

XX.XXX

**Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» und indirekter Gegenvorschlag
(Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; KVG)**

**Bericht für das Vernehmlassungsverfahren
Februar 2013**

Übersicht

Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» wurde durch links-grüne Kreise mit Unterstützung der Konsumentenorganisationen der Schweiz lanciert. Im Zentrum der Initiative steht eine einzige Forderung:

Die Einrichtung einer öffentlichen Einheitskasse durch den Bund, welche an Stelle der heute tätigen 62 Krankenkassen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt.

Zu diesem Zweck verlangt die Volksinitiative eine Änderung des geltenden Verfassungsartikels 117 (Abs. 3 und 4) und eine entsprechende Ergänzung der Übergangsbestimmungen (Art. 197 Ziff. 8).

Mit ihrem Anliegen streben die Initiantinnen und Initianten einen fundamentalen Kurswechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an.

Nach Ansicht des Bundesrates drängt sich ein solcher Kurswechsel nicht auf. Im Gegenteil ist er der Ansicht, dass ein System mit einer Mehrzahl von Versicherern in der sozialen Krankenversicherung klare Vorzüge gegenüber einer Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse aufweist. Die Durchführung der Krankenversicherung durch mehrere Krankenkassen hat in der Schweiz eine lange Tradition und hat sich auch unter dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) bewährt. Die Erfahrungen, die seit Einführung des KVG gemacht werden konnte, haben aber gezeigt, dass gewisse Anpassungen notwendig sind, damit das System optimal funktioniert.

Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten können sich entscheiden, ob sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Damit sind dem System wesentliche Wettbewerbs Elemente eigen, die auch die Anreize zu Kosten dämpfenden Massnahmen fördern. Der Bundesrat will diese Wettbewerbs Elemente mit dem Ziel, die soziale Krankenversicherung effizienter zu gestalten, fördern.

Eine einheitliche nationale Einrichtung, deren Organe namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet werden, wird angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen unter stark divergierendem politischem Einfluss stehen. Der Bundesrat befürchtet, dass die unterschiedlichen Interessenlagen in der Leitung zu langwierigen Diskussionen führen könnten, die von den Bemühungen zur Kosteneindämmung oder zur Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenpflegeversicherung ablenken würden.

Die Übergangsregelung lässt viele Fragen offen, die innert der gesetzten Frist von drei Jahren kaum zu lösen sind. Namentlich fehlen Lösungsansätze für die Übertragung der Aktiven und Passiven von den bestehenden Krankenkassen auf die öffentliche Krankenkasse.

Auch wenn offen bleiben muss, wie die Initiative konkret umgesetzt würde, ist der Bundesrat überzeugt, dass die Initiative für das nach wie vor noch aktuelle Kosten-

problem in der Krankenversicherung keine Lösungsansätze bietet. Eine Lösung kann vielmehr durch die periodische Überprüfung der Leistungen sowie durch Preis Anpassungen erreicht werden. Diese Linie wird durch eine Abfolge gezielter Massnahmen, die zum Teil schon wirksam sind, verfolgt und ist durch markante Schritte in den kommenden Jahren zu erweitern und zu vertiefen.

Nach Meinung des Bundesrates sind die mit der Einführung des KVG gesetzten Ziele in erster Linie durch eine fortgesetzte Konsolidierung des Systems anzustreben.

So soll mit den bereits angestossenen Korrekturen das gegenwärtige Wettbewerbssystem beibehalten werden. Mit einem Wettbewerb, welcher unter verbesserter Aufsicht spielt, können die Versicherer weiterhin Ideen und Versicherungsmodelle entwickeln, mit denen den Bedürfnissen der Versicherten flexibel Rechnung getragen werden kann. Diese Ideen und Modelle sind auch eine treibende Kraft für Qualitätsverbesserungen, insbesondere im Bereich der Überprüfung der Rechnungen der Leistungserbringer. Sie ist des Weiteren ein Faktor zur Bekämpfung des Kostenanstiegs, da die Versicherer ein Interesse daran haben, die Prämien tief zu halten.

Die entsprechenden Korrekturen sind im Rahmen des vom Bundesrat lancierten Krankenversicherungsaufsichtsgesetz und den Reformen im KVG bereits in die Wege geleitet.

Das bestehende System der sozialen Krankenversicherung weist jedoch immer noch Verbesserungspotential auf und zwar insbesondere im Bereich der Risikoselektion und der Transparenz.

Aus diesen Gründen empfiehlt der Bundesrat, die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» abzulehnen und ihr gleichzeitig einen indirekten Gegenschlag gegenüberzustellen.

Inhaltsverzeichnis	
Übersicht	2
1 Formelles	6
1.1 Wortlaut der Volksinitiative	6
1.2 Zustandekommen	7
1.3 Behandlungsfristen	7
1.4 Gültigkeit	7
2 Ziel und Inhalt der Volksinitiative	7
3 Würdigung der Volksinitiative	8
3.1 Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine nationale Einheitskasse	8
3.1.1 Bisherige Revisionsbestrebungen	8
3.1.1.1 Berichte	8
3.1.1.2 Parlamentarische Vorstösse	9
3.1.1.3 Volksinitiativen	9
3.1.2 Organisation und Rechtsform der Einheitskasse	10
3.1.3 Führung der öffentlichen Krankenkasse	10
3.1.4 Dezentrale Organisation der öffentlichen Krankenkasse	11
3.1.5 Monopolstellung der öffentlichen Krankenkasse und ihre Auswirkungen	11
3.1.6 Öffentliche Krankenkasse als Instrument zur Kosteneindämmung?	12
3.1.7 Auswirkungen auf den Tarifwettbewerb	12
3.1.8 Auswirkungen auf die Prämien	13
3.1.9 Auswirkungen auf die Reserven	13
3.1.10 Auswirkungen auf die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG	14
3.1.11 Auswirkungen der öffentlichen Krankenkasse auf den Risikoausgleich	14
3.1.12 Fazit	14
3.2 Übergangsbestimmungen	15
3.2.1 Erlass der für die Übertragung erforderlichen Rechtsgrundlage	15
3.2.2 Nichterlass entsprechender Vorschriften innert drei Jahren	16
4 Auswirkungen bei Annahme der Volksinitiative	16
4.1 Finanzielle Auswirkungen auf Bund, Kantone und Gemeinden	16
4.2 Auswirkungen auf die Versicherer	17
5 Internationaler Vergleich	17
6 Verhältnis zum europäischen Recht	18
6.1 Vorschriften der europäischen Union	18
6.2 Die Instrumente des Europarates	19
6.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht	19
7 Schlussfolgerungen	19
8 Der Bundesrat schlägt einen indirekten Gegenvorschlag vor	20
9 Grundzüge der Vorlage	20

9.1	Rückversicherung für sehr hohe Kosten und Verfeinerung des Risikoausgleichs	21
9.1.1	Ausgangslage	21
9.1.2	Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten im Einzelnen	22
9.1.3	Zusammenspiel mit dem Risikoausgleich	23
9.1.4	Verfeinerung des Risikoausgleichs	25
9.1.4.1	Der Risikoausgleich bis heute	25
9.1.4.2	Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs	26
9.2	Trennung von Grund- und Zusatzversicherung	27
10	Auswirkungen	28
10.1	Auswirkungen auf den Bund	28
10.2	Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	28
10.3	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	28
10.4	Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung	28
11	Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln des indirekten Gegenvorschlags	30

1 Formelles

1.1 Wortlaut der Volksinitiative

Die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» lautet:

I

Die Bundesverfassung¹ wird wie folgt geändert:

Art. 117 Abs. 3 (neu) und 4 (neu)

³ Die soziale Krankenversicherung wird von einer einheitlichen nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung durchgeführt. Deren Organe werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet.

⁴ Die nationale Einrichtung verfügt über kantonale oder interkantonale Agenturen. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Für jeden Kanton wird eine einheitliche Prämie festgelegt; diese wird aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

Art. 197 Ziff. 8 (neu)²

8. Übergangsbestimmungen zu Art. 117 Abs. 3 und 4 (nationale öffentlich-rechtliche Krankenkasse)

¹ Nach der Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 durch Volk und Stände erlässt die Bundesversammlung die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen, damit die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die Einrichtung nach Artikel 117 Absätze 3 und 4 übertragen werden.

² Erlässt die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 ein entsprechendes Bundesgesetz, so können die Kantone auf ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen.

¹ SR 101

² Da die Volksinitiative keine Übergangsbestimmung der Bundesverfassung ersetzen will, erhält die Übergangsbestimmung zum vorliegenden Artikel erst nach der Volksabstimmung die endgültige Ziffer, und zwar aufgrund der Chronologie der in der Volksabstimmung angenommenen Verfassungsänderungen. Die Bundeskanzlei wird die nötigen Anpassungen vor der Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts (AS) vornehmen.

1.2 Zustandekommen

Die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» ist nach Vorprüfung durch die Schweizerische Bundeskanzlei per 18. Januar 2011³ am 23. Mai 2012 mit der notwendigen Anzahl Unterschriften eingereicht worden. Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 19. Juni 2012⁴ das formelle Zustandekommen der mit 115'841 gültigen Unterschriften eingereichten Volksinitiative festgestellt.

1.3 Behandlungsfristen

Die Volksinitiative ist in Form eines ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht worden. Der Bundesrat hat beschlossen, ihr einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Gestützt auf Artikel 97 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (ParlG)⁵ hat der Bundesrat bis zum 23. November 2013 Zeit, der Bundesversammlung eine Botschaft und den Entwurf eines Bundesbeschlusses zu unterbreiten. Gemäss Artikel 100 ParlG hat die Bundesversammlung ihrerseits bis am 23. November 2014 zu entscheiden, ob sie die Initiative Volk und Ständen zur Annahme oder Ablehnung empfiehlt. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit für die Bundesversammlung, die Frist um ein Jahr zu verlängern, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlassentwurf Beschluss gefasst hat (Art. 105 Abs. 1 ParlG).

1.4 Gültigkeit

Die Volksinitiative erfüllt die Anforderungen an die Gültigkeit nach Artikel 139 Absatz 3 BV:

- a) Sie ist als vollständig ausgearbeiteter Entwurf formuliert und erfüllt die Anforderungen an die Einheit der Form;
- b) Sie bezieht sich ausschliesslich auf die Frage der Errichtung einer öffentlichen Krankenkasse und erfüllt somit die Anforderungen an die Einheit der Materie;
- c) Die Initiative verletzt keine zwingenden Bestimmungen des Völkerrechts.
Sie erfüllt somit die Anforderungen an die Vereinbarkeit mit dem Völkerrecht.

Die Initiative ist deshalb gültig.

2 Ziel und Inhalt der Volksinitiative

Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» hat ein Ziel, nämlich die Einrichtung einer einzigen öffentlichen Krankenkasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung durch den Bund.

³ BBl 2011 1317

⁴ BBl 2012 6631

⁵ SR 171.10

Zu diesem Zweck verlangt die Volksinitiative einen neuen Verfassungsartikel 117 Absatz 3 und 4 sowie eine entsprechende Übergangsbestimmung (Art. 197 Ziff. 8). Die Folge wäre eine grundlegende Änderung des Systems der schweizerischen sozialen Krankenversicherung mit folgenden Merkmalen:

1. Die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung obliegt einer einheitlichen nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung: der «öffentlichen Krankenkasse»;
2. Die Organe dieser Einrichtung werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet;
3. Die nationale Einrichtung verfügt über kantonale oder interkantonale Agenturen. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Für jeden Kanton wird eine einheitliche Prämie festgelegt; diese wird aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet.
4. Nach Annahme der Volksinitiative erlässt die Bundesversammlung die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen, damit die Reserven, Rückstellungen und Vermögen aus der sozialen Krankenversicherung auf die neue nationale Einheitskasse übertragen werden.
5. Erlässt die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme der Volksinitiative entsprechende Regeln, können die Kantone in ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen.

Laut den Argumenten der Initiantinnen und Initianten (www.oeffentliche-krankenkasse.ch) hätte die Volksinitiative zur Folge:

- dass die Krankenversicherung einfacher, effizienter, transparenter und erst noch günstiger wird;
- den Wettbewerb unter den Krankenkassen zu beseitigen, der zu Risikoselektion und überzahlten Managern führt.

