

**Anhörung zu einem Entwurf für eine Verfassungsänderung mit dem Ziel, die
Einrichtung von kantonalen Ausgleichskassen zu ermöglichen**

Erläuternder Bericht

a. Einleitung

Die durch die Abstimmung über die öffentliche Kasse hervorgerufenen Debatten waren sehr vielfältig, vor allem in der Westschweiz, und haben gezeigt, dass ein breiter Konsens über den Bedarf besteht, die Krankenversicherung zu reformieren und über die Zukunft unseres Gesundheitssystems nachzudenken.

Nachdem die Fédération romande des consommateurs FRC (Westschweizer Konsumentenverband) die Ablehnung dieses Textes auf nationaler Ebene zur Kenntnis genommen hatte und den bei diesem Anlass geäußerten Volkswillen berücksichtigt hatte, wollte sie andere starke Ideen sammeln, verschiedene Optionen diskutieren und mögliche Aktionen koordinieren, um das System der Grundversicherung zu verbessern.

Hierzu hat sie seit dem Herbst 2014 die Akteure des Gesundheitssystems, die politischen Verantwortungsträger und die Vertreter der Verbände von Versicherten, Patienten und Gesundheitsberufen an regelmässigen Runden Tischen versammelt.

Seitdem hat die Entwicklung der Thematik auf politischer Ebene den Handlungsbedarf nur bestätigt:

- Die strukturellen Mängel des Krankenversicherungssystems wurden nicht behoben;
- das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz hat weder die künstliche Schaffung zu hoher Reserven noch die Deckungslücken im Falle eines massiven Zustroms neuer Versicherter in eine Kasse verhindert. Bei dem gegenwärtigen System decken die Reserven im Grunde nicht das versicherte Risiko, d. h. die Krankheit oder den Unfall, sondern das Risiko eines Schwankens der Versichertenzahl und der damit verbundenen liquiden Mittel;
- der Skandal um die zu viel gezahlten Prämien wurde nur teilweise aufgearbeitet, denn die unter dem Druck der Initiative eingeführten Gesetzesänderungen gewähren den Versicherern einen zu grossen Spielraum;
- die Kosten des Gesundheitswesens steigen nach wie vor;
- und die Versicherer bevorzugen leider immer noch die Rationierung der Leistungen gegenüber der Gesundheitsförderung.

Um den in der Westschweiz eingeleiteten partizipativen und unvoreingenommenen Prozess fortzusetzen und auszuweiten, haben die Teilnehmer des Runden Tisches die FRC mit der Organisation einer möglichst breit angelegten Anhörung über einen aus dieser Arbeit hervorgegangenen Entwurf beauftragt.

b. Ziel der Anhörung

Die Anhörung soll eine Einladung zum Dialog und einen Aufruf an die sogenannte «kollektive Intelligenz» sein.

Nach Abschluss der Anhörung werden die FRC und die bis dahin ermittelten Partner den Vorschlag anhand der erhaltenen Rückmeldungen erneut prüfen und entscheiden, ob dieser Entwurf ein ausreichendes Mass an Unterstützung genießt, um sich auf nationaler Ebene durchzusetzen, falls notwendig durch eine Volksinitiative.

c. Zur Anhörung vorgelegter Text

Die FRC (Westschweizer Konsumentenverband) gibt aus diesem Grund für den Zeitraum vom 29. Februar bis 31. Mai 2016 den folgenden Entwurf zur öffentlichen Anhörung:

Für kantonale Ausgleichskassen im Bereich der Krankenversicherung

Art. 117 Abs. 3 et 4

3 Die Kantone können eine kantonale oder interkantonale Einrichtung schaffen mit den folgenden Aufgaben:

- a. die umfassende Vergütung der von der sozialen Krankenpflegeversicherung im Falle von Krankheit zu übernehmenden Kosten;*
- b. die Festlegung und das Inkasso der Prämien,*
- c. die Verhandlung und der Genehmigung unterstellten Tarife ;*
- d. den Kauf und die Kontrolle der an zugelassene Versicherer übertragenen Verwaltungsleistungen ;*
- e. die Beteilligung an der Finanzierung und Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung und –prävention.*

4 Die Kantone stellen die Unabhängigkeit der kantonalen oder interkantonalen Einrichtung sicher, indem sie sie mit einer Führung ausstatten, die die angemessene Wahrnehmung der Interessen der Versicherten gewährleistet.

