

05.089

**Botschaft
zur Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse»**

vom 9. Dezember 2005

Sehr geehrte Herren Präsidenten,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen hiermit die Botschaft zur Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse». Wir beantragen Ihnen, die Initiative Volk und Ständen mit der Empfehlung auf Ablehnung zur Abstimmung zu unterbreiten.

Der Entwurf zum entsprechenden Bundesbeschluss liegt bei.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Herren Präsidenten, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

9. Dezember 2005

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Samuel Schmid

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

Übersicht

Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» wurde durch die in der Westschweiz aktive Bewegung «Mouvement Populaire des Familles (MPF)» und durch links-grüne Kreise aus weiteren Teilen der Schweiz lanciert. Im Zentrum der Initiative stehen die folgenden beiden Forderungen:

- *Die Einrichtung einer Einheitskasse durch den Bund, welche an Stelle der heute tätigen 85 Krankenkassen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt.*
- *Die Festlegung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten.*

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative eine Änderung des geltenden Verfassungsartikels 117 (Abs. 3) und eine entsprechende Ergänzung der Übergangsbestimmungen (Art. 197 Ziff. 2).

Mit ihren 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 Krankenversicherungsgesetz vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) bewährt. 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 Einheitskasse mit einer dreigliedrigen Führung, zusammengesetzt aus den Behörden, den Leistungserbringern und einer Interessenvertretung der Versicherten, 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 und de facto zu einer Handlungsunfähigkeit führen würden.

Die Übergangsregelung lässt viele Fragen offen, die innert der gesetzten Frist von drei Jahren kaum zu lösen sind. Namentlich fehlen Lösungsansätze für die Übertra-

gung von Aktiven und Passiven von den bestehenden Krankenkassen auf die Einheitskasse.

Nach Ansicht des Bundesrates ist auch eine Umstellung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Vorstellungen der Initiative nicht zweckdienlich. Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie kommen der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Einer in diesem Punkt vergleichbaren Vorlage, der Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)», erteilte das Schweizer Stimmvolk im Mai 2003 eine deutliche Absage.

Die heute klare Trennung zwischen der versicherungstechnischen Finanzierung einschliesslich der Solidarität zwischen den Geschlechtern, Jung und Alt sowie Gesund und Krank einerseits und den sozialpolitischen Korrektiven über die Prämienverbilligung andererseits würde aufgehoben. Dies in einer Zeit, da die geltende Finanzierung europaweit vor allem in Ländern mit einkommensabhängiger Finanzierung der Krankenversicherung auf grosses Interesse stösst und zum Vorzeigemodell für Reformen der sozialen Krankenversicherung geworden ist.

Soweit das geltende System noch Lücken aufweist, werden diese laufend analysiert und korrigiert. Letztmals fand eine Korrektur zu Gunsten der Haushalte in bescheidenen und mittleren finanziellen Verhältnissen mit Kindern statt. Diese Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Das angewandte Finanzierungsmodell hat sich durchaus bewährt und seine rasche Anpassungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Es bietet vor allem viele Möglichkeiten, Anreize zu Kosten sparendem Verhalten der Versicherten und Leistungserbringer zu schaffen. Mit den besonderen Versicherungsformen (wählbare höhere Franchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Bonusversicherung) haben der Gesetzgeber und in der Folge die Krankenversicherer davon Gebrauch gemacht.

Die Initiative lässt offen, inwieweit Gelder der öffentlichen Hand in die obligatorische Krankenpflegeversicherung fliessen sollen. Jedenfalls macht eine Prämienverbilligung nach dem Kriterium der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten bei Prämien, die bereits nach der wirtschaftlichen Situation der Versicherten festgelegt sind, keinen Sinn mehr.

Auch wenn offen bleiben muss, wie die Initiative konkret umgesetzt würde, ist der Bundesrat überzeugt, dass die Initiative für das nach wie vor noch nicht befriedigend gelöste Kostenproblem in der Krankenversicherung keine Lösungsansätze bietet. Eine Lösung kann vielmehr durch eine gezielte Überprüfung der von der OKP zu bezahlenden Leistungen sowie durch eine weitere Senkung der Preise 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.