3 Würdigung der Volksinitiative

3.1 Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine nationale Einheitskasse

3.1.1 Bisherige Revisionsbestrebungen

Berichte

Der in Erfüllung eines Postulates der SGK-N (99.3009) im Jahr 2001 erstellte Expertenbericht über die Vorteile einer Einheitskasse⁶ ist zum Schluss gelangt, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz auf der Systemebene die gesetzlichen

⁶ Dr. Willy Oggier: Vorteile einer Einheitskasse, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Zürich, Dezember 2001.

Ziele erreicht hat. Nach Einschätzung des Autors dürfte eine Einheitskasse kaum positive Auswirkungen auf die Kosten- und Prämienentwicklung haben. In diesem Sinn sei das Instrument als ineffizient zu bezeichnen. Denn mit dem gleichen Aufwand dürften sich nach seiner Einschätzung bei gezielterem Ressourceneinsatz insbesondere auf der Leistungserbringerseite ohne weiteres spürbarere Effekte auf die Kosten- und Prämienentwicklung realisieren lassen; dies gelte sowohl für eher staatliche als auch für eher wettbewerbsorientierte Massnahmen.

Parlamentarische Vorstösse

Die Einführung einer öffentlichen Krankenkasse war in den vergangenen Jahren wiederholt auch Gegenstand parlamentarischer Vorstösse. Einer der letzten (11.3276 Postulat Stahl, Einheitskasse in der Krankenversicherung) verlangt die Erstellung eines Berichts, bevor die vorliegende Botschaft dem Parlament überwiesen wird. Dieser soll Auskunft geben darüber, ob die Einführung einer öffentlichen Einheitskasse einen Einfluss auf die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung hätte und wie hoch die Umsetzungskosten der Einführung einer öffentlichen Einheitskasse (Erwerb der notwendigen Gebäude für diese Einrichtung, Kosten der Einführung eines einheitlichen Informatiksystems usw.) geschätzt werden. Der Bundesrat hat die Annahme des Postulates beantragt. Mit dieser Botschaft ist das Postulat erledigt.

In seiner Antwort auf ein weiteres Postulat (09.4221 Fehr Jacqueline, Was hat der Wettbewerb unter den Krankenkassen gebracht?) bekräftigte der Bundesrat seine Stellungnahme zugunsten des heutigen Systems eines regulierten Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern und beantragte, das Gesuch um Erstellung eines Berichts abzulehnen. Im gleichen Sinne und aus den gleichen Gründen lehnte der Bundesrat den Antrag auf Erstellung eines Berichts über die Vorteile der Schaffung von kantonalen Gesundheitskassen (09.4019 Postulat Wehrli, Kantonale Gesundheitskassen als Krankenversicherer) ab. Er ist der Meinung, dass eine Kantonalisierung des Krankenversicherungssystems den Anstrengungen, die für eine bessere Koordination auf nationaler Ebene unternommen wurden, zuwiderlaufen würde.

Der Nationalrat beschloss am 9. Dezember 2010, einer parlamentarischen Initiative, welche die Vornahme der notwendigen Verfassungsänderungen für die Schaffung einer einzigen nationalen öffentlichen Krankenkasse verlangte (09.504 Parlamentarische Initiative Sozialdemokratische Fraktion, Schaffung einer nationalen öffentlichen Krankenkasse) keine Folge zu geben. Am 15. September 2010 beschloss der Nationalrat ebenfalls, einer parlamentarischen Initiative keine Folge zu geben, die das KVG dahingehend ändern wollte, dass den Kantonen die Möglichkeit gegeben wird, eine kantonale Einheitskasse für die Grundversicherung zu schaffen (09.457 Initiative Zisyadis. Entscheidungsfreiheit für die Kantone bei der Grundversicherung. Einheitskasse oder Wettbewerb).

Volksinitiativen

Volk und Ständen sind in den vergangenen Jahren zwei Volksinitiativen zur Abstimmung unterbreitet worden, die eine grundlegende Reform des Systems und der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung anstrebten:

- Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)», die verlangte, dass die obligatorische Krankenversicherung durch gemeinnützige Krankenversicherer erfolgt und insbesondere durch zusätzliche Einnahmen aus der Mehrwertsteuer und durch einkommens- und vermögensabhängige Beiträge der Versicherten zu finanzieren sei, wurde am 18. Mai 2003 mit grossem Mehr abgelehnt.
- Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse», welche die Einrichtung einer Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine Reform ihrer Finanzierung durch die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten verlangte, wurde am 11. März 2007 von Volk und Ständen ebenfalls mit grossem Mehr abgelehnt.

3.1.2 Organisation und Rechtsform der Einheitskasse

Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» verlangt, dass der Bund eine einheitliche nationale öffentlich-rechtliche Einrichtung schafft, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt. Sie lässt aber offen, in welche Rechtsform die neue Institution zu kleiden ist, so dass diesbezüglich ein gewisser Interpretationsspielraum bleibt. Hingegen schreibt der Initiativtext zwingend vor, dass die Organe der Einrichtung namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet werden. Er sieht zudem vor, dass die nationale Einrichtung über kantonale oder interkantonale Agenturen verfügt.

Mangels einer genauen Definition der Rechtsform der öffentlichen Einheitskasse im Initiativtext dürfte unter den heute möglichen Organisationsformen der Krankenkassen (Stiftung, Verein, Genossenschaft, juristische Person des kantonalen öffentlichen Rechts oder Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken) am ehesten eine juristische Person des öffentlichen Rechts in Frage kommen.

3.1.3 Führung der öffentlichen Krankenkasse

Die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung obliegt einer einheitlichen nationalen Einrichtung, die hierfür kantonale oder interkantonale Agenturen bildet. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Die Organe (üblicherweise: Geschäftsleitung, Verwaltungsrat) der öffentlich-rechtlichen Einrichtung setzen sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer zusammen, so der Initiativtext. Die Aufgaben und Kompetenzen der Organe werden nicht weiter beschrieben. Die vorgesehene Zusammensetzung der Organe kann zu Interessenkonflikten führen. Obwohl das Modell auf den ersten Blick mit demjenigen der SUVA vergleichbar erscheint, zeigen sich bei einer näheren Betrachtung wichtige Unterschiede. Bei der SUVA sind die Mitglieder des Verwaltungsrats Vertreter der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und des Bundes. Die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter haben dieselben Interessen. Sie vertreten die Prämienzahler und haben dieselben Anliegen bezüglich Prävention und Behandlung bei einem Unfall. Bei der Einheitskasse wären auch die Leistungserbringer und die Kantone vertreten. Letztere

besitzen auch die öffentlichen Spitäler, welche als Leistungserbringer andere finanzielle Interessen haben als die Versicherer. Konflikte innerhalb der Organe, wie sie im Vorschlag der Initianten der öffentlichen Krankenkasse vorgesehen sind, sind unter anderem bei der Aushandlung der Tarife unvermeidlich:

- Die Leistungserbringer haben ein Interesse an hohen Tarifen in ihren Bereichen;
- Die Versicherten haben ein Interesse an möglichst umfassenden Leistungen und tiefen Prämien.

3.1.4 Dezentrale Organisation der öffentlichen Krankenkasse

Die Volksinitiative sieht eine relativ dezentrale Organisation der nationalen öffentlichen Krankenkasse vor. Mit der Schaffung von kantonalen oder interkantonalen Agenturen – vergleichbar mit den Arbeitslosenkassen – soll den Versicherten eine Dienstleistung im Nahbereich geboten werden. Damit würden die Versicherten weitgehend von ihrer regionalen Betreuung abhängig, was der heutigen Situation ähnlich ist. Dies allerdings mit dem wesentlichen Unterschied, dass die Versicherten nicht zu einer anderen Krankenkasse wechseln könnten, wenn sie mit der Qualität der Dienstleistung nicht zufrieden wären oder wenn Unverträglichkeiten zwischen Versicherten und der zuständigen Betreuungsperson entstehen sollten.

3.1.5 Monopolstellung der öffentlichen Krankenkasse und ihre Auswirkungen

Die Einrichtung einer nationalen öffentlichen Kasse zur Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung führt zwangsläufig zu einer Monopolsituation auf Versichererseite mit folgenden Auswirkungen:

- Wie oben erwähnt, hätten die Versicherten nicht mehr wie heute die Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln, wenn sie mit der Leistungsabwicklung oder mit der Servicequalität nicht zufrieden sind;
- Die öffentliche Krankenkasse wäre mangels Wettbewerb weniger zu Kosten sparendem Verhalten motiviert. Mehrere Krankenkassen bewirken infolge ihrer Konkurrenzsituation höhere Anreize zur Effizienz und damit zu einem Innovationsverhalten als eine einzige Krankenkasse;
- Vergleiche mit dem Ausland zeigen, dass Monopolsituationen in der Grundversicherung die Aufteilung der Finanzierung zwischen Grund- und Zusatzversorgung beeinflussen. Der Bedarf nach Versorgungs- und Versicherungsformen ausserhalb der Grundversicherung nimmt in solchen Systemen tendenziell zu, da dort die entsprechende Leistungsqualität und -bereitschaft im Rahmen von Wettbewerbsstrukturen erbracht wird und so den Präferenzen der Leistungsnachfrager besser entsprechen.

3.1.6 Öffentliche Krankenkasse als Instrument zur Kosteneindämmung?

Die Volksinitiative bezweckt in erster Linie die Einrichtung einer nationalen öffentlichen Kasse für die obligatorische Krankenversicherung durch den Bund. Sie zielt somit nicht prioritär auf die Eindämmung der Kosten ab. Die Initiative enthält denn auch keine explizite Verpflichtung zu Kosten eindämmenden Massnahmen.

Laut Argumentarium der Initiantinnen und Initianten wird die öffentliche Einheitskasse die administrativen Kosten reduzieren können. Namentlich werden die entfallenden Werbe- und Wechselkosten der heutigen Versicherer erwähnt. Zwar würden bei einer Einheitskasse gewisse Verwaltungskosten entfallen oder sich reduzieren. Jedoch ist mit erheblichen Umstrukturierungskosten zu rechnen, die während Jahren zu Buche schlagen. Zudem ist mit dem Aufbau einer Versicherungseinrichtung mit Monopolstellung fraglich, dass diese effizienter arbeiten und die Leistungskosten besser kontrollieren würde als die bestehenden Krankenkassen. Im Übrigen hat unter dem KVG die Anzahl der Krankenkassen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, von 145 im Jahre 1996 auf 62 im Jahr 2012 abgenommen. Bei den Verwaltungskosten lässt sich – in Franken pro versicherte Person – vorerst eine Abnahme von 133 (1996) auf 118 (1999) Franken und in der Folge eine Zunahme auf 160 Franken (2011) feststellen. Das jährliche Wachstum der Verwaltungskosten liegt damit über die ganze Zeitperiode hinweg mit 1,2% leicht unter dem Schweizer Lohnwachstum gemäss Lohnindex des Bundesamtes für Statistik (1,3%), wobei es allerdings seit 1999 etwas höher ausgefallen ist.

Auf die Verwaltungs- und Durchführungskosten entfallen bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 5,4 Prozent der Ausgaben⁷. Bei anderen Sozialversicherungen liegt dieser Wert teilweise deutlich höher, namentlich bei der Unfallversicherung (11,3%), der Arbeitslosenversicherung (9,0%) oder der Invalidenversicherung (6,0%). Tiefer liegt der Anteil dagegen in denjenigen Sozialversicherungen, deren Ausgaben nahezu vollständig Rentenzahlungen umfasst, d. h. in der AHV (0,4%), der EO (0,2%) sowie den Familienzulagen (2,8%). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keinerlei Renten bezahlt werden, sondern das personalintensivere Geschäft der Kontrolle und Bezahlung von Rechnungen der Leistungserbringer betrieben wird, ist nicht zu erwarten, dass die öffentliche Krankenkasse die Verwaltungskosten signifikant senken könnte.

3.1.7 Auswirkungen auf den Tarifwettbewerb

In einem System mit einer nationalen öffentlichen Krankenkasse ändern sich die Wettbewerbsregeln im Tarifbereich: Einer Vielzahl von Leistungserbringern steht ein einziger Versicherer gegenüber. Auf Versichererseite besteht somit eine Monopolsituation. Man könnte davon ausgehen, dass die Versicherer dadurch über eine stärkere Position im Rahmen der Tarifverhandlungen verfügen, als dies bei einer Vielzahl von Krankenversicherern der Fall ist. Da die Leistungserbringer in den Organen der öffentlichen Krankenkasse sitzen, und dadurch in einen gewissen Interessenkonflikt geraten, wird eine allfällige Stärke des Monopols bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern relativiert.