Art. 197 ch. 13

8. Uebergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 (obligatorische Krankenpflegeversicherung)

1 Nach Annahme des Artikels 117 Abs. 3 legt jeder Kanton, der seine Befugnis nutzen will, die Höhe der Reserven im Verhältnis zur Anzahl der unter seine Zuständigkeit fallenden Versicherten fest, dies inbezug auf alle in seinem Zuständigkeitsbereich tätigen oder in den letzten 5 Jahren tätig gewesenen Versicherer. Die betroffenen Versicherer sind verpflichtet, bei der Festlegung der Reserven mitzuarbeiten und die gesamten diesbezüglich notwendigen Daten zu liefern.

2 Innerhalb von sechs Monaten nach Annahme des Art. 117 Absatz 3 regelt der Bund den vollständigen Uebergang der Reservenbeträge auf die kantonalen Einrichtungen. Die betroffenen Versicherer können sich grundsätzlich diesem Uebergang nicht entgegenstellen.

3 Während dieser Frist kann jeder Kanton eine öffentliche Einrichtung im Sinne von Artikel 117 Absatz 3 schaffen, welcher er eine zu den Reserven der Versicherer verhältnismässige Defizitgarantie erteilt. In den betreffenden Kantonen wird die Zuständigkeit der Versicherer zur Prämienfestlegung und zum Inkasso sowie zur Verhandlung der der Genehmigung unterstellten Tarife von Beginn an auf die öffentliche kantonale oder interkantonale Einrichtung übertragen. Diese erstattet den Versicherern die ihnen unmittelbar aus der Durchführung der sozialen Krankenpflegeversicherung anfallenden Kosten zurück.

d. Vorteile des vorgeschlagenen Systems

Im Laufe der Beratungen stellte sich für die Teilnehmer heraus, dass das Modell der Ausgleichskasse, so wie man es beispielsweise in der Arbeitslosenversicherung kennt, einen interessanten Kompromiss darstellen könnte, um den schmerzlichen Problemen des Krankenversicherungssystems Rechnung zu tragen und dabei die ideologischen Gräben zu umgehen, die seit Jahren die Debatten zu diesem Thema lähmen.

Ein föderalistisches System, das den Willen der Bürger respektiert

Die vorgeschlagene Lösung hätte noch den Vorteil, den Volkswillen weitestgehend zu respektieren, denn sie liesse den versicherten Bürgern jedes Kantons den vollen Entscheidungsspielraum, dieses neue System auf ihrem Territorium zu übernehmen oder nicht.

Der Begriff «interkantonal» öffnet überdies jenen Kantonen, die untereinander zusammenarbeiten möchten, um die optimale kritische Masse zu erreichen, die Tür zu regionalen Lösungen.

Ein bewährtes System als Quelle für Anregungen

Das Herzstück des Modells bildet eine regionale beziehungsweise kantonale Einrichtung. Dies muss eine einheitliche Agentur sein; der Ausdruck «kantonal» bezieht sich jedoch auf ihren Tätigkeitsbereich und nicht auf ihre rechtliche Struktur.

Sie könnte demnach auch eine autonome öffentlich-rechtliche oder privatrechtliche Struktur mit einer Einbindung der öffentlichen Hand in die Struktur sein.

Ein bewährtes System als Quelle für Anregungen

Der Entwurf schlägt keinen «Sprung ins kalte Wasser» oder ein ungewisses «Abenteuer» vor, sondern die analoge Anwendung eines Systems, das sich beispielsweise in der Arbeitslosenversicherung und der AHV bewährt hat.

Ein transparentes und verständliches System

Durch die Schaffung einer kantonalen oder regionalen Ausgleichskasse, die für die Festsetzung und das Inkasso der Prämien zuständig wäre, würde die Verbindung von Kosten und Prämien klar und transparent.

Die Kontrollbefugnis und der Druck auf die Kostenentwicklung, die von den Versicherten ausgeübt werden, würden hierdurch gestärkt.

Ein geringerer Bedarf an Reserven

Der Bedarf an Reserven würde sich dank ihrer Vergemeinschaftung verringern, und es käme künftig weder zu einer künstlichen Schaffung von Reserven durch das System selbst noch zu deren Verwendung für geschäftsstrategische Zwecke.

