

Einheitskrankenkasse

Argumentarien Pro

- Nationales Initiativkomitee für eine Soziale Einheitskrankenkasse
- Zum Rechtsgutachten Rhinow/Kägi-Diener
- Grüne Fraktion
- SPS

Gesundheit ist ein Grundrecht, das nicht der Marktlogik unterworfen werden darf

Am 9. Dezember 2004 wurde eine Volksinitiative mit 111 414 Unterschriften eingereicht (Text der Initiative auf der Rückseite). Sie verlangt, dass der Bund eine Einheitskasse für die obligatorische Krankenversicherung einführt.

Die **soziale Einheitskrankenkasse ist:**

- > eine unabhängige, gemeinnützige und nicht gewinnorientierte öffentlich-rechtliche Einrichtung, in der auch die Anliegen der Versicherten ihren Platz haben.
- > ein Instrument, um Transparenz und Kostenkontrolle sicherzustellen.
- > eine Stelle, welche die Qualität des öffentlichen Gesundheitswesens überwacht und garantiert.

Das Gesundheitswesen ist nicht zu teuer, aber sein Finanzierungssystem ist ungerecht

**Einheit
sozial**

Volksinitiative für
eine **soziale**
Einheitskrankenkasse

Nationales Initiativkomitee für eine Soziale Einheitskrankenkasse
c/o Grüne • Waisenhausplatz 21 • 3011 Bern
www.einheitskasse-ja.ch • info@einheitskasse-ja.ch

Die **soziale Einheitskrankenkasse garantiert** auch in Zukunft:

- > kantonal festgelegte Prämien.
- > die freie Arztwahl.
- > die Möglichkeit für private Zusatzversicherungen.

Die **soziale Einheitskrankenkasse bietet** ausserdem:

- > die Bezahlung aller Leistungen, die im Katalog der Grundversicherung vom 1.01.2003 aufgeführt sind.
- > eine transparente Verwaltung, da die Behörden, das Pflegepersonal und die Organisationen der Versicherten mit gleich vielen Personen in der Leitung der Einheitskrankenkasse vertreten sind.
- > einkommens- und vermögensgerechte Krankenkassenprämien.
- > wirksame Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Vorsorge.
- > Jährlich mindestens 300 Millionen Franken Einsparungen bei den Verwaltungskosten.

Die **soziale Einheitskrankenkasse beseitigt:**

- > teure Kontrollen von mehr als 80 Krankenkassen durch den Bund; es ist nur noch eine Kasse zu überwachen.
- > die Übermacht der Krankenkassen gegenüber dem Pflegepersonal und den Versicherten.
- > Kosten, die durch Kassenwechsel verursacht werden.
- > Werbekosten für die Jagd der Krankenkassen nach den «guten Risiken».

Argumentarium für eine soziale Einheitskrankenkasse

**Einheit
sozial**

Volksinitiative für
eine soziale
Einheitskrankenkasse

Nationales Initiativkomitee für eine Soziale Einheitskrankenkasse • c/o Grüne • Waisenhausplatz 21 • 3011 Bern
www.einheitskasse-ja.ch • info@einheitskasse-ja.ch

Bern, April 2006

Warum braucht es eine soziale Einheitskrankenkasse für die obligatorische Krankenversicherung?

«**Gesundheit ist ein Grundrecht,
das nicht der Marktlogik unterworfen werden darf**»

Text der Initiative

Am 9. Dezember 2004 wurde die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» mit 111 414 Unterschriften eingereicht.

Die Bundesverfassung vom 18. April 1999 wird wie folgt geändert:

Art. 117 Abs. 3 (neu)

3. Der Bund richtet eine Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein. Im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat sind die Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertretung der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten. Das Gesetz regelt die Finanzierung der Kasse. Es legt die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten fest.

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

Art. 197 Ziff. 2 (neu)

2. Übergangsbestimmung zu Artikel 117 Absatz 3 (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) Die Einheitskasse nimmt ihre Arbeit spätestens drei Jahre nach Annahme von Artikel 117 Absatz 3 auf. Sie übernimmt die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.»

Die soziale Einheitskrankenkasse **bietet**

- > ein Werkzeug, um die Bedürfnisse der Bevölkerung im Gesundheitsbereich zu erfassen.
- > die notwendige Grundlage für die Kostenanalyse und -kontrolle sowie die Kostenverteilung.
- > den Kantonen die Basis für eine bessere Planung des Gesundheitswesens, insbesondere des Spitalbereichs.
- > eine Möglichkeit, Reserven und Rückstellungen auf ein striktes Minimum zu begrenzen und so mindestens 1–2 Milliarden Franken einzusparen.

Die soziale Einheitskrankenkasse

- > baut weder Qualität noch Quantität der Pflege ab.
- > ist kein Wundermittel zur überwältigenden Kostenreduktion im Gesundheitswesen.