⁷ Quelle: Bundesamt für Sozialversicherungen, Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2011. Alle Angaben beziehen sich auf das Jahr 2010.

Die Versicherer haben noch bis zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung gemeinsame Verhandlungen mit den Leistungserbringern geführt. Die vormalige „Marktmacht“ ist nun aufgebrochen. Neu verhandeln verschiedene Tarifgemeinschaften wie insbesondere die Tarifsuisse AG sowie die Gruppe Helsana/Santias/KPT mit den Leistungserbringern. Wegen des Vertragszwangs ist der Wettbewerb allerdings eingeschränkt. Die Auswirkung dieser Umstellung kann noch nicht beurteilt werden.

3.1.8 Auswirkungen auf die Prämien

Die Volksinitiative setzt, wie das geltende Recht, auf Prämien der Versicherten als Hauptfinanzierungsquelle der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Konkret sieht sie vor, dass die von der öffentlichen Krankenkasse geschaffenen kantonalen oder interkantonalen Agenturen zum einen die Prämien festlegen und einziehen, zum anderen die Leistungen vergüten. Für jeden Kanton soll eine einheitliche Prämie festgelegt werden, deren Berechnung auf den Kosten der sozialen Krankenversicherung basiert. Die Volksinitiative macht keine weiteren Angaben zur Umsetzung der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung. Die Frage der Bildung von Reserven und Rückstellungen wird gar nicht angesprochen, so auch nicht die Frage der Finanzierungslücke im Falle einer Bedarfsunterschätzung bei der Prämienfestsetzung oder einer plötzlichen und unerwarteten Erhöhung der Kosten zu Lasten der Krankenversicherung.

Die Volksinitiative lässt auch offen, ob die Prämien wie im geltenden System nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden regional abgestuft werden sollen. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass eine öffentliche Einheitskrankenkasse zu einer Reduktion der heute bestehenden Prämienregionen führt. Wegfallen würde bei Annahme der Initiative wahrscheinlich die Möglichkeit, Prämien nur für einzelne Teile einer Region bzw. für einzelne Gemeinden festzulegen, wie dies im geltenden Recht möglich und insbesondere in ländlichen Gebieten und Bergregionen von Krankenkassen, die nur über kleine Tätigkeitsgebiete verfügen, praktiziert wird.

Da sich die Prämien mit einer Einheitskasse nicht mehr unterscheiden, müssten diejenigen Personen, die heute bei einer Kasse mit tiefen Prämien versichert sind, höhere Prämien bezahlen. Dadurch wird sich der Anteil derjenigen Personen erhöhen, deren Prämien mittels der individuellen Prämienverbilligung mitfinanziert wird. Somit werden auch die Ausgaben für die Prämienverbilligung ansteigen.

3.1.9 Auswirkungen auf die Reserven

Als weiterer Vorzug der öffentlichen Krankenkasse wird im Argumentarium der Initiantinnen und Initianten ihre Möglichkeit zur Herabsetzung der Reserven angeführt. Es trifft zwar zu, dass eine Krankenkasse mit rund acht Millionen Versicherten die Risiken besser diversifizieren kann, als dies bei den heutigen Krankenkassen der Fall ist, und deshalb über tiefere Reserveanforderungen verfügen könnte. Damit würden jedoch keine Kosten eingedämmt, da ein Abbau der Reserven – vorausgesetzt, dass die gesetzlichen Reserven bei Aufnahme der Tätigkeit der Einheitskasse überhaupt vollständig vorhanden sind – ohnehin nur in den ersten Jahren eine entlastende Wirkung auf die Prämien hätte. Im Übrigen ist vor Augen zu halten, dass auch

eine Einheitskasse ausreichend Reserven benötigt, um die Risiken abzudecken, die sie mit ihrer Geschäftstätigkeit eingeht. Auch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, was geschieht, wenn die Reserven nicht ausreichen, um unerwartet eingetretene Risiken zu decken.

3.1.10 Auswirkungen auf die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG

Nicht angesprochen wird im Initiativtext das Schicksal der freiwilligen Taggeldversicherung. Im geltenden Recht bildet sie zusammen mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die soziale Krankenversicherung und ist im KVG geregelt. Jeder zur Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassene Versicherer ist verpflichtet, neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zumindest die Einzeltaggeldversicherung nach KVG durchzuführen.

Die Volksinitiative verlangt einzig, dass die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die öffentliche Kasse übertragen werden. Das Portefeuille der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG könnte somit theoretisch bei den bisherigen Einrichtungen verbleiben und die Taggeldversicherung von diesen als weiterhin anerkannte Krankenkassen betrieben werden. Dem Gesetzgeber steht es allerdings frei, die soziale Taggeldversicherung gesetzlich neu zu regeln.

3.1.11 Auswirkungen der öffentlichen Krankenkasse auf den Risikoausgleich

Der Risikoausgleich hätte in einem Monopolkassensystem keinen Sinn mehr und würde wegfallen. Auf die Prämienhöhe hätte dies aber keine nennenswerten Auswirkungen, da der im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich bei den Versicherern und der Gemeinsamen Einrichtung entstehende Verwaltungsaufwand auf den einzelnen Versicherten bezogen gering ist.

3.1.12 Fazit

Nach Ansicht des Bundesrates drängt sich ein fundamentaler Kurswechsel bei der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einer Kassenvielfalt zu einer öffentlichen Krankenkasse nicht auf. Vielmehr ist der Bundesrat der Ansicht, dass ein System mit mehreren Versicherern in der sozialen Krankenversicherung klare Vorzüge gegenüber der Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse aufweist. Die Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung durch mehrere Krankenkassen hat in der Schweiz eine lange Tradition. Die Erfahrungen, die seit Einführung des KVG gemacht werden konnte, haben aber gezeigt, dass gewisse Anpassungen notwendig sind, damit das System optimal funktioniert. Der Bundesrat ist jedoch überzeugt, dass bestehende Fehlanreize wie beispielsweise die Risikoselektion ohne einen grundlegenden Systemwandel korrigiert werden können.

Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz heute eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten

können sich entscheiden, ob sie die obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Zudem sorgt ein gut funktionierender Wettbewerb auch dafür, dass die Versicherer die Rechnungen der Leistungserbringer prüfen. Diese Vorteile des Wettbewerbs zeichnen unser qualitativ hochstehendes und funktionales System aus und sollen daher im schweizerischen Krankenversicherungssystem beibehalten und gefördert werden.

Der Bundesrat befürchtet zudem, dass die unterschiedlichen Interessenlagen in der Leitung der öffentlichen Krankenkasse zu langwierigen Diskussionen führen, die von den Bemühungen zur Kosteneindämmung oder zur Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenpflegeversicherung ablenken.

Der Bundesrat ist überzeugt, dass mit wirtschaftlichen Anreizen für alle beteiligten Akteure das Ziel der Kosteneindämmung besser erreicht werden kann als mit einem System mit nur einem Versicherer.

Der Bundesrat ist sich aber auch bewusst, dass das heutige System noch optimiert werden muss. Er hat aus diesem Grunde bereits das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz an das Parlament überwiesen. Weitere Verbesserungen, insbesondere im Bereich der Risikoselektion und der Transparenz sind notwendig. Im Bereich der Leistungen wird immer wieder nach kostendämpfende Massnahmen verlangt. Mit der diesjährigen Anpassung der Medikamentenpreise sowie der geplanten befristeten Zulassungsbeschränkung für Spezialärzte sind im ambulanten Bereich erste Schritte in diese Richtung eingeleitet.

3.2 Übergangsbestimmungen

3.2.1 Erlass der für die Übertragung erforderlichen Rechtsgrundlage

Nach den Übergangsbestimmungen der Volksinitiative hat die Bundesversammlung nach der Annahme dieser durch Volk und Stände die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen zu erlassen, damit die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die öffentliche nationale Krankenkasse übertragen werden. Erlässt die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme der Initiative entsprechende Vorschriften, so können die Kantone auf ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen. Diese knappe Regelung auf Verfassungsebene und das Fehlen weiterer Anhaltspunkte zu wesentlichen Nebenpunkten lassen einen grossen Spielraum hinsichtlich der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen der Volksinitiative auf die heute bestehenden Versicherer und auf die neu einzurichtende öffentliche Krankenkasse offen. Nach Ansicht des Bundesrates ist die Dreijahresfrist für den fundamentalen Systemwechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu knapp bemessen. In dieser Zeit müssten erhebliche Teile des geltenden Krankenversicherungsgesetzes geändert oder neu geschaffen werden.

3.2.2 Nichterlass entsprechender Vorschriften innert drei Jahren

Die Übergangsbestimmungen sehen wie erwähnt vor, dass die Kantone auf ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen können, falls die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme der Volksinitiative entsprechende Vorschriften erlässt. Folglich könnte bei einer solchen Hypothese eine öffentliche Einheitskasse auf kantonaler Ebene eingerichtet werden; in der Schweiz würden somit zwei völlig unterschiedliche Versicherungssysteme nebeneinander existieren, was zahlreiche Durchführungs- und Koordinationsprobleme mit sich bringen dürfte.

Im Zusammenhang mit der Übernahme der Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die öffentliche Einheitskrankenkasse stellen sich heikle rechtliche Probleme, die im Konfliktfalle gerichtlichen Prozessen führen könnten. Vor allem geht aus dem Initiativtext nicht hervor, ob die Krankenkassen für die Übertragung der Aktiven und Passiven eine Gegenleistung erhalten sollen.

Wenn die Initiantinnen und Initianten davon ausgehen, dass die Übertragung der Aktiven und Passiven ohne Gegenleistung zu erfolgen hat, so müsste vorausgesetzt werden, dass die vorhandenen Vermögenswerte nicht eigentlich im Eigentum der Krankenkassen sind. Aufgrund der fehlenden expliziten Bestimmungen im Initiativtext betreffend einer Entschädigungspflicht ist es am Gesetzgeber sich um diese Frage zu kümmern. Zwar wird im Falle der Auflösung einer Krankenkasse schon im geltenden Recht vorgesehen, dass bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen ein allfälliger Vermögenüberschuss in den Insolvenzfonds der Gemeinsamen Einrichtung fällt, wenn das Vermögen und der Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf einen anderen Versicherer übertragen werden (Art. 13 Abs. 4 KVG); auch hat ein Versicherer, dem die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung nur für Teile des örtlichen Tätigkeitsbereichs entzogen wurde, einen Teil seiner Reserven abzugeben und die Versicherer dürfen die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur zu deren Zwecken verwenden (Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG). Inwiefern sich eine analoge Regelung aber im Falle der Überführung aller Aktiven und Passiven der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf die öffentliche Krankenkasse rechtfertigen lässt, wäre im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zu prüfen. Problemlos dürfte sich diese Übernahme der Aktiven und Passiven nicht abspielen, was dazu führen wird, dass die finanziellen Verhältnisse der öffentlichen Krankenkasse im Zeitpunkt der Aufnahme ihrer Tätigkeit nicht vollständig geklärt sein werden.

4 Auswirkungen bei Annahme der Volksinitiative

4.1 Finanzielle Auswirkungen auf Bund, Kantone und Gemeinden

Die öffentliche Hand leistete in den vergangenen Jahren im Rahmen der Prämienverbilligung zunehmende Beiträge an die Krankenversicherung. Im Jahr 2011 betrug der Bundesbeitrag 2,1 Milliarden Franken, derjenige der Kantone 2,0 Milliarden

Franken⁸. Bei den Kantonen kommen die Subventionen der Leistungserbringer hinzu; insbesondere der Spitäler. Die Subventionen an Leistungserbringer betragen im Jahr 2010 rund 9,4 Milliarden Franken⁹. Von den insgesamt rund 34,8 Milliarden Franken, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind, übernimmt die öffentliche Hand dementsprechend etwa 38,6 Prozent. Aufgrund der Angleichung der Prämien und damit einhergehend der Erhöhung der tiefen Prämien ist davon auszugehen, dass die von der öffentlichen Hand geleisteten Prämienverbilligungen eher ansteigen müssen, um eine analoge Entlastung der Versicherten wie heute zu erreichen.

