staatsrat erachtet es aus pragmatischen Gründen zurzeit für verfrüht, das Krankenversicherungssystem gesamthaft zu ändern, wo das Verbesserungspotential des aktuellen Systems noch nicht ausgeschöpft ist. Der Gegenvorschlag des Bundesrats geht klar in die gute Richtung, indem er sich auf die Hauptschwäche des aktuellen Systems, nämlich die Jagd auf die guten Risiken fokussiert. Er sieht Instrumente vor, die es ermöglichen werden, die Fehlleistungen des aktuellen Systems zu reduzieren, ohne seine Vorteile zu tangieren: eine Verbesserung des Risikoausgleichs, eine Rückversicherung für Fälle, die sehr hohe Kosten, d. h. zwischen 6- und 12-mal mehr als die Durchschnittskosten, verursachen, sowie eine klarere rechtliche Trennung von Grund- und Zusatzversicherung. Alle drei Elemente sollten die Jagd auf gute Risiken reduzieren, wobei das dritte Element zusätzlich in die Richtung geht, die Klarheit des Systems zu verbessern. Diese Verbesserung ist umso wichtiger, als die Versicherten von den Leistungserbringern eine Verbesserung der Transparenz fordern. Es ist daher folgerichtig, dass für die Versicherten dieselben Grundsätze gelten.

Der indirekte Gegenvorschlag ist bis am 3. Juni 2013 in Vernehmlassung. Der Staatsrat erachtet ihn als eine Lösung, welche die Qualitäten des geltenden Systems beibehält und sich gleichzeitig kohärent der Anliegen des Initiativkomitees «für eine öffentliche Krankenkasse» annimmt. Er beabsichtigt daher, seine Intervention auf die Verwirklichung dieses Modells auszurichten, das sich durch einen die Institutionen respektierenden Pragmatismus auszeichnet. Der indirekte Gegenvorschlag wird noch die Zustimmung der eidgenössischen Räte erhalten müssen, bei einem allfälligen Referendum auch die des Volkes. Um eine Zerstreung der Debatte zu vermeiden, die dem indirekten Gegenvorschlag abträglich sein könnte, verzichtet der Staatsrat darauf, parallel dazu einen kantonalen Entwurf zu entwickeln. Der Staatsrat ist der Auffassung, dass technische und strategische Gründe klar für das Modell sprechen, das im indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» enthalten ist.

Um den Erwartungen der Postulanten zu entsprechen und zu verfahren, wie in der Antwort vom 16. November 2010 auf das Postulat angekündigt wurde, wird im vorliegenden Bericht dennoch eine Analyse der möglichen Vor- und Nachteile einer Einführung einer Einheitskasse auf kantonaler Ebene präsentiert. Dabei wird namentlich auf die Studie des WIG Bezug genommen.

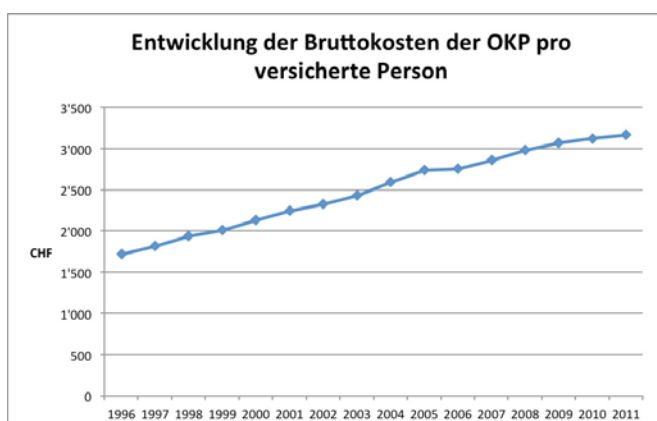
3. Die zur Diskussion stehenden Beträge

In den Diskussionen um die Einheitskrankenkasse wurden von verschiedener Seite viele Zahlen vorgebracht. Es ist angezeigt, hiernach einige Schlüsselzahlen in Erinnerung zu rufen, die sich auf die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) abstützen.