Die Reserven hätten dann nur noch ein einziges Ziel, nämlich die Abfederung eines unerwarteten und ausserordentlichen Anstiegs der Gesundheitskosten, der in den zwei Jahren zwischen der Berechnung der Prämien und dem Abschluss auftreten könnte.

Ihre Höhe könnte sich infolgedessen drastisch verringern, was sich sehr günstig auf die Prämien auswirken würde.

Kostenausgleich ersetzt Risikoausgleich

Die Zentralisierung der Reserven aller Versicherten auf Ebene eines Kantons beziehungsweise einer Region würde ermöglichen, der komplizierten, unwirksamen und teuren Black-Box des Risikoausgleichs ein Ende zu machen.

Die Versicherten bleiben auf vertrautem Terrain

Die Prämienklassen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden beibehalten.

Dies gilt in gleicher Weise für die Wahlfranchisen und die sonstigen alternativen Modelle wie z. B. Hausarzt, Telemedizin und Ärztenetzwerk.

Da die derzeitigen Kassen ihre Tätigkeit fortsetzen werden, wird es nach wie vor möglich sein, die Grundversicherung und die Zusatzversicherungen bei derselben Versicherungsgesellschaft zu bündeln.

Der Entwurf garantiert den Versicherten eine gewisse Kontinuität und lindert die Ängste im Hinblick auf eine starre Bürokratie, der man im Falle eines mangelhaften Service nicht enttrinnen könnte.

Der Versicherte müsste ganz im Gegenteil die Kassen nicht mehr mühselig anhand ihrer Prämien vergleichen und regelmässig den Versicherer wechseln, was jedesmal zahlreiche Unannehmlichkeiten und Formalitäten mit sich bringt, denn die Prämie wäre für ihn in sämtlichen Kassen des Kantons identisch.

Er könnte seine Kasse dann ausschliesslich nach der tatsächlichen Servicequalität auswählen.

Eine Veränderung für die Versicherer, aber keine Umwälzung

Die Krankenkassen würden nicht verschwinden, sondern könnten sich voll und ganz in das System einbringen, sofern sie dies wünschen.

Dieses Modell würde es überdies ermöglichen, dem qualifizierten Personal der derzeitigen Kassen, das die Aufgabe hätte, die Mitgliedschaften zu verwalten, die Rechnungen zu prüfen und die Erstattungen zu veranlassen, einen Arbeitsplatz zu sichern.

Die Versicherer könnten die Zusatzversicherungen weiterhin nach ihrem Ermessen und für eigene Rechnung gemäss ihrer eigenen Geschäftspolitik vertreiben und verwalten.

Es müsste jedoch, wie dies bereits heute der Fall ist, eine Trennung der Aufgaben vorgesehen werden, um die Vertraulichkeit von Informationen gemäss dem Datenschutzgesetz zu wahren.

Falls der Gesetzgeber eines Tages die vollständige Trennung der Tätigkeitsbereiche zwischen OKP und Zusatzversicherungen vorschreiben sollte, läge es im Interesse der Versicherer, welche die OKP betreiben, einem Modell der Ausgleichskasse beizutreten.

Das Interesse für die Kassen, die OKP im Auftrag der kantonalen Agentur anzubieten, liegt auf der Hand. Sie würden ihrer Kundschaft einen Rundumservice anbieten und zugleich über ein Schaufenster verfügen, in dem sie der Öffentlichkeit ihre Effizienz, ihre Kompetenz und die Qualität ihrer Verwaltung zeigen könnten.

Der dadurch ausgelöste Wettbewerb und die Innovationsfreude würden sich deswegen von den Prämien auf die Servicequalität verlagern.

Der Entwurf ermöglicht den Übergang von einem System der Krankenversicherung zu einem Konzept der Gesundheitsversicherung

Die Jagd nach guten Risiken hätte de facto ein Ende, da die Einrichtung per Definition alle Versicherten eines Kantons oder einer Region aufnehmen müsste.

Es würde daher für die Einrichtung interessant, sich zu einer echten Gesundheitsversicherung zu entwickeln und einen globalen und langfristig ausgerichteten Ansatz zu verfolgen, bei dem sie insbesondere in die Vorbeugung von Krankheiten und die Verwaltung schwerer Fälle und chronischer Krankheiten investieren würde.