4.2 Auswirkungen auf die Versicherer

Die soziale Krankenversicherung wäre bei Annahme der Volksinitiative nicht länger Teil des Geschäftsbereichs der bestehenden Krankenversicherer. Diese hätten die Möglichkeit, weiterhin Zusatzversicherungen anzubieten. Die 62 heute im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Krankenkassen würden ihrer hauptsächlichen Geschäftstätigkeit entledigt. Insbesondere jene Kassen, die keine Zusatzversicherungen durchführen, werden sich – sofern sie nicht ihren Zweck ändern und in einem neuen Bereich eine Geschäftstätigkeit aufnehmen – zur Auflösung gezwungen sehen. Es ist davon auszugehen, dass viele bestehende Einrichtungen ihre Tätigkeit einstellen müssten. Die Einrichtung einer öffentlichen Einheitskasse eine grundlegende Reorganisation der Organisationsstrukturen und der Verwaltungsabläufe zur Folge, von denen ein Grossteil der 12'219¹⁰ Krankenkassenangestellten der Grund- und Zusatzversicherung betroffen wären. Bei den Kosten, die den Versicherern, Bund und Kantonen durch die Annahme der Initiative entstehen würden, ist zu unterscheiden zwischen den Umstellungs- und den späteren Betriebskosten. Beide sind von der konkreten Umsetzung der Volksinitiative abhängig und können zum jetzigen Zeitpunkt nicht beziffert werden.

5 Internationaler Vergleich

In den Industriestaaten kommen, wenn man von den USA absieht, grundsätzlich zwei verschiedene Gesundheitssysteme vor: der nationale Gesundheitsdienst, der hauptsächlich durch Steuern finanziert ist (sog. «Beveridge-Modell»), sowie das Sozialversicherungsmodell, auch «Bismarck-Modell» genannt. Nach dem Sozialversicherungsmodell sind die Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich, den Benelux-Ländern, Österreich, vielen osteuropäischen Ländern sowie in Japan und Südkorea finanziert. Die Systeme unterscheiden sich im Einzelnen allerdings erheblich. In den meisten Ländern existieren mehrere Versicherer, wobei diese jedoch nicht überall frei gewählt werden können, sondern oftmals in Abhängigkeit vom Arbeitgeber, Arbeitsstatus oder Wohnort vorgegeben sind. Wie in der Schweiz besteht Wahlfreiheit bezüglich des Versicherers in Deutschland, den Niederlanden, Belgien, Israel, Tschechien sowie in der Slowakei (sog. «Reguliertes Marktmodell»). Ein System mit einem einzigen öffentlichen Krankenversicherer existiert in

⁸ BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011.

⁹ BFS, Finanzierung des Gesundheitswesens nach Finanzierungsregimes.

¹⁰ BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010.

Südkorea sowie in einigen osteuropäischen Ländern, die im Zuge der Transformation von einem staatlichen Gesundheitssystem zu einem Sozialversicherungssystem übergegangen sind.

Ein Unterschied des Schweizer Systems gegenüber den meisten anderen Ländern mit einem Sozialversicherungssystem besteht darin, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen beruht, sondern auf Kopfprämien, die für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch individuelle Prämienverbilligungen ergänzt werden.

Eindeutige Aussagen zum Zusammenhang von Gesundheitssystem und Gesundheitskosten sind mit den verfügbaren internationalen Statistiken der OECD relativ schwierig. Länder mit einem nationalen Gesundheitssystem weisen einerseits ein tieferes Kostenniveau auf als die Schweiz (sowohl absolut wie auch im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt), gleichzeitig sind dort die Gesundheitskosten im vergangenen Jahrzehnt viel stärker gestiegen. Ein Trend zu einem vergleichbaren Kostenwachstum ist jedoch in allen Systemen zu beobachten. Mit der Schweiz bezüglich Entwicklungsstand der Wirtschaft sowie Qualität der medizinischen Versorgung einigermassen vergleichbare Länder (z. B. Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien) unterscheiden sich dagegen kaum, weder hinsichtlich der Kosten noch hinsichtlich des Kostenwachstums – auch wenn die Krankenversicherung teilweise ganz anders finanziert wird.

6 Verhältnis zum europäischen Recht

6.1 Vorschriften der europäischen Union

Artikel 3 Absatz 3 Unterabsatz 2 des Vertrages der Europäischen Union überträgt der Union die Aufgabe, die soziale Gerechtigkeit und den sozialen Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmenden innerhalb der Union ist in Artikel 45 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) geregelt. Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 48 AEUV festgelegt ist. Das Unionsrecht sieht keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vor. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004¹¹ und die Durchführungsverordnung Nr. 987/2009¹² geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens vom 21. Juni 1999¹³ zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft am 1. Juni 2002 ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems.

¹¹ Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, berichtigt in ABl. L 200 vom 7. Juni 2004

¹² Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1

¹³ SR **0.142.112.681**

6.2

Die Instrumente des Europarates

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (EOSS, SR 0.831.104) regelt in ihrem Teil II die ärztliche Betreuung. Die Vertragsstaaten nach Teil II sind verpflichtet, den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf ihre Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten. Der Leistungsempfänger kann zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Zudem kann die Dauer der erbrachten Leistungen für die einzelnen Fälle auf 26 Wochen beschränkt werden. Die Schweiz hat bei der Ratifikation der EOSS erklärt, die Verpflichtungen aus Teil II nicht zu übernehmen. Betreffend die Organisation der Sozialversicherungssysteme sieht die EOSS vor, dass wenn die Verwaltung nicht von einer einem Parlament verantwortlichen Regierungsstelle wahrgenommen wird, Vertreter der geschützten Personen nach vorgeschriebener Regelung an der Verwaltung zu beteiligen oder ihr in beratender Eigenschaft beizuzuordnen sind; die innerstaatlichen Rechtsvorschriften können auch die Beteiligung von Vertretern der Arbeitgeber und der Behörden vorsehen (Art. 71).

Die (revidierte) Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 6. November 1990 erweitert den persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich der EOSS. Sie tritt nach der Ratifikation durch zwei Mitgliedstaaten des Europarates in Kraft. Bis anhin haben die Niederlande (22.12.2009) ratifiziert und 13 weitere Staaten unterzeichnet.

Die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 sowie die revidierte Europäische Sozialcharta vom 3. Mai 1996 statuieren in Artikel 12 das Recht auf soziale Sicherheit. Die Schweiz hat die beiden Abkommen nicht ratifiziert.

6.3

Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» ist mit dem europäischen Recht vereinbar. Insbesondere verstösst sie nicht gegen das Abkommen über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft vom 1. Juni 1999 (SR 0.142.112.681).

7 Schlussfolgerungen

Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz heute eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten können sich entscheiden, ob sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Damit sind dem System wesentliche Wettbewerbselemente eigen, die auch die Anreize zu kosten dämpfenden Massnahmen fördern. Daran will der Bundesrat festhalten und den Wettbewerb zur Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Krankenversicherungssystems beibehalten.

Das vorgeschlagene System bringt insbesondere im Hinblick auf die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine neuen Anreize zu

Kosten sparendem Verhalten der Beteiligten. Der Bundesrat will deshalb auf dem eingeschlagenen Weg der Systemkonsolidierung weiterfahren. Die entsprechenden Korrekturen sind im Rahmen des vom Bundesrat vorgeschlagenen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz und den Reformen im KVG zum Teil bereits in die Wege geleitet.

Aus all diesen Gründen lehnt der Bundesrat die Einführung einer einheitlichen öffentlichen Krankenkasse ab.

8 Der Bundesrat schlägt einen indirekten Gegenvorschlag vor

Das heutige System der sozialen Krankenversicherung weist einige Verbesserungsmöglichkeiten auf. Trotzdem ist der Bundesrat der Ansicht, dass sich das wettbewerbsorientierte System, wie es seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 besteht, bewährt hat und grundsätzlich beibehalten werden muss. Bestehende Fehlanreize wie beispielsweise die Risikoselektion müssen jedoch behoben werden.

Dem Bundesrat ist es ein Anliegen, eine verbesserte Solidarität im Rahmen einer stabileren Prämiensituation der verschiedenen Versicherer zu erreichen, um so der Risikoselektion, welche die Versicherer teilweise betreiben, entgegenzuwirken ohne den Wettbewerb der Versicherer auszuschalten. Zudem will der Bundesrat mehr Transparenz in der sozialen Krankenversicherung erhalten. Deshalb stellt der Bundesrat der Initiative "Für eine öffentliche Krankenkasse" einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber. Dieser Gegenvorschlag beinhaltet wirksame Instrumente zur Bekämpfung der Risikoselektion und führt im bestehenden System Neuerungen ein, um die Solidarität in der sozialen Krankenversicherung zu verbessern.

9 Grundzüge der Vorlage

Der Gegenvorschlag des Bundesrats zur Volksinitiative "Für eine öffentliche Krankenkasse" umfasst im Wesentlichen zwei Elemente.

Mit der Einführung einer Rückversicherung für sehr hohe Kosten und einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs soll der Anreiz zur Risikoselektion für die einzelnen Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung minimiert werden. Daraus wird sich zudem eine Angleichung der Prämien der verschiedenen Versicherer ergeben, was den Anreiz zur Risikoselektion vermindert und einen häufigen Kassenwechsel auch für die Versicherten weniger attraktiv macht. Die Wechselkosten werden somit verringert. Der Wettbewerb unter den Versicherern soll beibehalten werden, aber er soll vermehrt dort spielen, wo er vom Gesetzgeber ursprünglich gewollt ist, nämlich bei der Qualität der Versicherungsleistungen, Angebote und Kostenkontrolle.

Zudem sollen die Grund- und die Zusatzversicherung in dem Sinne getrennt werden, dass sie künftig von unterschiedlichen Gesellschaften (juristischen Einheiten) durchgeführt werden und dass Informationsbarrieren zwischen einer Krankenkasse und einer anderen Gesellschaft einer Gruppe eingeführt werden. Nebst der daraus resultierenden verbesserten Transparenz dient auch diese Massnahme der Eindämmung der Risikoselektion.

9.1 Rückversicherung für sehr hohe Kosten und Verfeinerung des Risikoausgleichs

9.1.1 Ausgangslage

Analysen zur Kostenverteilung in der sozialen Krankenversicherung haben gezeigt, dass rund 40 Prozent der Bevölkerung keine Kosten verursachen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden. Dagegen verursachen rund 10 Prozent der Bevölkerung fast 70 Prozent der Kosten. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung basiert auf dem Solidaritätsprinzip und wird mittels einer Einheitsprämie finanziert. Das heisst, jeder Versicherte zahlt unabhängig seines Alters, Geschlechtes oder eines anderen Indikators für den Gesundheitszustand bei der gleichen Krankenkasse im gleichen Kanton für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie. Diese Prämie entspricht aber nicht dem effektiven Risiko, das heisst, dem Risiko, welches eine versicherte Person für den Versicherer mit sich bringt, dass sie krank wird und damit Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verursacht. Daher sind die Versicherer daran interessiert, möglichst gute Risiken zu versichern und haben somit einen Anreiz, zu diesem Zweck Risikoselektion zu betreiben. Das heisst, sie werben gesunde Personen, sogenannte gute Risiken, gezielt an, um diese zu versichern und versuchen andererseits, den kranken Personen, sogenannte schlechte Risiken, den Beitritt trotz der Aufnahmepflicht von Artikel 4 zu erschweren oder sie als Versicherte loszuwerden.

Risikoselektion kann in verschiedenen Formen betrieben werden. Jedoch fehlen derzeit öffentlich zugängliche Daten zu Ausmass und Art der Risikoselektion, und diesbezügliche Aussagen haben meist nur spekulativen Charakter. Eine Studie von Baumgartner/Busato¹⁴ zeigt jedoch klar, dass teilweise signifikante Unterschiede im Verhalten der Versicherer bei Offertanfragen von guten und schlechten Risiken vorliegen. So dauert beispielsweise die Antwortzeit auf Offertanfragen von schlechten Risiken länger als bei guten. Denn mit der Wartezeit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die betroffene Person bei einer anderen Krankenkasse versichert. Auch werden Unterschiede bei der Weiterleitung zu einem günstigeren Versicherer innerhalb der Gruppe festgestellt (um guten Risiken eine günstigere Prämie anbieten zu können) oder den guten Risiken werden unverlangt Angebote für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers unterbreitet, um ihnen eine günstigere Prämie anbieten zu können.