Die Massnahmen zur Kosteneindämmung sind im Rahmen dieser Konsolidierung durch die Verstärkung ökonomischer Anreize bzw. durch die Beseitigung von Fehl-anreizen zu ergänzen und zu verstärken. Die entsprechenden Korrekturen sind mit der vom Bundesrat im Jahr 2004 erneut lancierten und teilweise bereits verabschiedeten Reform des KVG zu realisieren.

Aus diesen Gründen empfiehlt der Bundesrat, die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» ohne Gegenentwurf abzulehnen.

Botschaft

1 Formelles

1.1 Wortlaut der Initiative

Die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» lautet:

I

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

Art. 117 Abs. 3 (neu)

³ Der Bund richtet eine Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein. Im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat sind die Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertretung der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten.

Das Gesetz regelt die Finanzierung der Kasse. Es legt die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten fest.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

Art. 197, Ziff. 2 (neu)

*2. Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3
(Obligatorische Krankenpflegeversicherung)*

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

1.2 Zustandekommen

Die Eidgenössische Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» wurde vom «Mouvement Populaire des Familles» lanciert. Sie ist nach Vorprüfung durch die Schweizerische Bundeskanzlei per 27. Mai 2003 (BBl 2003 3977) am 9. Dezember 2004 mit der notwendigen Anzahl Unterschriften eingereicht worden. Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 10. Januar 2005 (BBl 2005 533) das formelle Zustandekommen der mit 111 154 gültigen Unterschriften eingereichten Volksinitiative festgestellt.

1.3 Behandlungsfristen

Die Initiative ist in Form eines ausgearbeiteten Entwurfs eingereicht worden. Der Bundesrat sieht davon ab, einen Gegenentwurf zu unterbreiten. Gestützt auf Artikel 97 Absatz 1 Buchstabe a des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (ParlG; SR 171.10) hat der Bundesrat bis zum 9. Dezember 2005, das heisst bis spätestens ein Jahr nach Einreichen der Initiative, Zeit, der Bundesversammlung eine Botschaft und den Entwurf eines Bundesbeschlusses zu unterbreiten. Gemäss Artikel 100 ParlG beschliesst die Bundesversammlung innert 30 Monaten nach Einreichung einer Volksinitiative darüber, ob sie die Initiative Volk und Ständen zur Annahme oder Ablehnung empfiehlt. Im vorliegenden Fall läuft die Frist bis zum 9. Juni 2007. 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

1.4.1 Einheit der Form

Gemäss Artikel 139 (alt) Absatz 2 und 3 sowie Artikel 194 Absatz 3 der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101) ist eine Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung nur in der Form der allgemeinen Anregung oder des ausgearbeiteten Entwurfs zulässig; Mischformen sind nicht gestattet. Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist ausschliesslich und in allen Teilen in der Form des ausgearbeiteten Entwurfs gehalten. Die Einheit der Form ist somit gewahrt.

1.4.2 Einheit der Materie

Gemäss Artikel 139 (alt) Absatz 3 und Artikel 194 Absatz 2 BV muss die Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung die Einheit der Materie wahren und darf entsprechend nur eine Materie zum Gegenstand haben. Die Einheit der Materie gilt als gewahrt, wenn zwischen den einzelnen Teilen der Initiative ein sachlicher Zusammenhang besteht. Die Initiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» bezieht sich einzig auf die Krankenversicherung und es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen den verschiedenen vorgeschlagenen Massnahmen. Damit ist die Einheit der Materie gewahrt.

1.4.3 Vereinbarkeit mit dem Völkerrecht

Gemäss Artikel 139 Absatz 3 und Artikel 194 Absatz 2 BV darf eine Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung die zwingenden Bestimmungen des Völkerrechts nicht verletzen. Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» verletzt keine dieser Bestimmungen.

1.4.4 **Durchführbarkeit**

Die offensichtliche faktische Undurchführbarkeit einer Initiative gilt als einzige ungeschriebene materielle Schranke der Verfassungsrevision. Nach konstanter Praxis müssen zweifelsfrei und faktisch unmöglich durchführbare Volksinitiativen der Volksabstimmung entzogen werden. Die Forderungen der Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» sind weder in rechtlicher Hinsicht unmöglich zu realisieren noch sind sie faktisch undurchführbar.

Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist somit gültig.

2 **Ziel und Inhalt der Initiative**

Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» hat zwei Ziele, nämlich einerseits die Einrichtung einer Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung durch den Bund, und andererseits die Umstellung auf eine Finanzierung über Prämien, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden.

