

An den Landrat

Glarus, 4. Januar 2013

Motion SP-Landratsfraktion „Standesinitiative: Dank Ausdehnung des Reserveausgleichs Krankenkassenprämienanstieg abfedern“

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

1. Ausgangslage

Mit der Motion vom 22. Juni 2009 „Standesinitiative: Dank Ausdehnung des Reserveausgleichs Krankenkassenprämienanstieg abfedern“ ersuchte die SP-Landratsfraktion den Regierungsrat mit einer Standesinitiative zu fordern, den Reserveausgleich der Krankenversicherer zu staffeln, um das angekündigte Prämienwachstum zu verlangsamen.

In der Stellungnahme vom 1. Dezember 2009 zu der am 23. Dezember 2009 überwiesenen Motion wurde grundsätzliche Skepsis an kantonal und/oder regional abgestuften Prämienmodellen gesamtschweizerisch tätiger Krankenversicherern und an der Ausscheidung kalkulatorischer kantonaler Reservequoten geäussert. Um dem übermässigen Prämienanstieg nachhaltiger und besser entgegenzuwirken, erschien eine kantonale Einheitskasse prüfungswerter zu sein, als den Zeitplan zur Angleichung des Reserveausgleichs aller im Kanton tätiger Krankenversicherer im bestehenden Prämienmodell zu verlängern.

2. Abklärungen und Aktivitäten

Reserveausgleich und kantonale (oder regionale) Einheitskasse wurden, als auf die steigenden Krankenkassenprämien möglicherweise dämpfend wirkend, gründlich geprüft.

2.1. Reserveausgleich

2.1.1. Änderung KVG – Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien

Am 15. Februar 2012 verabschiedete der Bundesrat den Entwurf zur Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), mit welchem er die zwischen 1996 und 2011 zu viel oder zu wenig bezahlten Prämien der obligatorischen Krankenversicherung zu rund

der Hälfte ausgleichen will¹. Der Vorschlag sieht eine auf sechs Jahre befristete, rückwirkende Prämienkorrektur vor, die über Erträge der CO₂-/VOC-Lenkungsabgaben erfolgte (VOC = flüchtige organische Verbindungen); Versicherte, die (angeblich) zu wenig Krankenkassenprämien bezahlt haben, müssten mit höherer finanzieller Belastung rechnen (und umgekehrt).

Dieser Vorschlag hätte Glarner Versicherte benachteiligt. Der Kanton gehört zu den so genannten „Geberkantonen“, dessen Versicherte einen Prämienzuschlag zu zahlen hätten. Die Unterdeckung von rund 17,5 Millionen Franken wäre durch die Glarner Versicherten während sechs Jahren mit gesamthaft rund 11,5 Millionen Franken auszugleichen gewesen. Glarus erarbeitete federführend zusammen mit 13 weiteren Geberkantonen (AG, AI, AR, BL, FR, GR, NW, SG, SH, SZ, UR, VS, ZG) eine Stellungnahme, welche diese Änderung des KVG aus fünf Gründen entschieden ablehnt.