Der Risikoausgleich in der heutigen Form vermag dieses Phänomen nicht in genügendem Masse zu unterbinden. Der Risikoausgleich muss daher verfeinert werden. Erfahrungen aus der Schweiz und Vergleiche mit dem Ausland zeigen jedoch, dass auch ein ausgeklügelter Risikoausgleich alleine nicht genügt, um die Risikoselektion ganz zu unterbinden. Zusätzlich zum Risikoausgleich soll daher eine Rückversicherung für sehr hohe Kosten eingeführt werden.

¹⁴ Christian Baumgartner/André Busato, Risikoselektion in der Grundversicherung - eine empirische Untersuchung, in: Schweizerische Ärztezeitung 2011

9.1.2 Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten im Einzelnen

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten übernimmt die Leistungskosten der Versicherten, die einen bestimmten Betrag überschreiten, dafür entrichten die Krankenkassen ihr eine Prämie. Diese Rückversicherung ist für alle Krankenkasseneinheitlich und obligatorisch. Sie übernimmt die Leistungskosten pro versicherte Person, welche einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, wobei die Krankenkasse als sogenannter Erstversicherer die vollen Kosten bis zur Schwelle sowie einen Selbstbehalt der die Schwelle übersteigenden Kosten selber trägt. Der Selbstbehalt stellt den Anreiz zur Leistungs- und Kostenkontrolle sicher, auch wenn die Schwelle bereits überschritten wurde. Die Versicherten bleiben stets bei ihrer Krankenkasse versichert. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten ist nicht mit Modellen wie beispielsweise einem Hochrisikopool zu verwechseln, bei welchem teure Krankheitsfälle direkt versichert und zudem die Behandlungen der Krankheitsfälle gesteuert würden. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten ist einzig ein Instrument zwischen den Krankenkassen und der Rückversicherung, um die Solidarität zwischen allen Krankenkassen zu stärken und damit die Risikoselektion zu vermindern.

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird über die Krankenkassenprämien finanziert. Die Krankenkassen zahlen pro versicherte Person einen Fixbetrag als Prämie für die Rückversicherung. Der Betrag wird aufgrund der unterschiedlichen Kosten in den Kantonen so festgelegt, dass die Kosten gedeckt sind. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten führt aus diesem Grund nicht zu einer Umverteilung der Kosten zwischen den Kantonen. Für Kinder ist eine andere, tiefere Prämie zu entrichten, da sie geringere Kosten verursachen.

Wird der Schwellenwert hoch angesetzt, wird ein relativ niedriger Anteil der Kosten durch die Rückversicherung vergütet. Die einzelnen Krankenkassen haben dann immer noch variable Leistungskosten, welche zu unterschiedlichen Prämien führen. Je tiefer der Schwellenwert ist, desto geringer wird der Teil, den die Krankenkassen vollumfänglich zu tragen haben, und desto stärker gleichen sich die Prämien an. Unabhängig von der Höhe des gewählten Schwellenwertes werden die Prämienunterschiede mit der Rückversicherung nicht mehr so hoch ausfallen wie gegenwärtig. Damit ist auch der Anreiz zur Risikoselektion geringer, und die Versicherten werden tendenziell weniger oft die Krankenkasse wechseln, womit auch an Verwaltungsaufwand eingespart wird. Für die Höhe des Schwellenwertes werden im Folgenden zwei Varianten diskutiert, ein tieferer sowie ein höherer.

Der Schwellenwert wird im Gesetz nicht als absolute Zahl, sondern in Abhängigkeit von den durchschnittlich vergüteten Leistungen bestimmt. Mit dieser Regelung wird er jährlich an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst. Im Jahr 2011 vergüteten die Krankenversicherer den Versicherten Leistungen von durchschnittlich 2716 Franken. Variante 1 sieht einen Wert in sechsfacher Höhe der Durchschnittsleistungen vor (2011: 16296 Franken), Variante 2 einen solchen in zwölfwachen Höhe (2011: 32 592 Franken).

Die nachfolgende Tabelle zeigt in Spalte 2 den Anteil der Versicherten auf, deren Nettoleistungen pro Jahr über einem bestimmten Schwellenwert liegen. Spalte 3 gibt den Anteil der Nettoleistungen an, die bei einem bestimmten Schwellenwert vom Rückversicherer übernommen werden, und zwar bei einem Selbstbehalt des Erstversicherers von 20%:

Schwellenwert (in Fr. pro Jahr)	Anteil Versicherte mit Nettoleistungen über Schwellenwert	Von der Rückversicherung bezahlte Leistungen in % der Nettoleistungen (bei 20% Selbstbehalt)
15 000	4.0%	19.6%
20 000	2.8%	14.4%
25 000	2.0%	10.7%
30 000	1.4%	8.0%
35 000	1.0%	6.1%

Quelle: BAG-Umfrage Mai 2012. Abdeckung: ca. 87%

9.1.3 Zusammenspiel mit dem Risikoausgleich

Der Risikoausgleich und die Rückversicherung für sehr hohe Kosten stehen in einer engen Beziehung zueinander, da beide Instrumente im Wesentlichen dasselbe Ziel verfolgen - nämlich die solidarische Finanzierung der Leistungen derjenigen Versicherten, die ein hohes Risiko bilden bzw. sehr hohe Kosten verursachen, durch alle Versicherten eines Kantons, unabhängig vom Versicherer, bei dem sie versichert sind.

Seit dem 1. Januar 2012 ist der Risikoausgleich prospektiv ausgestaltet. Das bedeutet, dass die Erkrankungsrisiken, wie sie sich für den Versicherer zu Beginn des Jahres, also ex ante, ergeben, die Ausgleichszahlungen bestimmen. Die Höhe der Ausgleichszahlungen pro versicherte Person wird in Abhängigkeit der Vorjahreskosten ihrer Risikogruppe bestimmt, also beispielsweise der durchschnittlichen Kosten der 41- bis 45-jährigen Männer ohne Hospitalisierung im Vorvorjahr. Die Differenz dieser Kosten und den durchschnittlichen Vorjahreskosten aller erwachsenen Versicherten eines Kantons ergibt den Ausgleichsbeitrag. Auch in einem System mit einer obligatorischen Rückversicherung wird sich an diesem System des Risikoausgleichs nichts ändern. Es werden weiterhin die Kosten des Vorjahres die Ausgleichszahlungen bestimmen. Allerdings werden dabei nur diejenigen Kosten des Vorjahres berücksichtigt, die der Erstversicherer zu tragen hat. Die Ausgleichsbeträge pro versicherte Person werden daher kleiner ausfallen als in einem System ohne Rückversicherung.

Die Rückversicherung bewirkt zusätzlich zum Risikoausgleich einen Ausgleich ex post, also nach Eintreten der Schadenfälle (bzw. Realisierung der Risiken). Dieser leistet einen Ausgleich der effektiven Kosten (und nicht bloss der Risiken). Er führt daher automatisch zu einer solidarischen Finanzierung derjenigen Versicherten, deren Therapie und Pflege mit ausserordentlich hohen Kosten verbunden ist, durch das gesamte Kollektiv. Dadurch werden beispielsweise Orphan Diseases, die sehr hohe Kosten verursachen und die auch mit einem stark verfeinerten Risikoausgleich

kaum adäquat zu erfassen sind, mittels dieser Rückversicherung solidarisch getragen, was die Problematik der seltenen Erkrankungen mit hohen Kosten entschärft. Untersuchungen aus Deutschland zeigen denn auch, dass mit einer Kombination von verfeinertem Risikoausgleich und nachträglichem Kostenausgleich im Bereich der Hochkostenfälle der Risikoselektion wirksamer begegnet werden kann als mit nur einer dieser beiden Massnahmen. In Deutschland hat sich gezeigt, dass trotz Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs mit einer Wiedereinführung des im Zuge der Verfeinerung abgeschafften Hochrisikopools die "Zielgenauigkeit" des Ausgleichsverfahrens auf der Ebene der Versicherten, der gebildeten Gruppen und der Kassen deutlich verbessert würde.¹⁵

Bei der Bestimmung des Schwellenwertes, ab dem die Rückversicherung für sehr hohe Kosten zum Tragen kommt, ist das gute Zusammenspiel mit dem Risikoausgleich zu berücksichtigen, da die Kosten, die von der Rückversicherung getragen werden, nicht in den Risikoausgleich einfließen. Heute erhält ein Versicherer für eine Person mit sehr hohem Krankheitsrisiko (beispielsweise ältere Frauen, die im Vorjahr hospitalisiert waren) pro Jahr Beiträge aus dem Risikoausgleichsfonds in der Höhe von 20'000.-- Franken, in Einzelfällen gar mehr. Mit der Einführung einer Rückversicherung für sehr hohe Kosten würden diese Beiträge sinken, da ein Teil der hohen Kosten durch die Rückversicherung getragen und damit nicht mehr voll in die Berechnung des Risikoausgleichs eingehen würden; dennoch ist bei der Festsetzung des Schwellenwerts zu berücksichtigen, dass Krankenkassen für das erhöhte Krankheitsrisiko oftmals bereits durch den Risikoausgleich entschädigt werden. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten soll dann eine Rolle zu spielen, wenn dieser Ausgleich nicht genügend ausfällt.

Aufgrund von Simulationen lässt sich ermitteln, wie hoch der Schwellenwert für die Rückversicherung angesetzt werden müsste, damit der Risikoausgleich optimal funktioniert. Die Simulationen beruhen auf den bezahlten Leistungen von rund 87 Prozent der Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend war die Summe der Leistungen, die im Jahr 2011 erbracht und bis Ende Februar 2012 abgerechnet wurde. Als Mass für das gute Funktionieren wurde der Erklärungswert definiert, den die Faktoren des Risikoausgleichs - unter Berücksichtigung der Rückversicherung - für die Kostenunterschiede der Erstversicherer haben (R^2). Die Kenngrösse R^2 macht also eine Aussage über den Anteil der Kostenunterschiede, der mit dem Risikoausgleich und dem Rückversicherer ausgeglichen wird. Die Ergebnisse der durchgeführten Simulationen zeigen, dass der Erklärungsgehalt am höchsten und mehr oder weniger konstant ist, wenn der Schwellenwert im Bereich von 15 000 bis 30 000 Franken festgesetzt wird (bei einem Selbstbehalt des Erstversicherers von 20 Prozent), wobei das Maximum unterhalb von 20 000 Franken liegt. Gestützt auf diese Betrachtung sieht Variante 1 daher vor, die Schwelle beim Sechsfachen der durchschnittlich vergüteten Leistungen anzusetzen, was basierend auf die Angaben 2011 eine Schwelle von 16 296 Franken ergeben würde. Bei dieser Schwelle wird für 3,6 Prozent der Versicherten eine Versicherungsleistung fällig und über die Rückversicherung werden 18 Prozent der heute von den Krankenkassen zu zahlenden Kosten finanziert.

¹⁵ Bundesversicherungsamt (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, Kap. 7.1.

Das R^2 ist nicht das einzige Mass, das zur Beurteilung hinzugezogen werden kann. Eine andere Methode zum Festlegen des optimalen Schwellenwertes besteht darin zu simulieren, bis zu welcher Höhe die zu erwartenden Kosten mit den im Risikoausgleich erfassten Risikoklassen prognostiziert werden können. Mit den heute gültigen Ausgleichsklassen sind dabei Kosten bis rund 20 000 prognostizierbar; eine weitere Verfeinerung durch Einschluss der Medikamentenkosten ermöglicht gemäss der Simulation Prognosen bis rund 30 000 Franken. Kosten, die darüber liegen, werden damit durch den Risikoausgleich in jedem Fall ungenügend abgebildet. Gestützt auf diese Überlegung sieht die Variante 2 vor, die Schwelle beim Zwölffachen der durchschnittlich vergüteten Leistungen anzusetzen, was basierend auf die Angaben 2011 eine Schwelle von 32 592 Franken ergeben würde. Bei dieser Schwelle wird für 1,2 Prozent der Versicherten eine Versicherungsleistung fällig und über die Rückversicherung werden 7 Prozent der heute von den Krankenkassen zu zahlenden Kosten finanziert.

