

Bundesamt für Gesundheit
Direktionsbereich Kranken- und Unfallver-
sicherung
Abteilung Versicherungsaufsicht
3003 Bern

corinne.erne@bag.admin.ch

Bern, 16. Mai 2013

Indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ – Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung zum Vernehmlassungsverfahren und nehmen zur erwähnten Vorlage gerne Stellung.

Einleitende Bemerkungen

Die Tatsache, dass die stimmberechtigte Bevölkerung die auch für den SGB unbefriedigende – weil patientinnenunfreundliche – Vorlage Managed-Care deutlich abgelehnt hat, heisst nicht, dass die Bevölkerung Reformen als unnötig erachtet. Im Gegenteil: Es besteht Reformbedarf in verschiedener Hinsicht.

Die steigende Belastung durch die Kopfprämien und die hinterher hinkenden Prämienverbilligungen führen zu immer grösseren finanziellen Belastungen bei den Privathaushalten. Für ein griffiges Prämienverbilligungssystem werden zu wenig öffentliche Gelder eingesetzt, und gar keine öffentliche Mittel fliessen in die Finanzierung der ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Beides würde die Prämienbelastung senken. Weiter zu erwähnen sind die mangelhafte finanzielle Transparenz und der ungenügende Versicherungsschutz hinsichtlich Datenaustausch zwischen Grund- und Zusatzversicherungen. Dazu kommt, dass der Pseudowettbewerb unter den Kassen sinnlos ist und ausser Risikoselektion und Maklerkosten zu Lasten der Prämienzahlenden nichts bringt. Die Krankenkassen haben es verpasst, in eine an den Patientinnen und Patienten orientierte und demokratisch legitimierte integrierte Versorgung zu investieren, mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern und so dämpfend auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen einzuwirken.

Der Handlungsbedarf ist ausgewiesen. Die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ wie auch der Gegenvorschlag – beide werden vom SGB unterstützt – zielt in die richtige Richtung, um dem Pseudowettbewerb und der Risikoselektion entgegenzutreten.

Beide Reformen bieten allerdings keine ausreichend befriedigende Lösung an, die unsoziale Kopfprämie auszugleichen. **Der SGB sieht deshalb nach wie vor dringenden Handlungsbedarf bei den hohen Krankenkassenprämien.** Die Prämienverbilligung – das soziale Korrektiv zur Kopfprämie – ist noch immer ungenügend ausgebaut (Sozialziel 8 % vom steuerbaren Einkommen). Um diesem Ziel näher zu kommen, braucht es mehr öffentliche Gelder zur Verbesserung des Prämienverbilligungssystems und zur Finanzierung der ambulanten Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Tatsache ist, dass die Kostensteigerung im Bereich Spital ambulant seit Jahren überdurchschnittlich ist und gemäss aktuellster Publikation „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2011“ vom Bundesamt für Statistik mit 10.9 % massiv stärker ist als bei der Akutbehandlung in den Spitälern (1,5 %). Das seit Jahren hohe Kostenwachstum in diesem Bereich schlägt massiv auf die Prämien: Durchschnittliches Wachstum der Kosten in den letzten 10 Jahren 7.0 % (real) pro Jahr (Spital ambulant 3,3 % real) (Gesundheit 2020). Eine duale Finanzierung analog zur Spitalfinanzierung der Leistungen im Bereich Spital ambulant würde die Prämienlast reduzieren. Flankierend müsste den Krankenkassen allerdings untersagt werden, in irgend einer Weise finanzielle Anreize zu schaffen, durch welche ambulante Leistungen von den übrigen ambulanten Erbringern in den Bereich Spital ambulant verlagert würden.

Der indirekte Gegenvorschlag enthält die folgenden zwei wesentlichen Reformelemente: Rückversicherung und Trennung von Grund- und Zusatzversicherung.

Rückversicherung und Verfeinerung des Risikoausgleichs

Aus den Erläuterungen des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag geht hervor, dass rund 40 Prozent der Bevölkerung keine Kosten verursachen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP abgerechnet werden. Am andern Ende der Skala benötigen rund 10 Prozent der Bevölkerung kostenintensive Behandlung: Dieser Bevölkerungsteil „verursacht“ 70 % der Kosten.

Mit der Einführung des KVG wollte man die Solidarität stärken und hat deshalb die Einheitsprämie eingeführt. Das heisst, jede versicherte Person zahlt unabhängig von Alter und Geschlecht oder anderen Indikatoren bei der gleichen Kasse im gleichen Kanton und in derselben Prämienregion dieselbe Prämie. Diese entspricht – anders als in Zusatzversicherungen – nicht dem Risiko, welches eine versicherte Person für die Versicherer mit sich bringt. Die Versicherer sind deshalb interessiert, möglichst viele gute Risiken bei ihnen versichert zu haben. Das führt zur bekannten Risikoselektion. Der bestehende Risikoausgleich kann diese in der OKP inakzeptable Risikoselektion nicht verhindern. Es sind griffigere Massnahmen nötig.

Der SGB begrüsst deshalb die Einführung einer Rückversicherung für hohe Kosten mit einem tiefen Schwellenwert sowie die vorgeschlagene Verfeinerung des Risikoausgleichs. Mit dieser Rückversicherung wird die Solidarität unter den Versicherten weiter gestärkt und die Risikoselektion besser bekämpft als heute.

Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Das geltende Recht lässt zu, dass die Krankenkassen die Grund- und Zusatzversicherung in derselben Gesellschaft führen. Diese von den Kassen gängige Praxis ermöglicht Intransparenz beim

Mittelfluss zwischen Grund- und Zusatzversicherungen (Quersubventionierungen) und unterstützt die Risikoselektion. Der Austausch von Daten von Versicherten zwischen Grund- und Zusatzversicherung ist gesetzlich verboten. Das bestehende System kann diesen Datenschutz nicht sicherstellen. Der Datenaustausch fördert wiederum die Risikoselektion.

Der SGB unterstützt die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung. Damit kann die Transparenz verbessert, die Risikoselektion bekämpft und im Interesse der Prämienzahlenden der Datenschutz verbessert werden.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Paul Rechsteiner
Präsident



Christina Werder
Zentralsekretärin