Die soziale Einheitskrankenkasse **erlaubt**

- > den Solidaritätsgedanken zu verstärken, welcher der allgemeinen Krankenversicherung zu grunde liegt.
- > alle Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht zu nehmen, indem diese in eine tripartite Verwaltung eingebunden werden.
- > den Versicherten, endlich ihre Interessen und ihre Entscheidungen bezüglich der Krankenkassenverwaltung geltend zu machen.
- > mittels Einführung einkommens- und vermögensabhängiger Beiträge eine echte Solidarität zwischen allen Versicherten. Diese Änderung bringt grössere soziale Gerechtigkeit und wird für eine breite Mehrheit der Versicherten eine Prämienreduktion zur Folge haben.
- > transparente und klare Steuerung der Finanzströme, wodurch die Verhandlungen über gesundheitliche Leistungen erleichtert werden.
- > eine vereinfachte Qualitätskontrolle, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- > garantierte, dezentral organisierte und qualitativ gute Leistungen für die ganze Bevölkerung.
- > effiziente Massnahmen für die Prävention und die Gesundheitsförderung.
- > die Vereinheitlichung und Vereinfachung der Verwaltung, welche eine Senkung der Verwaltungskosten bringen wird, insbesondere die Einsparung jener etwa 300 Millionen Franken pro Jahr, welche heute die Kassenwechsel kosten.
- > die Beibehaltung der Zusatzversicherungen, da die Initiative nur die Grundversicherung betrifft. Diese Klärung der Verhältnisse verhindert die heutigen Druckversuche der Versicherer, die ihre Interessen in beiden Bereichen vermischen.

Die soziale Einheitskrankenkasse **macht Schluss mit**

- > der Verpflichtung des Bundes, statt einer einzigen rund 90 Krankenkassen zu überwachen.
- > dem teuren und komplizierten System des Ausgleichs zwischen den Kassen.
- > der heutigen «Jagd auf gute Risiken» und der Pseudokonkurrenz zwischen Krankenkassen.
- > allen unnötige Werbekosten.
- > erheblichen Justizkosten, die durch das oft willkürlich angewandte Recht der Krankenkassen im Bereich der Rückerstattungen entstehen.
- > Kaderlöhnen und Entschädigungen für Verwaltungsratsmitglieder sowie den Repräsentationskosten und Ausgaben für die Luxusbauten der grossen Kassen. ●

Kapitel 1: Zur heutigen Situation

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Bei seiner Ausarbeitung Anfang der neunziger Jahre löste das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) grosse Hoffnungen aus. Dank dem Obligatorium der Grundversicherung wurden störende Ungerechtigkeiten aufgehoben.

Das Grundversicherungsobligatorium, gleiche Pflegequalität für alle und der Umfang der in der Grundversicherung kassenpflichtigen Leistungen werden durch die Initiative nicht tangiert und bleiben bestehen.

Santésuisse (der Dachverband der Krankenversicherer) verfolgt aber mit Vehemenz die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Sollte das Bundesparlament die Aufhebung des Kontrahierungszwangs beschliessen, werden die Krankenkassen jene Leistungserbringer auswählen können, die sie zu bezahlen bereit sind. Dies ist ein unannehmbarer Eingriff in das Recht, Arzt oder Ärztin oder die Behandlungsmethode selbst zu wählen. Die heute schon zu mächtigen Krankenkassen würden noch mehr Einfluss und Eingriffsmöglichkeiten erhalten.

Konkurrenz als Mythos

Das Schweizer Gesundheitssystem beruht auf dem Konzept der «eingebetteten Konkurrenz» («managed competition»). Es gibt also im Gesundheitswesen keinen freien Markt, selbst wenn dies Krankenkassen und Behörden behaupten. Neun Jahre nach Einführung des KVG steht fest, dass dieses Modell der «eingebetteten Konkurrenz» nicht funktioniert. Das Ziel der Kostensenkung wurde verfehlt.

«Für die Mehrheit der Bevölkerung bedeuten die heutigen Krankenkassenprämien eine Riesenbelastung.»»

Die heutigen Kopfprämien in der Grundversicherung sind unsozial. Ob jemand ein kleines oder ein hohes Einkommen hat, die Krankenkassenprämien sind für alle gleich hoch.

Die wichtigsten Gründe für das Versagen dieses Systems sind:

1. Der Risikoausgleich zwischen den Kassen ist unzureichend. Er berücksichtigt nur das Alter und das Geschlecht der Versicherten, nicht aber deren Gesundheitszustand.
2. Die Konkurrenz zwischen den Kassen beschränkt sich auf die Jagd nach den sog. «guten Risiken». Die Wahl der Krankenkasse ist aber nur eine Scheinwahl. Die Leistungen sind nämlich bei jeder Kasse genau die gleichen. Nur die Prämien und der Kundenservice sind verschieden. Unzufriedene Versicherte haben keine echte nachhaltige Alternative, auch wenn sie sich für einen Kassenwechsel entscheiden.

In Wirklichkeit dient die obligatorische Grundversicherung den Kassen nur als Mittel, um neue Kundschaft für die lukrativen Zusatzversicherungen zu werben. Dieser ungesunden Konkurrenz wird mit der Einheitskrankenkasse der Riegel geschoben. Die Konkurrenz im Bereich der Zusatzversicherungen bleibt bestehen, da die Einheitskasse nicht in diesen Bereich eingreift.

Gesundheitskosten und Prämien

Die Schweiz hat heute ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem mit guten Leistungen. Das hat seinen Preis.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) kostete das Gesundheitswesen 2003 rund 50 Milliarden Franken, von denen die Haushalte 33 Milliarden (also 2/3) aufbringen mussten. Ende 2004 versicherten 92 Krankenkassen insgesamt 7,4 Millionen Personen in der Grundversicherung.

Sie kassierten Prämien von insgesamt 18 Milliarden Franken. Davon wurden 4.5 Milliarden Franken, also ein Viertel der Prämien, für Rückstellungen und weitere 3 Milliarden Franken, also 16,7% der Prämien, als Reserven verbucht.