Beim höheren Schwellenwert werden weniger Leistungen und entsprechend auch die Kosten von weniger versicherten Personen vom Rückversicherer übernommen. Entsprechend ist der Handlungsspielraum, den die Versicherer zur Verfügung haben beim höheren Schwellenwert grösser. Aus diesem Grund bevorzugt der Bundesrat den höheren Schwellenwert.

Alleine mit der Einführung einer Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird der Erklärungsgehalt um 30 Prozent erhöht und trägt somit massgebend dazu bei, die Kostenunterschiede auszugleichen und damit den Anreiz zur Risikoselektion einzudämmen. Die beiden vorgeschlagenen Massnahmen, nämlich die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs und die Einführung der Rückversicherung für sehr hohe Kosten verdoppeln den Erklärungsgehalt der Kostenunterschiede.

9.1.4 Verfeinerung des Risikoausgleichs

9.1.4.1 Der Risikoausgleich bis heute

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung basiert wie bereits erwähnt auf einer Einheitsprämie. Die Einheitsprämie stellt die Solidarität zwischen den Gesunden und den Kranken her, indem die Gesunden für die Kranken zahlen. Weil die Einheitsprämie nicht dem effektiven Krankheitsrisiko entspricht, hat der Versicherer einen Anreiz, gute Risiken, das heisst möglichst gesunde Personen zu versichern. Um diesen Anreiz zu vermindern, wurde der Risikoausgleich eingeführt.

Die Einführung des Risikoausgleichs in der Schweiz erfolgte vorerst mit dem Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, der am 1. Januar 1993 in Kraft getreten ist. Mit der Einführung des KVG auf das Jahr 1996 wurde der Risikoausgleich in das ordentliche Recht überführt. Das KVG sah den Risikoausgleich vorerst mit einer Befristung von zehn Jahren vor, und er wurde auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt. Seine Geltungsdauer wurde aber dann mehrmals verlängert, letztmals im Jahr 2011. Er ist aktuell in den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) zu finden und soll nun Eingang ins KVG finden.

Im heutigen System ist der Risikoausgleich das zentrale Instrument, um einer Entsolidarisierung zwischen den Krankenversicherern entgegenzuwirken. Er schafft einen

Ausgleich zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein geringeres Krankheitsrisiko, und jenen, deren Bestand ein höheres Krankheitsrisiko aufweist. Er bezweckt einen finanziellen Ausgleich der Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände, welche zu unterschiedlichen Krankheitskosten und damit zu unterschiedlichen Prämien führen. Zudem soll der Risikoausgleich den Anreiz für die Versicherer, sich durch Risikoselektion einen Vorteil zu verschaffen, vermindern beziehungsweise beseitigen. Die Risikoselektion kann mit dem Risikoausgleich umso effektiver verhindert werden, je besser die verwendeten Ausgleichsfaktoren die individuellen Kosten der Versicherten prognostizieren können. Der heute geltende Risikoausgleich berücksichtigt die Ausgleichsfaktoren Alter und Geschlecht sowie seit dem 1. Januar 2012 das erhöhte Krankheitsrisiko, welches angenommen wird, wenn im Vorjahr ein Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim, der mindestens drei Tage dauerte, vorliegt. Es gibt jedoch weitere Krankheitsrisiken, die von den erwähnten Kriterien nicht erfasst werden.

9.1.4.2 Weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs

Seit Längerem sind im Parlament Bestrebungen im Gange, den Risikoausgleich durch geeignete Indikatoren, die auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko eines Versicherten hinweisen, erneut verfeinern zu lassen. So sollte eine Verfeinerung bereits im Rahmen der Managed Care Vorlage (04.062) eingeführt werden. Diese Vorlage wurde aber in der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 abgelehnt, womit auch die gesetzliche Grundlage für die Verfeinerung des Risikoausgleichs verworfen wurde. Im Weiteren wurde mit den parlamentarischen Initiativen 11.473 der sozialdemokratischen Fraktion sowie 12.446 der FDP-Liberalen Fraktion eine Verfeinerung des Risikoausgleichs beantragt. Konkret sollte der Risikoausgleich um geeignete Kriterien, welche die Morbidität der Versicherten abbilden, ergänzt werden.

Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen neben dem Aufenthalt im Spital- oder Pflegeheim weitere Indikatoren, die auf ein erhöhtes Krankheitsrisiko hindeuten, herangezogen werden können. Diese Indikatoren werden dann auf Verordnungsstufe festgelegt. So werden beispielsweise chronische Erkrankungen häufig mit Hilfe von spezifischen Medikamenten behandelt. Pharmazeutische Daten oder Medikamentenkosten könnten somit als weitere Indikatoren für chronische Erkrankungen verwendet werden und sollten daher in den Risikoausgleich mit einbezogen werden. Zusammen mit dem Kriterium Spitalaufenthalt im Vorjahr wird mit den Medikamentenkostengruppen sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich abgedeckt.

Die Verfeinerung des Risikoausgleichs und die Rückversicherung für sehr hohe Kosten stehen in einem engen Zusammenhang. Das optimale Zusammenspiel der beiden Elemente unterbindet die Risikoselektion am wirkungsvollsten und lässt den Wettbewerb um die Versicherten weiterhin spielen. Dies entspricht den Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung in der Schweiz, welche die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden um eine effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle gewährleistet.

9.2

Trennung von Grund- und Zusatzversicherung

Die soziale Krankenversicherung kann durch Krankenkassen oder durch private Versicherungsunternehmen nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), die über eine Bewilligung des EDI verfügen, betrieben werden. Private Versicherungsunternehmen haben aber bisher nie von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die soziale Krankenversicherung anzubieten. Zudem war es für Krankenkassen bisher möglich, neben der sozialen Krankenversicherung weitere Versicherungsarten wie insbesondere Zusatzversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anzubieten. Zurzeit bieten 16 Krankenkassen die Grund- und Zusatzversicherung in derselben Gesellschaft (rechtlichen Einheit) an.

Ein grosser Kritikpunkt des heutigen Systems besteht in der begrenzten Transparenz derjenigen Krankenkassen, die die Grund- und Zusatzversicherung in derselben Gesellschaft führen. Die begrenzte Transparenz bezieht sich einerseits auf finanzielle Aspekte. Obwohl rechtlich nicht zulässig, kann ein finanzieller Mittelfluss von der Grund- in die Zusatzversicherungen, eine sogenannte Quersubventionierung, unter den aktuellen Verhältnissen dennoch nicht immer ausgeschlossen werden. Andererseits besteht eine gewisse Datenschutzproblematik in diesen Bereichen. Obwohl die gesetzlichen Vorgaben eindeutig einen Datenaustausch verbieten, kann aufgrund der Verhältnisse - dieselben Mitarbeiter sind sowohl für die Grund- als auch die Zusatzversicherungen tätig - nicht ausgeschlossen werden, dass ein Informationsaustausch dennoch stattfindet. Der Datenaustausch fördert wiederum die Risikoselektion, indem allenfalls Daten und Informationen aus der Grundversicherung für die Zusatzversicherungen missbraucht werden. Im Weiteren verfügt eine Gesellschaft, die Grund- und Zusatzversicherungen in derselben rechtlichen Einheit führt, über eine beschränktere finanzielle Sicherheit im Falle einer Insolvenz des einen Versicherungsbereichs. Auch wenn sie getrennte Rechnungen führen liegt nicht dieselbe (finanzielle) Unabhängigkeit vor, wie bei getrennten Gesellschaften. Schliesslich ist eine Trennung der Grund- und Zusatzversicherungen auch im Rahmen der Aufsichtstätigkeiten und der sich daraus ergebenden klaren Zuständigkeiten vorteilhaft.

Aufgrund dieser Problematik sollen Grund- und Zusatzversicherung künftig nicht mehr in derselben rechtlichen Einheit durchgeführt werden dürfen. Gruppengesellschaften, welche innerhalb der Gruppe auch eine Krankenkasse führen, haben mittels "Informationsbarrieren" sicherzustellen, dass zwischen der Krankenkasse und den übrigen Gesellschaften der Gruppe kein Austausch der Versichertendaten stattfindet. Somit muss zumindest die Leistungsabteilung der Krankenkasse über eigenes Personal verfügen, welches nicht gleichzeitig noch für die Zusatzversicherungen tätig ist. Zudem darf der Vertrauensarzt, welcher über Leistungen der Grundversicherung entscheidet, nicht derselbe sein wie für die Zusatzversicherungen. Sonstige Einrichtungen wie die Logistik und weitere zentrale Dienste dürfen und sollen im Rahmen von Synergien und zur Vermeidung von höheren Administrativkosten weiterhin gemeinsam genutzt werden können.

10 Auswirkungen

10.1 Auswirkungen auf den Bund

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten und die Verfeinerung des Risikoausgleichs sowie die Trennung der Grund- und Zusatzversicherung erfordern beim Bund keine zusätzlichen Ressourcen.

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird tendenziell zu einer Verringerung der Prämienlast führen. Damit verringern sich auch die Beiträge des Bundes an die individuelle Prämienverbilligung (IPV).

10.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten und die Verfeinerung des Risikoausgleichs sowie die Trennung der Grund- und Zusatzversicherung erfordern bei Kantonen und Gemeinden keine zusätzlichen Ressourcen.

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird tendenziell zu einer Verringerung der Prämienlast führen. Damit verringern sich auch die Beiträge der Kantone an die individuelle Prämienverbilligung (IPV).

10.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Das finanzielle Volumen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entspricht 4-5 Prozent des Bruttoinlandprodukts. Auswirkungen der Vorlage auf die Volkswirtschaft sind nicht zu erwarten. Durch die Unterbindung der Risikoselektion durch die Versicherer wird indessen die Effizienz der Mittelverwendung im betroffenen Sektor gesteigert. Die Vorlage trägt zu einer sauberen und reibungslos verlaufenden Finanzierung der sozialen Krankenversicherung bei. Zudem kann der Wettbewerb zwischen den Versicherern vermehrt dort spielen, wo er vom Gesetzgeber ursprünglich gewollt ist, nämlich bei der Qualität der Versicherungsangebote und der Kostenkontrolle. Auch in diesem Sinne trägt die Vorlage zur Systemoptimierung bei.

10.4 Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung

Die Durchführung der Rückversicherung und die Verfeinerung des Risikoausgleichs sind mit höheren Verwaltungskosten bei der gemeinsamen Einrichtung verbunden. Aufgrund der Neuerungen ist mit einer Zunahme der Verwaltungskosten inklusive der stichprobenweisen Revisionen bei den Kassen von rund zwei Million Franken zu rechnen. Auch bei den Krankenkassen ist wegen des zusätzlichen administrativen Aufwandes mit einer Erhöhung der Verwaltungskosten in einem etwas geringeren Ausmass zu rechnen. Infolge der Trennung von Grund- und Zusatzversicherung ist nur mit einem unwesentlichen Anstieg der Verwaltungskosten zu rechnen. Viele Gesellschaften haben die Trennung der sozialen Krankenversicherung und der Zusatzversicherungen und deren Aufteilung auf unterschiedliche juristische Einheiten bereits ohne gesetzliche Pflicht vorgenommen. Es ist daher davon auszugehen,

dass eine Trennung nicht mit hohen Kosten verbunden ist und auch keinen tiefen Einschnitt in die Rechte der Versicherer bedeutet.

Insgesamt dürften die Verwaltungskosten durch die Massnahmen um maximal vier Millionen Franken ansteigen.

Bezüglich der Rückstellungen und Reserven der Rückversicherung kann gesagt werden, dass deren Aufbau für die Rückversicherung durch die gemeinsame Einrichtung exakt dem Abbau der Krankenkassen entspricht, da diese aufgrund der kleineren Risiken über weniger Reserven verfügen müssen. Demnach ist hier kein Mehrbedarf erforderlich.

Mit der Einführung der obligatorischen Rückversicherung für sehr hohe Kosten ist mit einer Abnahme der Anzahl Rückversicherungsverträge nach Artikel 14 zu rechnen. Die Krankenkassen würden somit die Prämien an die Rückversicherungen nach Artikel 14 einsparen.