3.1. Bruttoleistungen und Verwaltungsaufwand/Abschreibungen der Krankenversicherer der OKP

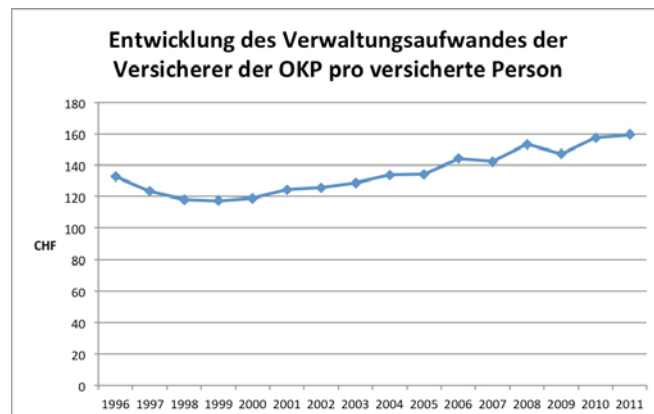
Die Gesundheitskosten entstehen durch die Patienten, die bei Bedarf eine qualitativ hochstehende Versorgung beanspruchen. Diese Versorgung wird durch die Leistungserbringer gegen Bezahlung sichergestellt. Die Beträge, welche die Leistungserbringer im Bereich der OKP in Rechnung stellen, vor Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten (Selbstbehalt, Franchise), sind die Bruttokosten. Der Verwaltungsaufwand und die Abschreibungen der Krankenversicherer setzen sich dagegen zusammen aus: Aufwand für Personal, Wartung, Informatik und Marketing, erhaltene Verwaltungsentschädigungen, Abschreibungen und Übrige.

Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 haben sich die Bruttokosten der Leistungen zu Lasten der OKP in der Schweiz bis 2010 von 1723 auf 3123 Franken pro versicherte Person erhöht. Dies entspricht einer Zunahme von insgesamt 81,28% und einer durchschnittlichen Zunahme von 4,4% im Jahr.



Der Verwaltungsaufwand und die Abschreibungen pro versicherte Person haben ihrerseits zwischen 1996 und 2010 von 133 auf 158 Franken zugenommen, was einer Zunahme von insgesamt 18,70% und einer durchschnittlichen Zunahme von 1,3% im Jahr entspricht. Dass die durchschnittliche Zunahme derart tief ist, ist vor allem darauf zurückzuführen, dass diese Kosten kurz nach der Einführung des KVG, d. h. zwischen 1996 und 1999, vorerst spürbar zurückgegangen sind.

Die Datenanalyse zeigt hingegen, dass die Zunahme der Bruttoleistungen zu Lasten der OKP zwar höher ist als die Zunahme des Verwaltungsaufwandes, die Differenz zwischen den beiden ab 2000 aber gar nicht so gross ist. In der Tat sind die Bruttoleistungen pro Person zwischen 2000 und 2010 von 2131 auf 3123 Franken, d. h. um 46,56% angestiegen, während der Verwaltungsaufwand pro Person in derselben Periode um 32,56% (von 119 auf 158 Franken) angestiegen ist.



3.2. Die Prämienhöhung

Nach Auffassung der Postulanten beweise die Prämienexplosion von 2010, dass die Pseudo-Konkurrenz zwischen den 87 schweizerischen Krankenkassen nicht nur unwirksam, sondern auch teuer ist. Grund für die ständigen Erhöhungen der Krankenkassenprämien sei nicht alleine die effektive Zunahme der Gesundheitskosten, vielmehr sei das System mit einer Mehrzahl von Krankenkassen dafür mitverantwortlich.

Wie oben erwähnt, nehmen die Kosten der OKP seit 1996 im Durchschnitt um 4,4% pro Jahr zu; sie nahmen auch in den Jahren 2009 und 2010 zu, aber weniger stark. Die tatsächlichen Gesundheitskosten sind in der Tat nicht der einzige Grund für die ausserordentlichen Prämien erhöhungen in den Jahren 2010 und 2011. Zum einen musste in diesen zwei besonderen Jahren ein Teil der Finanzreserven wiederhergestellt werden, die während der Finanzkrise von 2008/09 aufgelöst worden waren, und zum anderen mussten die Prämien ausgeglichen werden, welche die Krankenkassen in den Jahren 2008 und 2009 zu tief berechnet hatten. Nach Auffassung des BAG waren diese Prämien zu tief, weil die Versicherer die Kosten schlecht antizipiert hatten; der Bund drängte 2007 bei bestimmten Krankenversicherern auf einen zusätzlichen Abbau von überschüssigen Reserven, um die Prämien zusätzlich reduzieren zu können. Viele Krankenversicherer befürchteten damals, sie würden nach Auflösung der Reserven keine Mittel mehr haben, um in den Folgejahren die Prämien erhöhungen, das Pendant des Anstiegs der Gesundheitskosten, zu dämpfen. Fest steht, dass das BAG, das Prämienaufsichts- und -genehmigungsorgan, in den Jah-

ren 2007 und 2008 nicht intervenierte, um die ungenügenden Prämien nach oben zu korrigieren.