Falsche Lösungen

Die Krankenkassen bieten verschiedene Versicherungsmodelle an: Die Bonusversicherung und die Wahlfranchise gehören zu den unsozialen Modellen. «Managed care»-Modelle wie Hausarztmodell, Gesundheitsnetz, HMO können nützliche Einrichtungen sein, wenn sie korrekt angewandt werden.

Leider muss man heute feststellen, dass von den Kassen die beiden letztgenannten Modelle dazu benützt werden, die Leistungen für die Versicherten tendenziell abzubauen, indem die Kassen auf die in diesen Netzen organisierte Ärzte vermehrt Druck ausüben.

Die von den Behörden vorgesehenen Kassenwechsel lösen hohe Verwaltungskosten aus. Diese betragen schätzungsweise 1000 Franken pro Wechsel. In diesem Betrag sind der Abschluss des Dossiers bei der früheren Kasse, die Eröffnung des neuen Dossiers sowie 200 Franken Werbekosten enthalten. Seit 1996 wird die Zahl der Personen, welche die Krankenkasse gewechselt haben, auf etwa 3 % der Versicherten, also 220'000 Wechsel pro Jahr geschätzt.

Zwischen 1996 und 2006 fanden so mindestens 2 Millionen Kassenwechsel statt, was rund 2 Milliarden Franken Verfahrenskosten bedeutet, welche notabene mit Krankenkassenprämien bezahlt wurden.

In diesen Zahlen nicht enthalten ist die Bildung neuer Reserven, welche auf die Prämien der Folgejahre geschlagen werden. Der Gewinn, den die Versicherten aus einem Kassenwechsel ziehen, wird dadurch aufgehoben, dass die neue Kasse im gleichen Umfang neue Reserven bilden muss. Die von den Befürwortenden dieses Systems beschworenen Vorteile der «Konkurrenz» sind also ein Trugbild.

Konzentrationsprozess der Krankenkassen

Seit 1945 erleben wir bei den Krankenkassen einen Konzentrationsprozess. Ihr Bestand ist von 1'151 Kassen (1945) auf 815 (1970) resp. 220 (1990) zusammengeschrunpft. Am 1. Januar 2006 gab es noch 87 Kassen. Durch diese Konzentration wächst die Macht der großen Kassen - zum Nachteil der Versicherten. Die 10 grössten Kassen verwalten heute bereits 70 % der Versicherten.

Der Bericht Oggier über die Einheitskasse^[1] zitiert eine Analyse der Gesundheitssysteme Grossbritanniens, der USA, Österreichs und der Schweiz:

«Durch den Markt regulierte Systeme zeigen folgende vier Charakteristika:

1. Sie sind schwerfälliger, kostspieliger und ihre Expansionsdynamik ist schwieriger zu kontrollieren als bei Systemen, bei denen der Staat eine wichtige Rolle spielt.
2. Sie beanspruchen häufiger Fachärzte, was wahrscheinlich dazu führt, dass sie sich eher an den Interessen der Leistungserbringer als an jenen der Leistungsempfängerinnen orientieren.
3. Das Angebot an Ärzten und Betten ist weniger gleichmässig verteilt als im öffentlichen Sektor.
4. Schlussendlich sind sie (mit gewissen Vorbehalten) weniger effizient im Bezug auf die Senkung der Sterblichkeit.»

« Die soziale Einheitskasse eröffnet neue Perspektiven »

[1] Oggier, W., 2001: Avantages d'une caisse-maladie unique, S. 25.
Schlussbericht zu Handen des Bundesamts für Sozialversicherungen, Zürich, 8.12.2001.

Kapitel 2: Endlich mehr Transparenz

Die Vorteile einer sozialen Einheitskrankenkasse

Die seit Jahrzehnten vorgeschlagenen Massnahmen, um die Kosten des Gesundheitswesens und somit die Prämienkosten zu senken oder einzudämmen, sind bis heute erfolglos geblieben. Auch die vorliegende Initiative wird alleine kurzfristig nicht dazu führen, dass die Gesundheitskosten sinken. Die Hauptgründe für die hohen Kosten sind die alternde Bevölkerung der Industrieländer, die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der medizinische Überkonsum. Die Initiative birgt aber ein beträchtliches Sparpotenzial. Sie verbessert die Steuerungsmöglichkeiten, indem sie ein transparentes Verwaltungssystem einführt.

«Solidarität ist leistungsfähiger als Konkurrenzdenken.»»

Das Gesundheitssystem retten

Mit der Einführung der sozialen Einheitskrankenkasse bleiben alle Entscheidkompetenzen im Gesundheitsbereich wie heute bei jenen politischen Behörden, die dazu demokratisch legitimiert sind.

Die politischen Behörden sind insbesondere zuständig für:

- > Entscheidungen über die Gesundheitspolitik
- > Festlegung der Prämienstruktur und des Anteils der öffentlichen Finanzierung insbesondere der Spitäler. Die Tarife für die Leistungen werden zwischen der Einheitskasse und den Leistungserbringern verhandelt. Die Verhandlungen betreffen dabei nur den Preis.
- > Festlegung der Spitalplanung.

Als langfristiges Ziel sollen auch Strategien angestrebt werden, um vorbeugend gegen die Auslöser von Krankheiten vorzugehen, die aufgrund der Arbeits- und der Umweltbedingungen entstehen. Die Kompetenzaufteilung zwischen Behörden und Einheitskasse wird bei der Ausarbeitung des Gesetzes geschehen. Es ist der Gesetzgeber, der sie zu definieren hat. Aber man kann heute schon festhalten, dass die Verhandlungen – vor allem im Spitalbereich – Sache der Kantone sein sollten.