1. *Fehlender Nachweis für zu wenig bezahlte Prämien.* – Die angeblich zu wenig bezahlten Prämien werden nicht nachgewiesen. Zudem ist zweifelhaft, ob die Grundlagen (kalkulatorische kantonale Reserven, Prämienberechnung, Zuweisung Kosten- und Vermögenspositionen) korrekt berechnet wurden. Die unabhängig durchgeführte ökonomische Analyse durch Polynomics lehnt die Gesetzesrevision ebenfalls ab.² Sie erkennt zwei mögliche Ursachen für die unterschiedlichen kantonalen Reserven: Wettbewerbsintensität und Versicherungsrisiko.
2. *Verletzung Aufsichtspflicht der Bundesbehörden.* – Selbst wenn der Nachweis für zu wenig bezahlte Prämien erbracht werden könnte, ist fraglich, weshalb Versicherte nachträglich dafür aufkommen sollten. Dem Bund, resp. dem Bundesamt für Gesundheit, obliegt die Aufsicht über die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 21 KVG i. V. mit Art. 14 f. KVV). Das Bundesamt genehmigt die Prämientarife und hat dafür zu sorgen, dass insbesondere über eine längere Zeitperiode nicht zu tiefe Prämien bezahlt werden, resp. die Prämien die effektiven Kosten decken. Die Aufsicht über die Versicherer wurde offensichtlich ungenügend wahrgenommen (s. Ziff. 2.1.2.).
3. *Verletzung von Bundesrecht.* – Der Vorschlag verletzt Bundesrecht: neben unzulässiger Rückwirkung auch den Grundsatz von Treu und Glauben und das Gleichbehandlungsgebot.
4. *Gefahr der Ungleichbehandlung.* – Angesichts der unterschiedlichen Verhältnisse in den einzelnen Kassen und in den Versicherungsmodellen in ein und derselben Kasse gab es in den angeblich unterfinanzierten Kantonen viele Versicherte, die regelmässig überproportionale Beiträge bezahlten, während es in den angeblich überfinanzierten Kantonen viele gab, die von Quersubventionierungen durch andere Prämienzahlende profitierten (z. B. Versicherte von Billigkassen grösserer Versicherungskonzerne).
5. *Politische Steuerung der Prämien in der Vergangenheit.* – Die Prämien genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit als Aufsichtsbehörde orientierte sich mehr an politischen Vorgaben (Abbau überschüssiger kantonalen Reserven) als an der tatsächlichen Kostenentwicklung, wie dies das Gesetz vorsieht.

Trotz dieser teils massiven Bedenken verabschiedete der Bundesrat die Vorlage zuhanden der Bundesversammlung ohne auf die Vorbehalte der Hälfte der Kantone materiell näher einzugehen. Nun ist die Vorlage beim Ständerat als Erstrat hängig. Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) sistierte die Vorlage am 17. April 2012, damit weitere Gespräche mit den uneinigen Kantonen geführt werden können.³ Die Minderheit der Kantone, in der eine Mehrheit der Versicherten lebt, unterstützte den vom Bundesrat vorgeschlagenen Korrekturmechanismus über die Umweltlenkungsabgaben. Die Mehrheit der Kantone lehnte die Vorlage hingegen ab.

¹ BBI 2012 1923

² Polynomics (2011). Ökonomische Analyse der geplanten KVG-Änderung zur Prämienkorrektur. Studie im Auftrag von comparis.ch (s. http://www.polynomics.ch/dokumente/Polynomics_Gutachten_KVG_Praemienkorrektur_2011-09-09.pdf)

³ Medienmitteilung SGK-S vom 17. April 2012

An der ausserordentlichen Plenarversammlung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 20. September 2012 verständigten sich die Kantone einstimmig auf einen alternativen Ausgleichsansatz auf Basis des neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (s. Ziff. 2.1.2.). Versicherte sollen von einer Prämienrückerstattung profitieren, wenn ihre Krankenversicherung „überschüssige“ Reserven aufweist. Im Gegensatz zur Bundesvorlage werden Versicherte in den Geberkantonen nicht für die angeblich zu wenig bezahlten Prämien zwischen 1996 und Inkrafttreten des neuen Gesetzes bestraft. – Die GDK unterbreitete der SGK-S einen ausformulierten Vorschlag. Dieser Kompromiss verhindert, dass Versicherte in den Geberkantonen – und somit im Kanton Glarus – auf einer zweifelhaften Grundlage für Versäumnisse der Aufsichtsinstanz bestraft werden.

2.1.2. Bundesgesetz über die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung

Mit der Änderung des KVG verabschiedete der Bundesrat zudem den Gesetzesentwurf für das Bundesgesetz betreffend Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) zuhanden der Bundesversammlung. Das KVAG soll die im KVG mangelhaft geregelte Aufsicht über die sozialen Krankenversicherungen stärken und die Transparenz bei den Krankenkassen erhöhen. Dazu sind u.a. Verbesserungen in den Bereichen finanzielle Sicherheit und Unternehmensführung von Krankenkassen, Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde sowie der Strafbestimmungen vorgesehen.