4. Aktuelles Krankenversicherungssystem oder Einheitskrankenkasse – liegt die optimale Lösung im Mittelweg?

Die Nachteile des bestehenden Krankenversicherungssystems sind bekannt und besonders greifbar, weil wir in unserem täglichen Leben damit konfrontiert sind. In Wirklichkeit jedoch haben sowohl das System mit mehreren Krankenkassen als auch das der Einheitskrankenkasse ihre Vor- und Nachteile, ihre Stärken und Schwächen. Der vorliegende Bericht gibt hiernach einen Überblick davon.

Der Staatsrat ist der Meinung, dass die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» eine ehrgeizige Reform vorschlägt, die einschneidende Änderungen des geltenden Systems impliziert. Es darf daher nicht ausser Acht gelassen werden, dass ein eventueller Übergang vom aktuellen System auf ein neues Einheitskrankenkassensystem konkrete und komplexe Fragen rechtlicher, wirtschaftlicher und praktischer Art aufwerfen wird.

4.1. Aktuelles System und Einheitskasse: Vor- und Nachteile

4.1.1. Jagd auf gute Risiken und Kosten der Krankenkassenwechsel

Der Bericht des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften geht in die Richtung dessen, was die Grossräte in ihrem Postulat in Bezug auf den Wettbewerb in der OKP festgestellt haben: Das aktuelle System mit mehreren Krankenkassen ist nicht schon deshalb ein wirkliches Wettbewerbssystem, weil die Versicherten zwischen einer Vielzahl von Versicherern wählen können. Es kann in diesem Zusammenhang höchstens von einem regulierten Wettbewerb gesprochen werden, weil die Bedingungen für einen Wettbewerbsmarkt nur teilweise erfüllt sind. Der Krankenversicherungsmarkt ist vom Bund stark reguliert. So ist namentlich der Leistungskatalog der OKP zwingend vorgegeben und für alle Versicherer gleich.

Einer der grössten Nachteile dieses völlig relativen Wettbewerbs, der das aktuelle System mit mehreren Krankenversicherern prägt, ist die «Jagd auf die guten Risiken». Die «Jagd auf die guten Risiken» besteht für die Krankenversicherer darin, die gesunden Versicherten (die guten Risiken) anzulocken und die Versicherten, die nicht oder weniger gesund sind und teuer sind (die schlechten Risiken), den anderen Krankenversicherern zu überlassen. Diese Jagd auf die guten Risiken kann auf verschiedenste Arten praktiziert werden, so etwa durch die Errichtung von günstigen Kassen, die in ers-

ter Linie per Internet zugänglich sind. Solche Systeme schrecken vor allem ältere Menschen ab, die in der Regel nicht gewohnt sind, mit diesem Kommunikationsmittel umzugehen. Die Jagd auf die guten Risiken äussert sich namentlich in den zum Jahresende getätigten Kassenwechseln, die finanzielle Folgen haben.

In der Analyse des WIG wird ausserdem daran erinnert, dass es gute und schlechte Kassenwechsel gibt und dass nicht jeder Wechsel dem System keinen Nutzen bringt. Gute Wechsel sind solche, welche die Versicherer zu erhöhter Effizienz und besserem Service zwingen und das System vorwärtsbringen. Schlechte Wechsel sind solche, welche die Folge von Risikoselektion sind; sie äussern sich in der Anziehung der guten und in der Abschiebung der schlechten Risiken. Solche Wechsel verursachen Kosten und führen zu einer Entsolidarisierung zwischen Kranken und Gesunden.

Das WIG schätzt die durch Kassenwechsel verursachten Kosten auf knapp 300 Millionen Franken pro Jahr. Dieser Betrag umfasst die gesamten Marketing- und Werbungskosten der Krankenversicherer im Geschäftsbereich KVG; er entspricht etwa 20% des Verwaltungsaufwandes und etwa 1,2% der Gesamtkosten der Krankenkassen.

Allerdings sollte der Übergang auf das neue System des Risikoausgleichs (vgl. unten) die Prämienunterschiede zwischen den Versicherern schon kurzfristig reduzieren. Mit geringeren Prämienunterschieden zwischen den Versicherern sollte die Anzahl der sogenannten schlechten Wechsel künftig abnehmen, und damit auch der damit verbundene Verwaltungsaufwand. Die Einsparungen, die durch die Einführung eines Einheitskassensystems ermöglicht würden, wären somit geringer als die obenerwähnten Beträge.

4.1.2. Möglichkeit, auf die Gesundheitskosten Druck auszuüben

Was den Einfluss auf die Prämienentwicklung in der Krankenversicherung angeht, kommt die Studie des WIG zum Schluss, entscheidend sei die Frage, welches der beiden Krankenversicherungssysteme besser geeignet ist, die Behandlungskosten zu steuern.