Leistungen zu Gunsten der Versicherten

Die heutigen Versicherer betrachten Gesundheit als Konsumgut wie jedes andere, das möglichst rationell zu verwalten ist, um eine möglichst hohe Rendite zu erzielen. Die soziale Einheitskrankenkasse hingegen wird im Bereich der Leistungen und Rückerstattungen nicht restriktiv handeln. Die rückzahlbaren medizinischen Handlungen werden im Leistungskatalog definiert, dessen Aktualisierung Sache der politischen Instanzen ist. Der Inhalt dieses Katalogs (mindestens jener der Version 2003) soll nicht angetastet werden, da er die Qualität der Pflege in der Schweiz garantiert. Die soziale Einheitskrankenkasse erhält keine medizinische Legitimation, um die Menge der fakturierten Leistungen zu kontrollieren. Diese Verantwortung bleibt in der Kompetenz der bestehenden politischen Organe.

Die soziale Einheitskrankenkasse soll unter anderem den Auftrag erhalten, Entwicklung und Mechanismen des Gesundheitskonsums statistisch zu erfassen. Sie wird über die nötigen Mittel verfügen, um die Rechtmässigkeit der von den Leistungserbringern erstellten Rechnungen zu kontrollieren.

Das Finanzierungssystem

Es sind drei Systeme zur Finanzierung der sozialen Einheitskrankenkasse vorstellbar:

- > Einen Lohnabzug, wie er heute bei der AHV existiert. Dabei müsste eine Prämienplafonierung eingeführt werden, um überproportional hohe Prämien zu vermeiden.
- > Eine Familienprämie, die proportional zum steuerbaren Einkommen und Vermögen des Haushalts definiert und deshalb sozial gerechter wäre.
- > Eine teilweise direkte Finanzierung durch die öffentliche Hand, insbesondere zur Erhaltung des öffentlichen Gesundheitswesens.

Es wird am Gesetzgeber sein, ein solidarisches Finanzierungsmodell zu entwickeln, das der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten Rechnung trägt. Diese Finanzierung wird viel einfacher sein als das heutige komplizierte und verworrene System mit 26 verschiedenen Regelungen, welche die Prämienvergünstigung an die Versicherten definieren und subventionieren.

Prämien pro Kanton

Die Prämien werden kantonal festgelegt.

Direkt «an der Quelle» erhobene Beiträge können auf jeden Fall jene Verwaltungskosten erheblich reduzieren, die heute durch die Eintreibung unbezahlter Prämien entstehen.

Angesichts ihrer unsozialen Wirkung ist von einer Finanzierung über indirekte Steuern abzusehen; das gilt insbesondere für die Mehrwertsteuer.

Finanzielle Beteiligung des Staates

Der Anteil des Staates an den Gesundheitskosten nimmt seit Anfang der 70er Jahre ständig ab. Er sank von 39,5% im Jahr 1971 auf 28% im Jahr 2003. Mit der Einführung der Einheitskasse wäre es erwünscht, dass der Staat (Bund, Kantone, Gemeinden) einen substanziellen Beitrag zur Finanzierung der Grundversicherung leistet.

Die tripartite Mitbestimmung und die politische Entscheidungsmacht

Die tripartite Mitbestimmung bindet alle von der Krankenversicherung betroffenen Akteure in die Verantwortung ein. Dieses Modell entspricht der schweizerischen Gepflogenheit der Konsensfindung. Die Verantwortlichkeiten sind dabei allerdings genau festzulegen.

Die tripartite Mitbestimmung in der Leitung der Einheitskrankenkasse garantiert grösstmögliche Transparenz bei der Verwaltung und der Kostenaufteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Transparenz und die genaue Kenntnis der Verhältnisse wird es erlauben, das Gesundheitssystem effizienter zu steuern.

Einheitskrankenkasse = Staatskasse?

Die Einheitskasse wird nicht zur Staatskasse, da es die Akteure des Gesundheitswesens selbst sind, welche in einer Art Sozialpartnerschaft für die Verwaltung der Kasse und die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit zuständig sind. Im System der Einheitskasse können die Versicherten ihre Vertreter und Vertreterinnen in der Kasse beauftragen, nötige Anpassungen vorzunehmen und so die Gesundheitspolitik zu beeinflussen.

Eine vereinfachte Verwaltung

Heute müssen die Versicherten die Rechnungen für medizinische Leistung an regionale oder gar nationale Zentralen schicken. Die Einheitskrankenkasse wird dezentral organisiert, um den Versicherten vor Ort eine qualitativ gute Bedienung und Beratung zu bieten.

Niedrigere Verwaltungskosten

Dank der Einheitskassen können folgende Kosten gesenkt oder ganz eingespart werden:

- > die Kosten des Kassenwechsels und somit des Dossiertransfers von einer Kasse zur anderen (mehrere Hundert Millionen Franken pro Jahr).
- > die Bildung von Reserven für neue Mitglieder, da durch die höhere Versichertenzahl der Kasse der notwendige Gesamtbetrag für Reserven gesenkt wird.
- > den komplizierten Risikoausgleich zwischen Krankenkassen, die «gute Risiken» decken und solchen, die «schlechte Risiken» versichern.
- > die Werbekosten. ●

Kapitel 3: Wie wird die soziale Einheitskrankenkasse konkret eingeführt?

Die Organisation der sozialen Einheitskrankenkasse und der Transfer der bestehenden Kassen

Die wichtigste Eigenschaft der Einheitskasse ist ein gemeinsamer, nationaler Fonds für die Prämien und die Risikofinanzierung, wie wir ihn von der AHV und der Arbeitslosenversicherung her kennen.