2.2. Kantonale Einheitskasse

2.2.1. Studie kantonale oder regionale Krankenkasse

Gemeinsam mit den Gesundheitsdepartementen der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, St. Gallen und Thurgau wurde die Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften mit einer Studie zur Abklärung eines Systems mit kantonalen oder regionalen Krankenkassen (KRK) beauftragt. Die im März 2011 publizierte Studie⁴ bezeichnet eine KRK als dem heutigen System gleichwertig. Eine flächendeckende Einführung hätte Vorteile in Bezug auf Risikoselektion, konsequente Einführung von Managed-Care-Modellen und entschlackte die umfangreiche Administration bei den Versicherungen, der Ärzteschaft und den Spitälern. Werbekosten und Wechselkosten (infolge Versichertenwechsel) fielen nicht mehr an, was mindestens 300 Millionen Franken einsparte. Nachteile des KRK-Modells könnten sich bei der Dienstleistungsqualität ergeben. Bei einer KRK könnten die Kundenbedürfnisse und -wünsche weniger stark im Zentrum stehen als bei einem System mit mehreren Anbietern. Zudem bestehe die Gefahr einer Machtkonzentration, wenn der Kanton sowohl Aufsichtsbehörde über die KRK als auch Kostenträger, Leistungserbringer und Tarifgenehmiger ist. Gestützt auf die Studie stellten die Gesundheitsdirektoren der fünf Ostschweizer Kantone sechs politische Forderungen auf:

1. Einhaltung und Verstärkung des Gentlemen-Agreement betreffend Werbekosten,
2. nachhaltige Verbesserungen im Risikoausgleich,
3. Verbot von Billigkassen,
4. Tarifverhandlungen: kein Basar,
5. Abkehr vom System kantonalen Reserven,
6. Pflicht zur flächendeckenden Einführung von Managed Care-Modellen.

Das Modell einer KRK wäre – so die beteiligten Kantone – dann weiterzuverfolgen, wenn es am (politischen) Willen fehlte, das geltende System zu verbessern.

⁴ Studie und Medienmitteilung der fünf Kantone s. Webseite des Kantons: www.gl.ch ⇒ Verwaltung ⇒ Finanzen und Gesundheit ⇒ Gesundheit ⇒ Allgemeine Informationen.

2.2.2. Zwischenbilanz zu den politischen Forderungen

Eine Zwischenbilanz zu den sechs politischen Forderungen:

1. *Einhaltung und Verstärkung des Gentlemen-Agreement betreffend Werbekosten.* – Am 1. Juni 2011 trat die Vereinbarung der santésuisse betreffend Kundenwerbung⁵ in Kraft, welche die telefonische Anwerbung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung verbietet und Provisionen für Makler und Vermittler auf 50 Franken je Versicherungsabschluss beschränkt. Mit Ausnahme von Assura, welche nicht Mitglied von santésuisse ist, traten alle Krankenversicherer der Vereinbarung bei. Eine strengere Beschränkung der Werbeausgaben war bisher nicht zu erzielen, was insbesondere auf die Anreize zur Risikoselektion zurückzuführen ist.
2. *Nachhaltige Verbesserungen im Risikoausgleich.* – In der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 über die Änderung des KVG (Managed Care) entschied das Stimmvolk auch über eine Anpassung des Risikoausgleichs. Neben den Kriterien Geschlecht und Alter sollte neu das Krankheitsrisiko einbezogen werden. Die Studie ging davon aus, dass dieser Risikoausgleich die Risikoselektion vermindert, aber nicht ganz verhindert und möglicherweise zu neuen Fehlanreizen geführt hätte.⁶ Die berechneten Wechselkosten von 300 Millionen Franken hätten sich folglich verringert. Die Managed-Care-Vorlage wurde abgelehnt. Bundesparlamentarier planen, den in der Volksabstimmung unbestrittenen Risikoausgleich möglichst rasch wieder aufzugreifen.
3. *Verbot von Billigkassen.* – Ein Verbot von Billigkassen war nicht realisierbar. Der Bundesrat vertrat wiederholt den Standpunkt, der Wettbewerb bringe mit seinem Bemühen um eine gute Risikostruktur durchschnittlich billigere Prämien.⁷ Die Bestrebungen für einen neuen Risikoausgleich führten aber zu vermehrter Abkehr von der Billigkassenstrategie.
4. *Tarifverhandlungen: kein Basar.* – Der Austritt von verschiedenen Krankenversicherern aus dem Tarifverbund der Krankenkassen (tarifsuisse ag) brachte – verstärkt durch die neue Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 – allen Akteuren (Krankenkassen, Leistungserbringer, Kantone) zusätzlichen Aufwand sowie eine unübersichtliche Tarifsituation. Leidtragende sind die Spitäler, welche mit provisorischen Arbeitstarifen und provisorischen Einnahmen arbeiten müssen. Leidtragende sind aber auch die Kantone, welche für das vergangene Jahr keine Gewissheit über die effektiven Kosten für stationäre Behandlungen und über die finanziellen Konsequenzen der neuen Spitalfinanzierung haben.
5. *Abkehr vom System kantonalen Reserven.* – Siehe Ausführungen unter Ziffer 2.1.
6. *Pflicht zur flächendeckenden Einführung von Managed-Care-Modellen.* – Die Studie sah in Managed Care das grösste, weitgehend nicht ausgeschöpfte Potenzial für Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Das Schweizer Stimmvolk lehnte aber die angestrebte – notabene freiwillige – Einführung von Managed-Care-Modellen am 17. Juni 2012 mit 76 (Glarus 76,4) Prozent Nein-Anteil deutlich ab. Damit ist diese politische Forderung vorderhand nicht mehr weiterzuverfolgen.