Einer der zentralen Aufträge, die das KVG den Krankenversicherern überträgt, ist, zu kontrollieren und zu überwachen, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind (Artikel 32 KVG). Diese Anforderungen müssen erfüllt sein, damit die Kosten dieser Leistungen im Rahmen der OKP übernommen werden (Artikel 34 KVG). Diese Kontrolle erfolgt zum einen *a posteriori* anhand der Rechnungen und zum andern *ex ante* bei den Tarifverhandlungen. Gestützt auf eine 2004 bei ihren Mitgliedern durchgeführte Umfrage schätzte *santésuisse* damals, dass die Überprüfung der Rechnungen der Leistungserbringer Einsparungen von etwa 1 bis 1,5 Milliarden Franken pro Jahr ermögliche.

Nach Angaben von santésuisse könne dieser Betrag heute noch höher sein, weil auch die Gesundheitskosten inzwischen zugenommen hätten. Bei einem Wechsel des Modells sei unbedingt darauf zu achten, dass die im Bereich der Leistungs- und Rechnungskontrolle erworbenen Kompetenzen beibehalten würden.

Ausserdem ist nicht sicher, dass eine tripartite Direktion der Einheitskasse (Vertreter des Bundes und der Kantone, Vertreter der Versicherten und Vertreter der Leistungserbringer), wie sie die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» vorsieht, erlauben wird, die Entwicklung der Gesundheitskosten zu kontrollieren. Die Interessen der Leistungserbringer und der Versicherten gehen nämlich im Allgemeinen in die Richtung, mehr qualitativ bessere Leistungen zu wollen, was einer Stabilisierung der Kosten nicht unbedingt förderlich ist.

4.1.3. Risiko einer Konzentration der Entscheide im Gesundheitsbereich

Die Studie des WIG kommt ferner zum Schluss, eine Einheitskasse berge das Risiko einer Machtkonzentration bei den Kantonen, die sowohl Verwalter der kantonalen oder regionalen Einheitskasse wären als auch Planer und Finanzierer der Gesundheitsstrukturen, Tarifgenehmiger und Aufsichtsbehörde.

4.2. Probleme im Zusammenhang mit dem Übergang vom aktuellen System auf ein Einheitskassensystem

Um die Tragweite der praktischen Herausforderungen einzuschätzen, die sich beim Übergang von einem System auf das andere stellen würden, wären eingehende Zusatzstudien erforderlich.

Rechtlich gesehen müsste laut der Studie des WIG das KVG angepasst werden, was auch eine vorgängige Änderung der Verfassung erfordern würde. Mit der Ersetzung des aktuellen Systems mit mehreren Krankenkassen durch eine Einheitskasse würde nämlich der Übergang auf ein monopolistisches System vollzogen, das eine Abweichung vom Grundsatz der Wirtschaftsfreiheit darstellt. Eine solche den Wettbewerb ausschaltende Massnahme müsste in der Verfassung verankert werden (Artikel 94 BV).

4.3. Die Vorzüge beider Modelle berücksichtigen

Nach dem Gesagten kann sich der Staatsrat weder uneingeschränkt noch eingeschränkt gegen ein Modell aussprechen. Dagegen stellt er fest, dass bestimmte Grundelemente der Einheitskrankenkasse zur Verbesserung des aktuellen Systems herangezogen werden könnten, um den goldenen Mittelweg zu finden.

5. Mittel zur Verbesserung des Systems

5.1. Neues System des Risikoausgleichs

Mit dem Risikoausgleich wird bezweckt, die Krankheitskosten- und Prämienunterschiede zu nivellieren, die durch Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände hervorgerufen werden. Die Ausgleichszahlungen schaffen einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern, deren Versichertenbestand mehrheitlich schlechte Risiken umfasst, und solchen, bei denen hauptsächlich gute Risiken versichert sind. Zudem erlauben sie, den Anreiz für die Versicherer zu vermindern oder gar zu beseitigen, den anderen Versicherern die guten Risiken abzugeben bzw. die schlechten Risiken loszuwerden (Risikoselektion).