Der Übertrag der Prämien erfolgt zu einem bestimmten Zieldatum und sollte keine Probleme mit sich bringen

Für die Verwaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und deren Prämien sind verschiedene Lösungen denkbar:

- > Bestehende oder neu gegründete Krankenkassen können die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehmen und sich ausschliesslich dieser Aufgabe widmen (ohne weitere gewinnorientierte Aktivitäten).
- > Einrichtung kantonaler Agenturen der sozialen Einheitskrankenkasse.
- > AHV-IV-Ausgleichskassen könnten direkt mit der Verwaltung der Krankenversicherung beauftragt werden.

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen

Der Initiativtext sagt, dass die soziale Einheitskrankenkasse die Aktiven und Passiven der bestehenden Krankenkassen übernimmt. Der Übertrag der für die privaten Versicherer nicht notwendigen, respektive innert einer bestimmten Frist nicht verwendeten Reserven und Rückstellungen ist obligatorisch, da diese Gelder den Versicherten gehören.

Gegenwärtig dienen die Reserven vor allem dazu, die Versicherer gegen schlechte Geschäftsführung abzusichern. Durch die Zusammenführung der Reserven wird sich entweder eine (einmalige) Prämiensenkung oder zumindest eine Stabilisierung ergeben, da dieser Parameter im Gegensatz zur heutigen unbefriedigenden Situation nicht mehr direkt Teil der zukünftigen Prämienberechnung sein wird.

Wichtig ist, dass die versteckten Reserven (Schwankungsreserven) und die geäufteten Rückstellungen ebenfalls transferiert werden.

Schwieriger zu realisierende Vermögensüberträge (z.B. von Immobilien) müssen vom Gesetzgeber so festgelegt werden, dass die Rechte der Versicherten gewahrt bleiben.

Übernahme des Personals

Falls es einen Personalabbau geben sollte, wird sich dieser Prozess über mehrere Jahre erstrecken. Überzähliges Personal kann für die Kontrolle der Rechnungen und in der Prävention eingesetzt werden. ●

Kapitel 4: Fragen und Antworten

Wie kann eine Demotivierung der Leistungserbringer gegenüber der Einheitskasse verhindert werden?

- Die Motivation der Leistungserbringer wird stark von der Art des übernommenen Modells der «managed care» abhängen. Die Leistungserbringer besetzen ein Drittel der Leitungs- und Aufsichtsgremien der Einheitskasse, so dass ihre Motivation im Gegensatz zur heutigen Situation – wo sie nicht viel mitbestimmen können – zunehmen wird.

Wird eine Einheitskasse nicht das Verantwortungsgefühl der Versicherten schwächen?

- Die Mitverantwortung der Versicherten wird gestärkt. Sie werden nicht wie heute die machtlosen Beitragszahlenden sein, sondern echte Partner mit einem Vertretungsrecht von einem Drittel in den Führungs- und Aufsichtsinstanzen der Einheitskasse. Alle Studien zeigen: wer mitbestimmen kann, fühlt sich auch verantwortlicher. Diese Mitverantwortung der Versicherten wird eine bessere Kontrolle des Konsums von Gesundheitsleistungen erlauben.

Wie kann man die Patienten- und Versichertenvereinigungen stärken?

- Die Finanzierung der Patientenvereinigungen sollte keine Probleme bereiten. Ein jährlicher Beitrag von 1 Rappen pro versicherter Person würde beispielsweise 70'000 Franken bereitstellen (ein Beitrag von 10 Rp. also 700'000 Fr.), was bei weitem reichen dürfte, um die Vertretung der Versichertenorganisationen in der Einheitskasse zu entschädigen

Führt die Einheitskasse zu einer Verminderung der Leistungen?

- Es gibt keinen objektiven Grund, dies anzunehmen. Die InitiantInnen haben immer klar festgehalten, dass der am 1. Januar 2003 gültige Leistungskatalog eventuell ausgebaut, aber keinesfalls abgebaut werden darf. Verbessert werden könnten beispielsweise die Regelung von komplementärmedizinischen/alternativen Methoden, Unterstützung von Maßnahmen in den Bereichen der Hygiene, der Erziehung, der Ernährung und der Vorsorge.

Soll man die Wahlfranchisen aufheben?

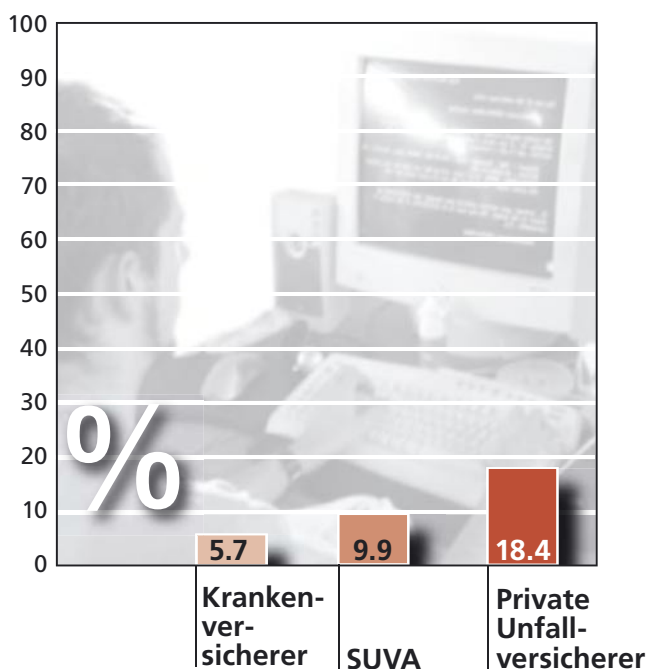
- Durch die Finanzierung aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten wird das System der Wahlfranchisen unbrauchbar und überflüssig.