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative einen neuen Verfassungsartikel 117 Absatz 3 und eine entsprechende Übergangsbestimmung (Art. 197 Ziff. 2). Die Folge wäre eine grundlegende Änderung des Systems der schweizerischen sozialen Krankenversicherung mit folgenden Merkmalen:

- Die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung obliegt einer einzigen Institution: der «Einheitskasse».
- Im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat dieser Kasse sind die Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertretung der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten.
- Das sog. «Kopf- und Einheitsprämiensystem» wird durch eine Finanzierung über Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten abgelöst.
- Der Anteil der auf die obligatorische Grundversicherung fallenden Aktiven und Passiven der bestehenden Krankenkassen geht an die «Einheitskasse» über, die ihren Betrieb spätestens drei Jahre nach Annahme der Initiative aufnehmen würde.

Laut dem zur Verfügung gestellten Argumentarium (www.mpf-ch.org) soll die Initiative Folgendes bewirken:

- Eine umfassende Solidarität unter allen Versicherten mit mehr sozialer Gerechtigkeit;
- Für eine grosse Mehrheit der Versicherten günstigere Prämien aufgrund der neuen Berechnungsart und aufgrund des Sparpotenzials im Verwalten der Kasse;
- Eine Stärkung der Position der Versicherten und eine Schwächung der Position der Krankenkassen;
- Mehr Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen.

3 Würdigung der Initiative

3.1 Die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch eine soziale Einheitskasse

3.1.1 Bisherige Revisionsbestrebungen

Der Bundesrat hat unter anderem gestützt auf die Wirkungsanalyse zum KVG bei verschiedener Gelegenheit festgehalten, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz auf der Leistungsebene (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzlichen Ziele erreicht hat. Nach Ansicht des Bundesrates sollen weiterhin mehrere verschiedene Versicherungseinrichtungen die soziale Krankenversicherung durchführen.

Zum selben Fazit war ein in Erfüllung eines Postulates der SGK-N (99.3009) im Jahr 2001 erstellter Expertenbericht über die Vorteile einer Einheitskasse¹ gekommen. 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.

Auch die Tatsache, dass insbesondere in der West- und Südschweiz seit Jahren das gegenwärtige System des Wettbewerbes zwischen den Krankenversicherern in Frage gestellt wird und namentlich ein Bericht vom November 2003² zum Schluss gekommen ist, den in der schweizerischen Krankenversicherung vordringlichen Problemen könnte mit der Schaffung eines starken Zentralorgans mit Vollzugsinstanzen ein Ende bereitet werden, vermag den Bundesrat nicht von einem grundlegenden Systemwechsel zu überzeugen.

Die Forderung nach einer Einheitskrankenkasse ist auf Bundesebene wiederholt abgelehnt worden: durch den Bundesrat in Stellungnahmen zu parlamentarischen Vorstössen (98.3415 Postulat Günter, Grundversicherung. Einführung einer Schweizerischen Kasse; 01.3495 Postulat Zisyadis, KVG. Kantonale Einheitskrankenkasse); durch den Nationalrat, der den parlamentarischen Initiativen von Fasel (98.442, Eine einzige Krankenkasse für alle) und Zisyadis (01.447, Nationale Einheitskrankenkasse für die Grundversicherung) keine Folge gab; durch den National- und den Ständerat, die beide einer Standesinitiative des Kantons Jura (02.305. KVG-Revision. Für eine zentrale Landeskasse und einkommensabhängige Prämien) keine Folge gaben; und nochmals durch den Ständerat, der der Standesinitiative des Kantons Tessin (03.303, KVG. Krankenkasse auf Bundesebene) keine Folge gab. Angenommen wurde einzig das Postulat Robbiani (01.3722, Einheitskrankenkasse?), welches Ausgangspunkt für den oben erwähnten Bericht (vgl. Fn. 1) war.

¹ Dr. Willy Oggier: Vorteile einer Einheitskasse, Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung, Zürich, Dezember 2001.

² Gesamtschweizerische Kasse für die Krankenversicherung, Bericht der Arbeitsgruppe für Sozialversicherungen der Westschweizer Kantone (GLAS) an die Westschweizer Sanitäts- und Sozialdirektorenkonferenz (CRASS), November 2003.