Der Stimme der Versicherten wird Gehör verschafft

Die Unabhängigkeit der Einrichtung wäre durch eine eigene Führung sichergestellt, die die angemessene Wahrung der Interessen der Versicherten gewährleistet.

e. Einige Anhaltspunkte zu den praktischen Modalitäten des Systems

Diese Modalitäten sind von den Kantonen, die sich für dieses System entscheiden werden, von Fall zu Fall und nach Anhörung der einzelnen Betroffenen festzulegen, aber in Anlehnung an die bekannten Modelle können bereits die folgenden Anhaltspunkte gegeben werden.

Auch wenn die genauen Modalitäten des Verwaltungsauftrages, den die bestehenden Kassen von der kantonalen Einrichtung für den Betrieb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erhalten werden, noch im einzelnen ausgeführt werden müssten, weiss man bereits, dass die Kassen keinerlei Risiko decken würden, sondern die Prämien im Voraus vereinnahmen¹ und nach Prüfung die Leistungen für Rechnung der kantonalen Einrichtung zahlen müssten.

Sie würden für die von ihnen für die Ausgleichskasse ausgeführte Arbeit auf Grundlage eines genauen Leistungsverzeichnisses vergütet werden.

Die kantonale Einrichtung würde die Einhaltung des Leistungsverzeichnisses durch periodische Audits bei denjenigen Kassen überprüfen, denen sie einen Verwaltungsauftrag erteilt hat.

Den Versicherern, die das Leistungsverzeichnis nicht einhalten, würde der Verwaltungsauftrag entzogen.

Die Vergütung der Kassen könnte in Franken pro Versichertem, anhand der Zahl der beglichenen Rechnungen oder nach einem anderen System erfolgen.

Man könnte beispielsweise eine Ausschreibung ins Auge fassen, die sich zur Erteilung dieser Verwaltungsaufträge an die am Betrieb der OKP interessierten Versicherer richtet. Alle Kassen, die dann bereit wären, sich nach dem günstigsten Angebot zu richten, könnten einen Verwaltungsauftrag erhalten.

Die Umsetzung müsste einige rückwirkende Mechanismen enthalten wie z. B. eine endgültige Berichtigung ein Jahr nach dem Abschluss des Geschäftsjahres. Denn 60 % der Rechnungen treffen im Laufe des Jahres bei den Versicherern ein, rund 40 % im folgenden Jahr und weniger als 1 % noch später.

Ein solches System würde ein Betriebsvermögen erfordern, das mit einem winzigen Teil der gegenwärtigen Reserven gebildet werden könnte.

Am Ende eines Geschäftsjahres erhielte die Ausgleichskasse von den Versicherern die zu viel vereinnahmten Beträge abzüglich der Verwaltungskosten, und sie würde den Versicherern, die mehr gezahlt als sie vereinnahmt haben, die fehlenden Beträge auszahlen. Dies wäre der Kostenausgleich.

Falls dagegen die kantonale Agentur die Prämien vereinnahmt und die Rechnungen nach Überprüfung durch die Versicherer zahlen müsste, wäre das Modell des Kostenausgleichs überflüssig, und die Versicherer erhielten nur die Entgelte für ihre Verwaltungsleistungen.

Der den Krankenkassen in diesem Modell erteilte Auftrag erfordert in jedem Falle einige Erläuterungen über ihre derzeitige Rolle (siehe Bericht der Fachgruppe GAAM²).

¹ Es handelt sich um ein Beispiel, denn es ist auch vorstellbar, dass das Inkasso der Prämien und die Behandlung von Streitfällen unmittelbar durch die Ausgleichskasse erfolgen.

² GAAM (2009). Réflexions sur l'assurance maladie (Überlegungen zur Krankenversicherung). ARTIAS. Lausanne. http://www.artias.ch/wp-content/uploads/2009/12/Dossier_octobre_09.pdf

f. Zumutbare Kosten für die kantonale beziehungsweise regionale Einrichtung

Der Kanton Waadt hat bereits das Glück, von den Diensten einer solchen Kasse, der zentralen Inkassostelle des Kantons Waadt für die Einrichtungen des Gesundheitswesens (CEESV), zu profitieren. Diese ermöglicht die Finanzierung der Einrichtungen des Gesundheitswesens nach dem Modell des Gesamtbudgets für Hospitalisierungen.