Mit der Einführung der Massnahmen sinkt der Anreiz zur Risikoselektion deutlich, da die sehr hohen Kosten von der Rückversicherung vergütet werden. Die verminderte Risikoselektion führt gesamthaft zu einer Abnahme der Kassenwechsel, auch wenn der Wettbewerb bei den Angeboten und der Kostenkontrolle weiterhin spielt. Aktuell wechseln jährlich sechs bis zwölf Prozent der Versicherten ihre Krankenkasse. Jeder Wechsel ist mit Kosten verbunden, die sich auf 150.00 bis 200.00 Franken belaufen. Falls aufgrund der Massnahmen nur noch die Hälfte dieser Versicherten die Krankenkasse wechseln, würden daraus jährliche Einsparungen von 50 bis 80 Millionen Franken resultieren.

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten kann zwei gegenläufige Effekte auf den Anreiz und die Intensivität der Kostenkontrolle durch die Krankenkassen haben. Da diese künftig oberhalb des Schwellenwerts nur noch 20 Prozent der Kosten zu tragen haben, könnte dies einerseits dazu führen, dass sie die Kostenkontrolle im Bereich der Hochkostenfälle weniger intensiv wahrnehmen als bisher. Andererseits gewinnt die Kostenkontrolle für die Krankenkassen aber an Bedeutung, da Risikoselektion als Geschäftsstrategie nicht mehr in Betracht kommt: Um sich erfolgreich im Markt zu positionieren, bleiben als hauptsächliche Optionen die Verbesserung der Dienstleistungen und eine effektive Kostenkontrolle.

Aus dem Gesagten folgt, dass die Einführung der Massnahmen aufgrund der Abnahme der Wechselkosten tendenziell zu einer Reduktion der Kosten der sozialen Krankenversicherung und damit der Prämienlast für die Versicherten führt.

11 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln des indirekten Gegenvorschlags

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Art. 11 Art der Versicherer

Infolge des neuen Artikel 12 Absatz 1, welcher bestimmt, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur noch durch Krankenkassen betrieben wird, ist Artikel 11 überflüssig und somit aufzuheben.

Art. 12 Krankenkassen

Abs. 1

Absatz 1 regelt, welche Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreiben dürfen. Bisher waren dies Krankenkassen im Sinne von Artikel 12 sowie private Versicherungsunternehmen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004 (VAG) unterstehen und über eine Bewilligung nach Artikel 13 verfügen. Neu ist es nicht mehr möglich, dass ein privates Versicherungsunternehmen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt. Diese Änderung hat keine praktischen Auswirkungen, da bisher private Versicherungsunternehmen nie von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, die obligatorische Krankenpflegeversicherung anzubieten.

Abs. 2

Während Krankenkassen bisher hauptsächlich die soziale Krankenversicherung anbieten mussten, nebenbei aber auch noch andere Versicherungsarten betreiben konnten, dürfen sie künftig nur noch die soziale Krankenversicherung anbieten. Diese umfasst, wie Artikel 1a regelt, die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung. Zu beachten ist insbesondere, dass damit auch die Möglichkeit, die Unfallversicherung zu betreiben, dahinfällt. Diese Änderung ist im Rahmen der kompletten Transparenz in Bezug auf die finanziellen Mittelflüsse unerlässlich. Es sind nur noch 3 Krankenkassen, welche die Unfallversicherung durchführen, betroffen. Das UVG wird entsprechend geändert (Art. 68 Abs. 1 Bst. c, Art. 70 Abs. 2, Art. 92 Abs. 7 letzter Satz "und den von anerkannten Krankenkassen").

Bei der sozialen Krankenversicherung handelt es sich um eine Sozialversicherung ohne Erwerbszweck, dies im Gegensatz zu den Zusatzversicherungen, die gewinnorientiert sind. Aufgrund dieser unterschiedlichen Geschäftsarten, aber auch aus Gründen des Datenschutzes sowie der Transparenz sollen diese Versicherungszweige künftig voneinander getrennt durchgeführt werden. Für einzelne Gesellschaften folgt daraus, dass sie innerhalb derselben juristischen Einheit nur noch die soziale Krankenversicherung anbieten dürfen. Aktuell sind davon 16 Versicherer betroffen, welche in derselben Gesellschaft sowohl Grund- als auch Zusatzversicherungen anbieten. Für sie gilt eine Übergangsregelung: Die Versicherer haben innert drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes die Trennung zu vollziehen.

Abs. 2 und 3

Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden aufgehoben, da Krankenkassen künftig nur noch die soziale Krankenversicherung anbieten dürfen.

Art. 13 Bewilligung, Entzug der Bewilligung und Vermögensübertragung

Abs. 1

Da nur noch Krankenkassen die soziale Krankenversicherung durchführen dürfen (vgl. Art. 12), ist der Wortlaut "Versicherungseinrichtungen" nicht mehr passend und entsprechend in "Krankenkassen" abzuändern. Es geht somit klar hervor, dass das EDI die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung nur noch an Krankenkassen erteilt.

Abs. 2, Bst. g (neu)

Eine Krankenkasse darf innerhalb derselben juristischen Einheit nur noch die soziale Krankenversicherung anbieten. Diese Trennung haben in den letzten Jahren bereits viele Versicherer ohne gesetzliche Pflicht vorgenommen. Aktuell betreiben nur noch 16 Gesellschaften die soziale Krankenversicherung sowie Zusatzversicherungen in derselben rechtlichen Einheit. Es soll aber nach wie vor möglich sein, dass Gruppengesellschaften, die nebst einer Krankenkasse noch andere Versicherungen betreiben, weiterhin Zusatzversicherungen anbieten können, sofern sie dies in einer separaten juristischen Einheit tun und zudem Massnahmen zur Verhinderung von Informationsaustausch und Datentransfer zwischen der Krankenkasse und den anderen Gesellschaften, insbesondere den Zusatzversicherungen, treffen. Gesundheitsdaten sind besonders sensible Personendaten, welche zu schützen sind und auch innerhalb derselben Gruppengesellschaft nicht weitergegeben werden dürfen. Obwohl die aktuellen gesetzlichen Vorgaben eindeutig einen Datenaustausch verbieten, kann aufgrund der Verhältnisse - dieselben Mitarbeiter sind sowohl für die Grund- als auch die Zusatzversicherungen tätig - nicht ausgeschlossen werden, dass ein Informationsaustausch dennoch stattfindet. Im Speziellen ist künftig zu vermeiden, dass die Zusatzversicherungen von der Grundversicherung Versichertendaten und weitere persönliche Informationen erhalten. Auch umgekehrt soll kein Austausch stattfinden. Der Datenschutz musste auch bisher gewährleistet werden und fordert somit grundsätzlich keine speziellen Massnahmen, welche administrative Kosten zur Folge hätten. Es ist jedoch unerlässlich, dass die Mitarbeiter der Leistungsabteilung der sozialen Krankenversicherung nicht dieselben sind, wie diejenigen, die für die Zusatzversicherungen arbeiten. Weitere Trennungen sind nicht notwendig und würden nur zu einer Erhöhung der Verwaltungskosten führen. Daher sollen Synergien genutzt und beispielsweise die Logistik und weitere zentrale Dienste nach wie vor gemeinsam genutzt werden.

Art. 14 Freiwillige Rückversicherung

Die Ergänzung im zweiten Halbsatz von Absatz 1 dient nur der Präzisierung. Rückversicherungen nach Artikel 14 dürfen nach wie vor freiwillig beibehalten werden.

1a Abschnitt (neu): Rückversicherung für sehr hohe Kosten

Art. 16 Rückversicherungspflicht

Bisher hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung freiwillig rückversichern zu lassen (Art. 14). Vor den Änderungen der Reservebestimmungen am 22. Juni 2011 war es für kleine Krankenkassen, welche weniger als 50'000 Personen versicherten Pflicht, eine Rückversicherung abzuschliessen. Seit der Einführung der risikobasierten Reserven (Art. 78 ff. KVV) per 1. Januar 2012 gilt diese Pflicht nicht mehr, eine Rückversicherung kann aber nach wie vor freiwillig abgeschlossen werden, da sie der Krankenkasse eine gewisse finanzielle Sicherheit bietet und sich zudem auf die erforderliche Mindesthöhe der Reserven auswirkt. Neu soll nun eine Rückversicherung für sehr hohe Kosten eingeführt werden, welche für alle Krankenkassen einheitlich und obligatorisch ist. Diese Rückversicherung geht viel weiter als die bisherige nach Artikel 14, indem sie, je nach definiertem Schwellenwert, einen Grossteil der Leistungskosten übernimmt. Finanziert wird die Rückversicherung aus Prämiegeldern, welche die Versicherer der Rückversicherung abtreten. So wird die Solidarität zwischen den Krankenkassen und damit letztlich zwischen allen Versicherten gestärkt. Dies wird einerseits zu einer Angleichung der Prämien der verschiedenen Versicherer führen und andererseits den Anreiz zur Risikoselektion für die Versicherer stark minimieren, denn die teuren sogenannten "schlechten Risiken" werden durch die Rückversicherung für sehr hohe Kosten vergütet und deren Risiko somit abgedeckt.

Die neue Rückversicherung für sehr hohe Kosten ist im Gegensatz zu der bisherigen, in Artikel 14 geregelten Rückversicherung, für alle Krankenkassen einheitlich und obligatorisch, unbesehen ihrer Grösse bzw. ihrer Anzahl Versicherten oder einer bereits anderweitig abgeschlossenen Rückversicherung. Alle Krankenkassen müssen sich dieser Rückversicherung anschliessen und einen Teil der eingenommenen Krankenkassenprämien an sie abtreten. Das Rechtsverhältnis wird nicht per Vertrag sondern per Gesetz begründet.

Art. 16a (neu) Leistungen

Abs. 1

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten trägt ab einem bestimmten Schwellenwert 80 Prozent der Leistungskosten der Versicherten. Die Kosten, welche eine versicherte Person zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verursacht, werden wie bisher durch die Krankenkasse, bei welcher die Person versichert ist, und nach den bisher geltenden Regeln für Kostenbeteiligung und Selbstbehalt vergütet. Übersteigen diese Kosten aber innerhalb eines Kalenderjahres einen bestimmten Schwellenwert, vergütet die Krankenkasse dem Versicherten die Leistungen immer noch wie bisher, erhält aber die die Schwelle übersteigenden Kosten von der Rückversicherung für sehr hohe Kosten rückerstattet. Zudem hat die Krankenkasse also sogenannter Erstversicherer einen Selbstbehalt von 20 Prozent zu tragen. Damit haben die Krankenkassen nach wie vor ein Interesse, die Leistungskontrolle durchzuführen und unnötige Leistungskosten zu vermeiden. Es wird somit ein Anreiz zu einer wirtschaftlichen Geschäftsführung geschaffen. Wichtig ist, dass mit der Rückversicherung das Verhältnis Versicherte-Krankenkasse resp. Leistungserb-

ringer-Krankenkasse nicht berührt wird. Die Versicherten und die Leistungserbringer erhalten ihre Kosten wie bisher von ihrer Krankenkasse vergütet. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten ist demnach nicht mit Modellen wie beispielsweise einem Hochrisikopool gleichzustellen, bei welchem teure Fälle direkt versichert und zudem deren Behandlungen gesteuert würden. Mit der Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird die Solidarität in der Krankenversicherung verbessert, womit die einzelnen Versicherer praktisch keinen Anreiz zur Risikoselektion mehr haben.

Abs. 2

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten übernimmt die Leistungskosten eines Versicherten, wenn diese einen bestimmten, vom Bundesrat festgelegten Betrag überschreiten. Vorgesehen ist, dass diese Schwelle beim Sechsfachen (Variante 1) oder beim Zwölffachen (Variante 2) der durchschnittlich Nettoleistungen (d.h. abzüglich der Franchisen und Selbstbehalte, welche die Versicherten selbst zu tragen haben) zu stehen kommt. Damit wird die Solidarität zwischen den einzelnen Versicherern gestärkt und gleichzeitig deren finanzielle Sicherheit verbessert, indem sie nicht mehr so hohe finanzielle Risiken eingehen müssen. Das Risiko einer Krankenkasse wird mit der Rückversicherung für sehr hohe Kosten pro versicherte Person maximal beim definierten Schwellenwert liegen (plus Selbstbehalt der Krankenkasse). Die Leistungskosten sind für die Krankenkassen somit viel besser kalkulierbar als bisher, wo die Kosten praktisch ins Unermessliche steigen konnten. Die Solidarität wird gestärkt, weil die über der Schwelle liegenden Kosten durch die Rückversicherung und damit letztendlich durch alle Versicherten finanziert werden. Die solidarische Vergütung sowie die beschränkten Risiken für die einzelnen Krankenkassen werden zu einer Angleichung der Prämien der verschiebenden Krankenkassen führen. Da die teuren Fälle und damit sogenannte "schlechte Risiken" durch die Rückversicherung abgefangen werden, geht auch der Anreiz zur Risikoselektion stark zurück.