Die Verwaltungskosten der SUVA sind höher als jene der Krankenversicherer, obwohl diese mehr Fälle betreuen. Wird die Einheitskasse die gleichen Nachteile haben?

- Nein, diese Behauptung ist irreführend, da Krankheits- und Unfalldossiers nicht miteinander vergleichbar sind. Die Unfallversicherer müssen komplexe Berechnungen von Rentenansprüchen anstellen, vor allem bei Rekursen. Um eine korrekte Vergleichsbasis zu erreichen, muss der Verwaltungsaufwand der SUVA mit jenem privater Unfallversicherer verglichen werden. Ergebnis: Der Verwaltungsaufwand der SUVA beträgt 9,9 % der Prämieinnahmen und derjenige der privaten Unfallversicherer 18,4 %.

Der Unterschied zwischen SUVA und Privatversicherungen zeigt das deutliche Einsparpotenzial einer Einheitskrankenkasse.

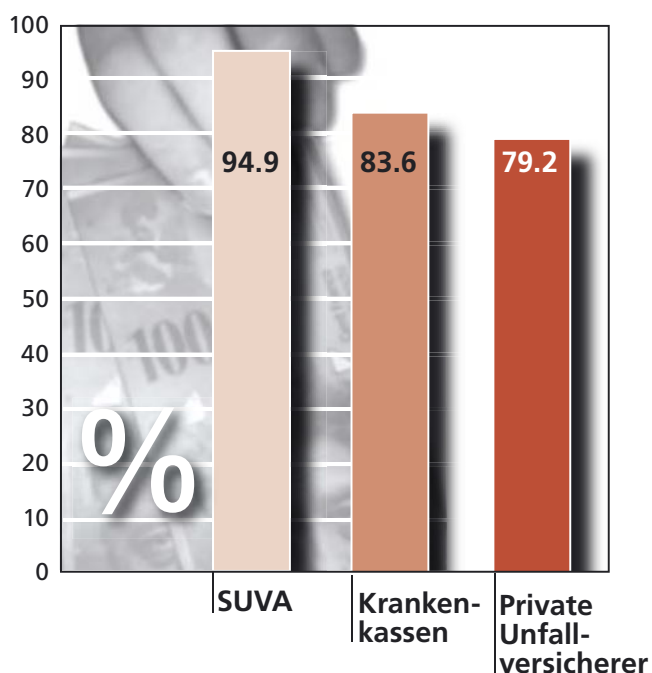
Verwaltungskosten in Prozent (Jahr 2003)



« Die SUVA ist effizienter als die privaten Unfallversicherer »

- Laut einer Studie von Professor Franz Jäger, Spezialist für wirtschaftlichen Liberalismus an der Universität St.Gallen, schüttet die SUVA einen höheren Anteil an Geldern zu Gunsten der Versicherten aus: Im Vergleich zu den einkassierten Prämien sind es bei der SUVA 94,9%, bei den Krankenkassen 83,6% und den privaten Unfallversicherern nur 79,2%. ➤

An Versicherte ausbezahlte Leistungen in Prozent (Beiträge der Versicherten=100%) in den Jahren 1984–2001



Würde die Einführung dieser Einheitskasse nicht einen enormen Aufwand und sehr hohe Kosten verursachen?

Würde sie die Leistungen für Versicherte nicht negativ beeinflussen?

- > Bei der Einführung der eidgenössischen Arbeitslosenversicherung wurde eine ähnliche Situation gemeistert, ohne dass die Kasse in Konkurs gegangen oder die Auszahlungen ausgeblieben wären.
Ein Teil der Kosten für die Einführung der Einheitskasse könnte aus den Überschüssen der Reserven der heutigen privaten Krankenkassen finanziert werden.

Wird die Einheitskasse Stellenabbau und Verlust an Fachwissen verursachen?

- > Möglicherweise werden einige Direktoren- und Kaderstellen bei den Krankenkassen überflüssig. Ansonsten kann das Personal, das heute grösstenteils direkt für die Versicherten arbeitet, in die neue Einheitskasse integriert werden, da diese dezentral und kundennah organisiert werden soll. Die Einheitskrankenkasse kann und soll zudem neue Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Evaluation der Pflegeleistungen und ihrer Kosten erbringen. Weniger Verwaltungsaufwand wird so durch wichtige und interessante Aufgaben kompensiert. Das Wissen des Personals und seine Erfahrung gehen in keiner Weise verloren. ●

Bern, 12. Dezember 2006

Medienmitteilung

Stopp dem Missbrauch von Prämiengeldern für Propaganda!

Stellungnahme des Initiativkomitees „für eine soziale Einheitskrankenkasse“ zum Rechtsgutachten Rhinow/Kägi-Diener zur Propaganda der Krankenkasse.

Die 3.7 millionenschwere Propaganda der Krankenkassen und ihres Dachverbandes Santesuisse gegen die Volksinitiative für eine soziale Einheitskasse ist klar unzulässig. Zu diesem Schluss kommt ein Gutachten der renommierten Staatsrechtsprofessoren Rene Rhinow (Basel) und Regula Kägi-Diener (St. Gallen). Wir fordern den Verband Santesuisse und die Krankenkassen auf, ihre überbordende Millionenkampagne auf dem Buckel der Versicherten endlich und sofort einzustellen.