Es wurden also nur einige der Forderungen erfüllt. Insbesondere die Ablehnung der Managed-Care-Vorlage ist zu bedauern. Sollte aber der neue Risikoausgleich trotz diesem Entscheid noch realisiert werden können, wäre ein wichtiger Zwischenschritt für die Realisierung der Forderungen 1–3 getan.

2.2.3. Initiative für eine öffentliche Krankenkasse

Die am 23. Mai 2012 eingereichte Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse fordert ein System mit einer kantonalen oder regionalen Krankenkasse, also das Wahrnehmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine nationale öffentlich-rechtliche Einrichtung. Die Prämien sollen kantonale oder interkantonale Agenturen pro Kanton einheitlich

⁵ S. www.santesuisse.ch ⇒ Politik ⇒ Vereinbarung Kundenwerbung

⁶ Studie kantonale oder regionale Krankenkasse (KRK), S. 66

⁷ S. Stellungnahmen des Bundesrates zur Motion 07.3052 „Krankenversicherung. Verbot von Billigkassen“ sowie zur Motion 09.3538 „Keine Überwälzung der Kosten der Risikoselektion auf die Prämien“

festlegen. Die Stimmberechtigten werden sich somit zu einem Systemwechsel äussern können.

2.3. Fazit

Die in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2009 aufgeworfenen Fragen sind vertieft geklärt.

Gegen die Erhöhung der Krankenkassenprämien aufgrund angeblich zu wenig bezahlter Prämien wurde engagiert angegangen und das Anliegen in die parlamentarischen Beratungen eingebracht. Dies ermöglicht nun voraussichtlich eine Lösung, welche von einem nachträglichen Ausgleich von zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien absieht und eine finanzielle Belastung der Glarner Bevölkerung vermeidet.

Mit der Studie über die Auswirkungen eines Systems mit kantonalen oder regionalen Einheitskassen nahm der Kanton Glarus zusammen mit anderen Gesundheitsdepartementen eine Frage auf, welche bald an der Urne zu beantworten sein wird. Durch die Ablehnung der Managed-Care-Vorlage dürfte der Systemwechsel hingegen wesentlich geringere Einsparungen bringen.

Die Krankenkassenprämien werden weiter steigen. Ursache sind aber nicht der gestaffelte Reserveausgleich bzw. die unterschiedlichen kantonalen Reserven der Krankenkassen. Eine Standesinitiative erübrigt sich, da beide Themen (gestaffelter Reserveausgleich, Einheitskasse) auf nationaler Ebene definitiv entschieden werden.

Die Motion kann daher als erledigt abgeschrieben werden.

3. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die Motion als erledigt abzuschreiben.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Andrea Bettiga, Landammann
Hansjörg Dürst, Ratsschreiber*

Beilage: Motion