Abs. 3

Für die Kosten, welche in einem Kalenderjahr nach Absatz 1 zu berücksichtigen sind, wird, wie bei der Bestimmung der Prämien des Erstversicherers, auf das Behandlungsdatum abgestellt und nicht auf das Rechnungsdatum. Dies kann unter Umständen bei Behandlungen, die während eines Jahreswechsels erfolgen und somit zwei Jahre betreffen wesentlich sein. Die Kosten werden in einem solchen Fall entsprechend den Behandlungsdaten pro rata temporis auf beide Jahre aufgeteilt.

Art. 16b (neu) Prämien

Abs. 1

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird durch Anteile der Versichertenprämien, welche die Krankenkassen pro versicherte Person abgeben müssen, finanziert. Die Versicherten zahlen ihre Krankenkassenprämien in der Regel monatlich. Eine monatliche Überweisung der Prämienanteile an die Rückversicherung für sehr hohe Kosten würde jedoch aufgrund des daraus resultierenden Verwaltungsaufwan-

des für die Versicherer wenig Sinn machen. Die Prämien an die Rückversicherung für sehr hohe Kosten sind somit vierteljährlich zu leisten.

Abs. 2

Die Prämien an die Rückversicherung für sehr hohe Kosten sind pro versicherte Person zu leisten. Ihre Höhe bemisst sich nach den kantonalen Krankenversicherungskosten (vgl. Abs. 3) und ist für alle Erwachsenen innerhalb desselben Kantons gleich hoch. Weil Kinder geringere Kosten zulasten der Krankenversicherung verursachen, ist für sie eine andere, tiefere Prämie als für die Erwachsenen festzulegen. Aber auch diese werden innerhalb desselben Kantons für alle Kinder gleich hoch angesetzt. Zudem haben sie sich nach den geschätzten Kosten, die von den Kindern im jeweiligen Kanton verursacht werden, zu richten.

Abs. 3

Die Prämien, welche die Krankenkassen an die Rückversicherung für sehr hohe Kosten zu leisten haben, werden durch die gemeinsame Einrichtung (Art. 18) jeweils im Voraus für ein Kalenderjahr festgelegt. Sie richten sich nach den kantonalen Kosten und sind daher von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Sie sind aber für alle (erwachsenen) Versicherten innerhalb desselben Kantons gleich hoch. Für Kinder ist eine tiefere Prämie zu bezahlen. Es gibt demnach pro Kanton zwei verschiedene Prämien. Sie werden als absoluter Betrag festgelegt und nicht als Prozentanteil der Krankenkassenprämie.

Abs. 4

Der Bundesrat genehmigt die Prämien für die Rückversicherung für sehr hohe Kosten, welche die gemeinsame Einrichtung gestützt auf die kantonalen Kosten festlegt. Der Bundesrat regelt das Genehmigungsverfahren und insbesondere wann die Prämien eingereicht werden müssen und bis wann sie zu genehmigen sind.

Art. 16c (neu) Finanzierungsverfahren und Rückstellungen

Abs. 1

Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Der Bedarf umfasst sämtliche Ausgaben im Zusammenhang mit der Durchführung der Rückversicherung. Dazu gehört insbesondere die Rückvergütung der Leistungskosten an den Erstversicherer sowie der Verwaltungsaufwand. Der Bedarf umfasst auch die Mittel zur Bildung der erforderlichen Reserven sowie der versicherungstechnischen Rückstellungen. Das Bedarfsdeckungsverfahren bedeutet, dass die eingehenden Prämien eines Jahres ausreichen müssen, um den ganzen Bedarf dieses Jahres zu finanzieren.

Abs. 2

Die versicherungstechnischen Rückstellungen bestehen aus den Rückstellungen für noch nicht erledigte Versicherungsfälle, d.h. für die eingehenden Rückzahlungsansprüche der Erstversicherer, die dadurch entstehen, dass eine Behandlung im Kalenderjahr stattgefunden hat aber noch nicht bezahlt und dem Rückversicherer verrechnet wurde.

1b Abschnitt: Risikoausgleich

Art. 17 (neu) Grundsatz

Artikel 17 bis 17b entsprechen im Wesentlichen Ziffer 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich). Die gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs im KVG sowie dessen Verfeinerung durch die Einführung eines neuen Kriteriums (vgl. Art. 17 Abs. 3) war bereits in der Managed Care Vorlage (04.062) vorgesehen, welche am 17. Juni 2012 vom Schweizer Stimmvolk abgelehnt wurde. Eine Verfeinerung des Risikoausgleichs wurde auch in zwei parlamentarischen Initiativen beantragt (11.473 und 12.446). Die gesetzliche Verankerung des Risikoausgleichs sowie die geplante Verfeinerung soll nun mit dem vorliegenden Gegenvorschlag vorgenommen werden. Zudem wird eine Neuerung betreffend die Kassenwechsler eingeführt, welche künftig nicht mehr im Risikoausgleich berücksichtigt werden sollen.

Abs. 3

Im Risikoausgleich ging man bisher von einem erhöhten Krankheitsrisiko aus, wenn die versicherte Person im Vorjahr einen Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim hatte, der länger als drei aufeinanderfolgende Tage dauerte. Berücksichtigt wird ein Aufenthalt entweder, wenn er in einem auf der Liste nach Artikel 39 aufgeführten Spital oder Pflegeheim oder in einem Spital, welches einen Vertrag nach Artikel 49a Absatz 4 hat und zudem in der Schweiz war, sofern für den Aufenthalt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden. Mit der Verfeinerung sollen weitere Indikatoren herangezogen werden können, die auf die Morbidität der Versicherten hinweisen. Insbesondere ist dabei an Medikamentenkosten zu denken, die aus dem ambulanten Bereich resultieren. Der betroffene Versicherer hat unter Umständen sehr hohe Kosten zu tragen, ohne dass er dafür einen Ausgleich aus dem Risikoausgleich erhält, weil das Kriterium Medikamentenkosten bisher nicht als Morbiditätsfaktor im Sinne des Risikoausgleichs galt. Um zu verhindern, dass die Zahlungen aus dem Risikoausgleich zur vermehrten Verschreibung von Medikamenten führen, könnten auch nur Wirkstoffe berücksichtigt werden, die zur Behandlung von spezifischen, teuren Krankheiten eingesetzt werden und wo kaum Alternativen zur medikamentösen Behandlung bestehen (sog. Medikamentenkostengruppen). Wie bereits die Umschreibung des mindestens dreitägigen Spital- oder Pflegeheimaufenthaltes im Vorjahr sowie die Bezeichnung der Ausnahmen, wird auch die Kompetenz zur Festlegung der weiteren Indikatoren, welche die Morbidität der Versicherten abbilden, dem Bundesrat übertragen.

Art. 17a (neu) Massgebende Faktoren für die Berechnung des Risikoausgleichs

Auch dieser Artikel entspricht inhaltlich im Wesentlichen der Ziffer 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich). Einzig Absatz 4 enthält eine Neuerung, indem die Kassenwechsler künftig nicht mehr für die Ermittlung der Anzahl der aufeinanderfolgenden Tage (Art. 17 Abs. 3) berücksichtigt werden sollen. Bisher erfolgte unter den Versicherern für den Risikoausgleich ein aufwändiger Datenaustausch über die zentrale Meldestelle Risikoausgleich (ZEMRA). Dieser führt einerseits zu einer Erhöhung der administrativen Kosten für die Durchführung des Risikoausgleichs, andererseits machen die Wechsler nur einen geringen Anteil der Versicherten aus und weisen zudem einen unterdurchschnittlichen Anteil an Versicherten mit Aufenthalten in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr auf, da tendenziell eher die Gesunden den Versicherer wechseln. Daraus folgt, dass das aufgrund der Berücksichtigung der Spital- oder Pflegeheimaufenthalte der Wechsler zusätzlich anfallende Umverteilvolumen als gering eingeschätzt werden kann. In Anbetracht dessen, dass der Aufwand und die Kosten für die Berücksichtigung der Wechsler grösser ausfallen als der Nutzen, werden diese künftig im Risikoausgleich nicht mehr berücksichtigt.

Absatz 5 legt fest, dass für die Ermittlung des Risikoausgleichs ausschliesslich die von der Krankenkasse selbst getragenen Leistungskosten berücksichtigt werden. Die Kosten, die die Rückversicherung trägt, werden von den Leistungen abgezogen, wie es heute auch im Falle der Kostenbeteiligung gemacht wird, die die Versicherten leisten.

Art. 17b (neu) Durchführung

Auch dieser Artikel entspricht inhaltlich im Wesentlichen der Ziffer 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21. Dezember 2007 (Risikoausgleich) und enthält keine Neuerungen.

Art. 18

Abs. 9

Die Durchführung der Rückversicherung sollte durch eine Institution, die den Krankenkassen gehört, durchgeführt werden. Es bietet sich somit die gemeinsame Einrichtung (Art. 18) an, welche bereits andere Aufgaben des KVG vollzieht, wie insbesondere den Risikoausgleich. Die gemeinsame Einrichtung verwaltet die Prämiegelder, welche die Krankenkassen an die Rückversicherung für sehr hohe Kosten einzahlen. Sie regelt und vollzieht die Zahlungen an die Krankenkassen.

Für die Rückversicherung sind ausreichende Reserven zu bilden. Den Reserven stehen keine eigentlichen Verpflichtungen gegenüber. Sie sollen die längerfristige Zahlungsfähigkeit der Rückversicherung garantieren, indem sie die Risiken abdecken, die sie durch das Rückversicherungsgeschäft eingeht. Die versicherungstechnischen Risiken umfassen das eigentliche Versicherungsgeschäft: Einzelfälle von ausserordentlich hohen Leistungen oder das Risiko eines aussergewöhnlichen Ereignisses (z.B. Pandemie). Die Marktrisiken beziehen sich auf das Vermögen der Rückversicherung, dessen Wert in Abhängigkeit der Marktentwicklung steigen oder fallen kann. Daher müssen Kurs- oder Zinsänderungen berücksichtigt werden. Das

Kreditrisiko ergibt sich aus dem Risiko der Zahlungsunfähigkeit eines Erstversicherers.

Art. 21 Aufsicht

Abs. 2

Absatz 2 betrifft die Aufsicht über die Zusatzversicherungen. Da Krankenkassen diese nicht mehr betreiben dürfen, wird diese Bestimmung aufgehoben.

Abs. 6

Dieser Absatz betrifft die Aufsicht über die privaten Versicherungseinrichtungen. Da diese keine soziale Krankenversicherung mehr anbieten dürfen, kann die Bestimmung aus dem KVG aufgehoben werden.

Übergangsbestimmung

Den Krankenkassen müssen Fristen gewährt werden, damit sie die neuen Anforderungen des Gesetzes umsetzen können. Insbesondere die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung wird bei den betroffenen Gesellschaften einige Zeit in Anspruch nehmen. Gleichzeitig müssen sie das Versicherungsgeschäft weiterhin durchführen. Für die Umsetzung der Trennung wird somit eine Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung gewährt. Die Informationsbarrieren zwischen der Krankenkasse und den übrigen Gruppengesellschaften sind innert zwei Jahren nach Inkrafttreten zu gewährleisten. Bei einer nicht fristgerechten Umsetzung sind Sanktionen vorgesehen.

Auch der Aufbau der Rückversicherung für sehr hohe Kosten durch die gemeinsame Einrichtung ist mit Aufwand verbunden und nimmt einige Zeit in Anspruch. Die gesetzlichen Bestimmungen müssen umgesetzt werden. Es müssen Ablaufprozesse geschaffen und Reglemente erstellt werden. Die Rückversicherung für sehr hohe Kosten hat spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung aktiv zu werden.