Was das „Komitee für eine soziale Einheitskasse“ schon lange als Aushöhlung der Demokratie und Zweckentfremdung von Prämiengeldern bezeichnet, stellt nun ein Rechtsgutachten der Staatsrechtsprofessoren eindeutig fest: Die mit Prämiengeldern finanzierte Propaganda der Krankenkassen und ihres Verbandes Santesuisse gegen die Initiative für eine soziale Einheitskrankenkasse ist unverhältnismässig, untransparent und verletzt die Zweckbindung der Prämiengelder.

Das Verhalten der Krankenversicherungen zeigt einmal mehr, wie wenig ihnen am sorgfältigen und korrekten Umgang mit den Prämiengeldern der Versicherten gelegen ist. Es ist leider zu befürchten, dass bereits viele Prämiengelder verschleudert wurden und in den kommenden Monaten noch mehr verschwendet werden, um das breit abgestützte Volksbegehren mit einer gezielten Angstmacherei-Kampagne in den Boden zu stampfen.

Das Gutachten hält nämlich auch fest, dass die Krankenkassen im Bereich der obligatorischen Grundversicherung einen öffentlichen Auftrag erfüllen und sich deshalb im Abstimmungskampf zurückhaltend zu verhalten haben. Ihre Informationstätigkeit habe sich an den Grundsätzen der Sachlichkeit und Objektivität auszurichten. Dass Santesuisse z.B. immer wieder zu Unrecht mit willkürlich konstruierten Modellen behauptet, die Einheitskasse würde generell höhere Prämien oder gar neue Gesundheitssteuern bringen, hat mit Sachlichkeit nichts zu tun, sondern dient der bewussten Verwirrung der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger.

Umso mehr ist es an der Zeit, die heutige untransparente und verschwenderische Krankenkassenstruktur durch eine schlanke, bürgernahe und demokratisch kontrollierte Einheitskasse nach dem Vorbild der AHV zu ersetzen.

Gutachten

http://www.consano.ch/Gutachten_Santésuisse2.pdf

Grüne Fraktion unterstützt ihre Initiative „für eine soziale Einheitskrankenkasse“

Transparent, sozial und einfach in der Umsetzung

An ihrer heutigen Vorbereitungssitzung für die Sondersession hat die Grüne Fraktion beschlossen, die Initiative „für eine soziale Einheitskrankenkasse“ ganz klar zu unterstützen. Als mitlancierende Partei sind die Grünen überzeugt, dass die Annahme der Initiative die Lösung vieler Probleme im Gesundheitswesen ermöglichen wird.

Die Sorgen um das Gesundheitswesen und dessen Finanzierung stehen ganz oben auf dem Sorgenbarometer. Und wenn Tausende Ärztinnen und Ärzte in Bern demonstrieren, ist offensichtlich, dass das Malaise im Gesundheitswesen an Schmerzgrenzen stösst. Doch überzeugende Lösungen für ein Gesundheitswesen, das bedürfnisgerecht, transparent, effizient und finanziell für alle tragbar ist, sind nicht in Sicht. Die Grüne Fraktion ist überzeugt, dass mit der Initiative für eine soziale Einheitskasse zentrale Elemente einer nachhaltigen Gesundheitsreform realisiert werden können:

- § Die Einheitskasse wird die unsinnige Konkurrenz der über 80 Kassen ablösen, die heute in der obligatorischen Krankenversicherung tätig sind. Die Jagd nach „guten Risiken“ wird endlich beendet. Entfallen werden auch die Kosten für die Werbung und Abwerbung von Versicherten, ebenso die Kosten für die Kassenwechsel.
- § Die Einheitskasse wird eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens ermöglichen. Durch die tripartite Verwaltung, wie sie die Initiative fordert (Leistungserbringer, Versicherte, Öffentliche Hand), wird das Gesundheitswesen endlich demokratischer und transparenter.
- § Die ganze Problematik der Risikoselektion und des Risikoausgleichs fällt weg.
- § das Niveau der Reserven, die sich Ende 2005 auf rund 7,5 Milliarden Franken belaufen, kann gesenkt werden, dadurch wird auch die Prämienlast gesenkt.

Bezüglich der Umsetzung der Initiative schlagen die Grünen als Ko-Initianten folgende Rahmenbedingungen vor:

- § Die Prämien werden sozial gerecht verteilt. Sie werden analog zur Steuerkraft der versicherten Personen kantonal festgelegt. Appenzell wird sich so nicht an den Genfer Gesundheitskosten beteiligen müssen.
- § Die Verteilung der Prämienlast orientiert sich an einem Sozialziel (Prämien dürfen z.B. bei kleineren und mittleren Einkommen einen bestimmten Prozentanteil des Einkommens nicht übersteigen und sie sind progressiv auszugestalten). Es wird national eine Höchstlimite für Prämien festgelegt.
- § Die jetzigen finanziellen Mittel der Prämien-Verbilligung fließen weiterhin und im gleichen Umfang in die Finanzierung der Gesundheitskosten.
- § Die Einheitskasse soll dezentral organisiert werden. Das kann aufgrund der guten Erfahrungen analog zur ALV oder AHV geschehen, oder bestehende Kassen könnten das Grundversicherungs-Geschäft weiterführen, wenn sie sich ausschliesslich dieser Aufgabe widmen

Wie könnte die Initiative für eine soziale Einheits-Krankenkasse umgesetzt werden?