3.1.2 Organisation/Rechtsform der Einheitskasse

Die Initiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» verlangt die Einrichtung einer sozialen Einheitskasse durch den Bund, lässt aber offen, in welche Rechtsform die neue Institution zu kleiden ist. Hingegen schreibt der Initiativtext den Verwaltungsrat und den Aufsichtsrat als zwingende Organe der Einheitskasse vor. In Berücksichtigung des neuen Artikels 117 Absatz 3 der Bundesverfassung könnte die Einheitskasse folgende Organisation aufweisen:

Verwaltungsrat

Mangels einer Definition der Rechtsform im Initiativtext könnte eine der aktuell möglichen Organisationsformen der Krankenkassen (Verein, Stiftung, Genossenschaft, Aktiengesellschaft mit anderen als wirtschaftlichen Zwecken, juristische Person des öffentlichen Rechts) in Frage kommen. Am ehesten dürfte eine «selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts», evtl. eine «spezialgesetzliche Aktiengesellschaft» die Voraussetzungen des Initiativtextes erfüllen. Folgende Institutionen in der Schweiz verfügen über Rechtsformen, die für eine Einheitskasse im Sinne der Initiative in Frage kommen könnten:

- Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt und mit eigener Rechtspersönlichkeit (Art. 61 UVG³).
- «Die Schweizerische Post» (Post) in der Rechtsform einer selbständigen Anstalt des öffentlichen Rechts und mit Rechtspersönlichkeit (Art. 2 POG⁴).
- Die Firma «Schweizerische Bundesbahnen SBB, Chemins de fer fédéraux CFF, Ferrovie federali svizzere FFS» in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft, die sich zu 100 Prozent im Besitz der Eidgenossenschaft befindet.

Aufsichtsrat

Die Initiative verlangt in der Organisation der Einheitskasse neben dem Verwaltungsrat einen Aufsichtsrat.

Die Initiative lässt offen, wie die Aufgabenteilung zwischen den beiden Organen zu erfolgen hat.

3.1.3 Führung der Einheitskasse

Sowohl der Verwaltungs- als auch der Aufsichtsrat würden aus einer jeweils gleichen Anzahl Vertreter der Behörden, der Leistungserbringer und der Versicherten zusammengesetzt sein. Damit würde die Einheitskasse über eine «gestion tripartite», also eine dreigliedrige Führung, verfügen, wie sie im Schweizer Recht sonst unbekannt ist. Aus verschiedener Sicht ist eine solche Struktur für die Einheitskasse als Durchführungsstelle der obligatorischen Krankenversicherung abzulehnen. Eine Einheitskasse mit einer dreigliedrigen Führung, zusammengesetzt aus den Behörden, den Leistungserbringern und einer Interessenvertretung der Versicherten, wird angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen unter stark divergierendem politi-

³ Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20).

⁴ Bundesgesetz über die Organisation der Postunternehmung des Bundes (POG; SR 783.1).

schem Einfluss stehen. Der Bundesrat befürchtet, dass die unterschiedlichen Interessenlagen in der Leitung zu langwierigen Diskussionen führen, welche von den Bemühungen zur Kosteneindämmung oder zur Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenpflegeversicherung ablenken könnten.

In der Initiative wird offen gelassen, wer den Verwaltungsrat und den Aufsichtsrat wählt, wie gross diese Räte sein sollen und welche Anforderungen hinsichtlich Qualifikation die einzelnen Räte für eine Wahl zu erfüllen haben. Auch gibt es keine Anhaltspunkte, wer für die Festsetzung der Prämien zuständig sein soll. Dabei ist zu bedenken, dass demjenigen Organ, das die Prämienätze beschliesst, eine wichtige Funktion bei der Aufteilung der Kostentragung auf die Versicherten einerseits und die öffentliche Hand andererseits zukommt. So könnten steuerrelevante Beschlüsse ohne Kontrolle durch einen demokratischen Prozess gefasst werden. Angesichts des grossen Kostenvolumens von rund 27,7 Milliarden Franken für Leistungen im Rahmen der OKP⁵ könnte eine solche Kompetenz ausserhalb eines demokratischen Prozesses rechtsstaatlich problematisch sein.