Die Spitäler stellen Rechnungen mit dem Briefkopf der zentralen Stelle aus. Die Versicherer zahlen die Rechnungen an diese Stelle und senden eine elektronische Datei. Die CEESV überweist die Beträge gemäss den zugewiesenen Budgetmitteln an die Gesundheitseinrichtungen.

2012 beliefen sich ihre Betriebskosten (Miete, Arbeitsentgelte, IKT) auf rund 900'000.- CHF bei 220'000 bearbeiteten Rechnungen über einen Gesamtbetrag von 680 Mio. CHF. Die Anzahl der bearbeiteten Rechnungen wirkt sich nur geringfügig auf die Kosten aus.

Ändert man die Informationsflüsse (siehe Abbildung), entspricht dieses System genau dem oben beschriebenen Modell der kantonalen Agentur.

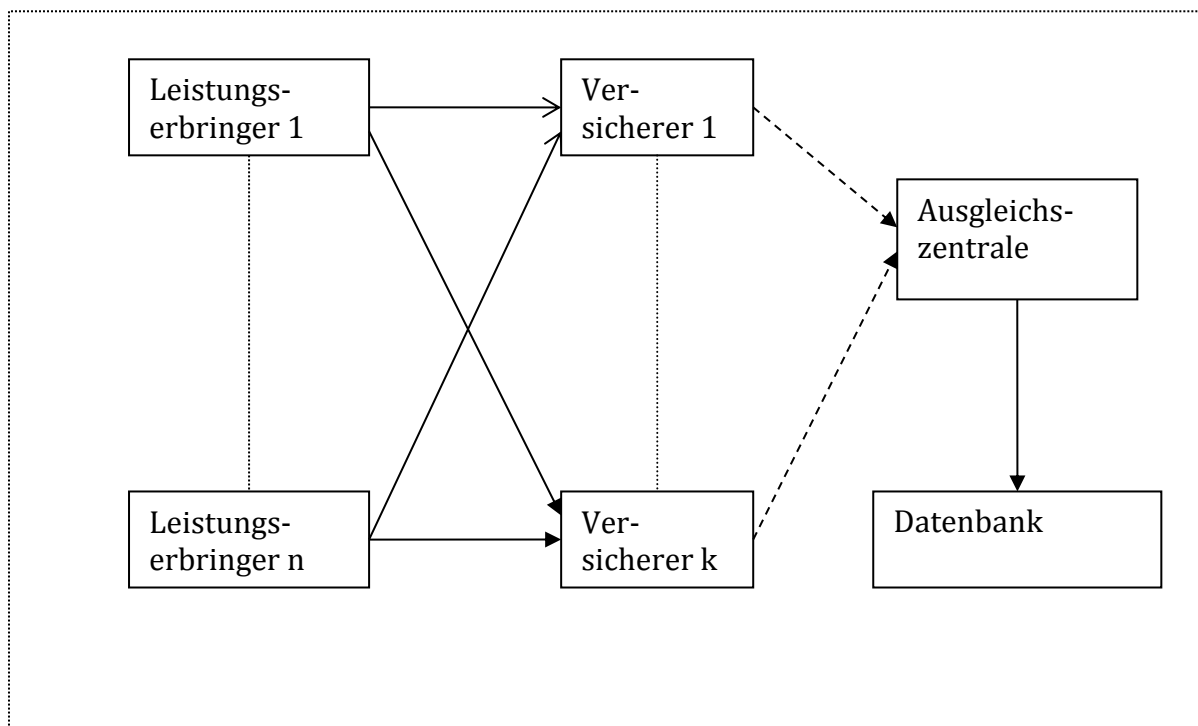


Abbildung: Die Informationsflüsse im Ausgleichskassen-Modell

Es ist daher möglich, die jährlichen Kosten für diesen Kassentyp auf rund 1 Million/Jahr pro Kanton beziehungsweise Gruppe von Kantonen zu veranschlagen.

Achtung: Zu diesen Zahlen ist die Finanzierung der Programme für Prävention oder Koordinierung der medizinischen Versorgung hinzuzurechnen. Dabei sollte beachtet werden, dass diese auf mittlere Sicht erhebliche Einsparungen ermöglichen werden.