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 entrichten Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Versicherer, der gemeinsamen KVG-Einrichtung zugunsten von Versicherern mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben, welche die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen. Der bisherige Risikoausgleich berücksichtigte nur das Alter und das Geschlecht als Ausgleichsfaktoren. Gemäss dem Entscheid des eidgenössischen Parlaments vom 21. Dezember 2007 wurde der Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr, der länger als drei Tage dauert, ab dem Ausgleichsjahr 2012 als zusätzliches Kriterium in den Risikoausgleich mit einbezogen, um dem erhöhten Krankheitsrisiko verstärkt Rechnung zu tragen. Im Dezember 2011 präzisierte der Bundesrat ausserdem seine Strategie zur Verbesserung des Risikoausgleichs. So soll mittelfristig auch der Medikamentenbedarf der Versicherten berücksichtigt werden. Durch die Berücksichtigung dieser neuen Parameter soll der Risikoausgleich verfeinert werden.

Der Staatsrat ist überzeugt, dass dieser Bereich ein bedeutendes Verbesserungspotential birgt. Er ist der Ansicht, dass der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» ein konsequenter Schritt in die Richtung einer substanziellen Verbesserung gewesen wäre. Allerdings ist angesichts seiner negativen Aufnahme in der Vernehmlassung davon auszugehen, dass der Bund die aktuellen Interventionsmittel anderswie verfeinern wird.

5.2. Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

Am 16. Februar 2012 überreichte der Bundesrat dem Parlament den Gesetzesentwurf und die Botschaft zum Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG). Auf diesem Wege beabsichtigt der Bundesrat, die Aufsicht in der sozialen Krankenversicherung zu stärken

und die Transparenz des Systems zu erhöhen. Der Gesetzesentwurf wird zurzeit in den eidgenössischen Räten beraten.

Unter anderem definiert er die Kriterien, nach denen die Krankenversicherungsprämien vom BAG genehmigt werden oder nicht. Der Entwurf sieht auch vor, dass die Prämien im Nachhinein korrigiert werden können, wenn sich herausstellt, dass die Prämieinnahmen einer Krankenkasse in einem Kanton unangemessen über ihren effektiven Kosten lagen. Durch die Erhebung von konsequent kostendeckenden Prämien wird die Quersubventionierung mittels Geldern aus anderen Versicherungszweigen oder der Holding unterbunden werden können.

Dieser Gesetzesentwurf und das revidierte System des Risikoausgleichs verbessern das aktuelle System, indem sie die Mittel geben, es zu korrigieren. Im Übrigen hat sich das BAG bereits vom Gesetzesentwurf inspirieren lassen und hat die Krankenversicherer klar darauf hingewiesen, dass es nur noch Prämien genehmigen werde, welche die effektiven Gesundheitskosten in den Kantonen decken. Mit dem Grundsatz, dass die Prämien den Gesundheitskosten auf kantonaler Ebene entsprechen müssen, sollten Probleme wie zu viel oder zu wenig bezahlte Prämien künftig vermieden werden können. Das BAG beabsichtigt, im Rahmen des Prämien genehmigungsverfahrens für die strikte Anwendung dieses Grundsatzes zu sorgen.

6. Folgerung

Auf der Grundlage des Berichts des WIG kann gefolgert werden, dass ein kantonales oder regionales Einheitskassensystem eine gleichwertige Alternative zum heutigen System darstellt, auch wenn die landesweite Einführung eines solchen Systems konkrete Vorteile hätte, was namentlich die Risiko-selektion angeht, und den Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der OKP als auch auf Seiten der Leistungserbringer reduzieren würde. Hingegen wäre die Einführung einer Einheitskasse auch mit Unsicherheiten behaftet. Der Staatsrat schliesst sich daher der Meinung der Kantone der GDK-Ost an, die gestützt auf den Bericht zum Schluss kommen, dass die Lösung einer kantonalen oder regionalen Einheitskasse nur dann weiterzuverfolgen ist, wenn es am Willen fehlt, das heutige System klar zu verbessern.

Im aktuellen Stand ist damit zu rechnen, dass der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» scheitert. Trotzdem hat der Bundesrat in der Debatte nicht nur die wesentlichen Probleme aufgezeigt, sondern vor allem einen Weg für Reformen gezeichnet, die auf der konkreten Realität fussen. Der Staatsrat ist überzeugt, dass dieser pragmatische Weg, unter Vorbehalt einer Annahme der eidgenössischen Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» durch das Volk, am besten geeignet ist, die erwähnten Probleme zu lösen.

In der Zwischenzeit wird sich der Staatsrat im Interesse der freiburgischen Versicherten weiter gegen Prämienänderungen unter dem Jahr engagieren. Er wird sich politisch für pragmatische Lösungen einsetzen, mit denen sich die Elemente, die unsere soziale Krankenversicherung belasten und schwächen, reduzieren lassen, um sie noch fairer zu machen und den Grundsatz der Solidarität zwischen allen – kranken und gesunden – Versicherten zu fördern.

Wir laden Sie ein, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen.