Die individuelle Prämienverbilligung ausbauen

Das Schweizer Gesundheitssystem ist teilweise unsozial finanziert:

- Der staatliche (also sozial steuerfinanzierte) Anteil ist mit 25% der niedrigste in Europa.
- Die Direktausgaben der privaten Haushalte sind die vierthöchsten in der ganzen OECD nach Mexiko, Griechenland und Korea. Die OECD selbst bezeichnet sie als untypisch für Länder mit hohen Gesundheitskosten und untypisch für Länder mit allgemeiner obligatorischer Krankenversicherung. Die Direktausgaben entsprechen 6.2% der gesamten Haushaltsausgaben, was der zweithöchste Satz in der OECD nach Griechenland ist.
- Zu den Direktausgaben kommen **Kopfprämien** für die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung (in den meisten anderen Ländern Lohnbeiträge), die 2004 netto (nach Prämienverbilligung) durchschnittlich 7.8% des verfügbaren Einkommens (=10-11% des steuerbaren Einkommens) betrug, und denen heute auch Kinder und Jugendliche unterliegen, was den unsozialen Charakter dieses Finanzierungssystems noch verschärft.

Die Initiative für eine soziale Einheitskrankenkasse fordert KV-Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten. Bei Annahme der Initiative wird das Parlament diesen Grundsatz konkretisieren müssen. Die SP Schweiz hat zu dieser Frage ein Grundlagenpapier beim BASS-Ökonomen Stefan Spycher in Auftrag gegeben. Der Auftrag lautete, eine Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung über ordentliche Steuern zu untersuchen, unter Beibehaltung des Bundesanteils an der Individuellen Prämienverbilligung (IPV) und unter Beibehaltung von Franchise und Selbstbehalt.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass eine solche Finanzierung zwar machbar wäre und weite Teile der Schweizer Bevölkerung entlasten würde. Sie zeigt aber auch auf, dass über die finanzielle Entlastung der Versicherten wegen den sehr verschieden ausgestalteten kantonalen Prämienverbilligungssystemen keine allgemeingültigen Aussagen gemacht werden können. Das beweist allein schon ein Blick auf die kantonalen Grenzbeträge für die Bezugsberechtigung von IPV-Geldern: Sie liegen zum Beispiel bei einer allein erziehenden Person mit zwei Kindern zwischen einem steuerbaren Einkommen von 106'600 Franken (BL) und 29'800 Franken (TG). Die Umstellung auf ein steuerfinanziertes System hätte deshalb derart unterschiedliche, teilweise sogar konträre Konsequenzen, dass im Rahmen der Volksabstimmung keine Aussagen möglich sind, die im ganzen Land Gültigkeit hätten.

Die SP Schweiz hat darum beschlossen, diese Untersuchung nicht weiter zu verwenden und auch nicht zu publizieren. Sie favorisiert im Sinne einer möglichen Umsetzung der Initiative einen gezielten Ausbau des bisherigen Prämienverbilligungs-Systems. Eine Einheitskasse erleichtert den Vollzug dieses Systems. Damit kann das Ziel einer sozialeren (Netto-) Prämie wirkungsvoll und mit vernünftigem Aufwand ebenfalls erreicht werden: (Nettoprämie bedeutet Prämie minus Verbilligungsbeitrag).

Eckwerte des Modells Ausbau IPV

1. Die bisherige Entlastung der unteren Einkommen (knapp 32 Prozent der Versicherten) wird auf die mittleren Einkommensschichten erweitert.
2. Besonders entlastet werden Familien durch den vollständigen Wegfall der Kinderprämien und den Wegfall der Prämien von jungen Erwachsenen in Ausbildung. Diese Entlastung ist die direkte Folge der Initiative.
3. Die Festlegung der Prämien soll sich nach einem Sozialziel richten. Dieses definiert den maximalen Anteil der Krankenkassenprämie am steuerbaren Haushalteinkommen.
4. Die Krankenkassenprämien bleiben von Kanton zu Kanton unterschiedlich nach Massgabe der jeweiligen Kostenstrukturen des Gesundheitswesens und nach Massgabe der Umsetzung der Initiative.

Die SP ist der Auffassung, dass es mit diesen Massnahmen möglich sein sollte, zwei Dritteln der Versicherten eine finanzielle Entlastung zu verschaffen.

Mögliche Finanzierungsquellen

Wie hoch der zusätzliche Mittelbedarf sein wird, hängt von der konkreten Umsetzung der Initiative durch den Gesetzgeber ab. Gut bestimmbar ist derzeit lediglich die Entlastungswirkung des Wegfalls der Prämien für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung (ca 1,5 Milliarden Franken/Jahr).

Als Finanzierungsquellen bieten sich an:

1. Die Reduktion der Verwaltungskosten dank Einführung der Einheitskasse (Wegfall der Kosten von Risikoausgleich, Kassenwechsel, Werbung und Kundenacquisition sowie Einsparungen bei den Gehältern von Direktionen und Verwaltungsräten);
2. Die bessere Anlagerendite auf den Reserven der Einheitskasse (Angleichung an diejenige anderer Sozialversicherungen wie AHV und SUVA);
3. Der Verzicht auf Steuergeschenke für Reiche (Unternehmenssteuerreform II, Steuerentlastung auf Optionen, degressive Steuern für hohe Einkommen und Vermögen);
4. Eine stärkere Belastung der reichsten zehn Prozent der Versicherten unter Beachtung einer eventuellen Obergrenze.
5. Die Beiträge des Bundes an die IPV bleiben oder werden erhöht.