3.1.4 Zentrale oder dezentrale Organisation der Einheitskrankenkasse

Die Initiative lässt offen, ob die Einheitskasse zentral oder dezentral organisiert wird. Dem Argumentarium der Initiantinnen und Initianten ist aber zu entnehmen, dass die Einheitskrankenkasse vergleichbar mit den Arbeitslosenkassen sehr dezentralisiert organisiert werden und damit den Versicherten eine Dienstleistung mit Qualität und Nähe erbracht werden soll. Damit würden die versicherten Personen weitgehend abhängig von ihrer regionalen Betreuung, 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 Einheitskrankenkasse und ihre Auswirkungen

Die Einrichtung der sozialen Einheitskrankenkasse in der obligatorischen Krankenversicherung führt zwangsläufig zu einer Monopolsituation auf Versichererseite mit den folgenden hauptsächlichen Auswirkungen:

- Die Versicherten haben nicht mehr wie heute die Möglichkeit, den Versicherer zu wechseln, wenn sie mit der Leistungsabwicklung oder mit der Qualität des Services nicht zufrieden sind oder wenn sie sich zum Beispiel wegen starker Leistungsbeanspruchung schlecht behandelt fühlen.

⁵ Gesamtvolumen der Bruttoleistungen und des Verwaltungsaufwandes der Versicherer gemäss Statistik 2004 des BAG sowie der Subventionen an die Spitäler, berechnet aufgrund einer auf das Jahr 2004 erfolgten Hochrechnung der detaillierten Zahlen des BFS für das Jahr 2002.

- Eine Einheitskasse ist 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, so dass sie den Präferenzen der Leistungsnachfrager wesentlich besser entsprechen.

3.1.6 Einheitskasse als Instrument zur Kosteneindämmung?

Mit ihren beiden Forderungen, der Einrichtung einer Einheitskasse für die obligatorische Krankenversicherung durch den Bund und der Festlegung der Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, zielt die Initiative auch nicht prioritär auf die Eindämmung der Kosten ab. Die Initiative enthält denn auch keine explizite Verpflichtung zu Kosten eindämmenden Massnahmen.

Die Initianten und Initiantinnen bezeichnen im zur Verfügung gestellten Argumentarium die Einheitskasse zwar als unabdingbares Instrument zur Kosteneindämmung; an erster Stelle genannt werden ihre besseren Möglichkeiten zur Kontrolle, Analyse und Verteilung der Kosten. Dieses Argument kann nicht ganz von der Hand gewiesen werden. Würde es nämlich der Einheitskasse gelingen, Leistungs- und Kostendaten auf gesamtschweizerischer Ebene nach einem einheitlichen Raster zu erfassen und der Analyse zugänglich zu machen, verfügte sie über eine Möglichkeit, die heute nicht vorhanden ist. Diese verbesserte Kontrollmöglichkeit führt aber nicht zwangsläufig zu einer Kosteneindämmung, indem die Menge von im Einzelfall medizinisch nicht indizierten Leistungen reduziert würde. Vielmehr ist davon auszugehen, dass in einem System, in dem die Leistungserbringer in der Führung mit vertreten sind, der Anreiz zur Eingrenzung der im Einzelfall medizinisch nicht indizierten Leistungen und zur Verbesserung des Verhältnisses zwischen Kosten und Leistungen nur in reduziertem Mass zum Tragen kommt.

Laut Argumentarium der Initiantinnen und Initianten wird die 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 nicht sichergestellt, dass diese effizienter arbeiten würde als die bestehenden Krankenkassen. Im Übrigen hat unter dem KVG die Anzahl der Krankenkassen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, von 145 auf 85 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 leichte Zunahme auf den gleichen Stand wie 1996 (133 Franken) feststellen. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die Einheitskasse dieses Niveau unterbieten würde.

3.1.7 Auswirkungen auf den Tarifwettbewerb

In einem System mit Einheitskasse ändern sich die Regeln des Wettbewerbs im Tarifbereich: Einer Vielzahl von Leistungserbringern steht ein einziger Versicherer gegenüber. Auf Versichererseite besteht somit eine Monopolsituation. Der Versicherer verfügt demnach über eine stärkere Position im Rahmen der Tarifverhandlungen als dies bei einer Vielzahl von Krankenversicherern der Fall ist. Diese Monopolstellung, die der partnerschaftlichen Gestaltung des schweizerischen Gesundheitssystems fremd ist, garantiert aber keineswegs eine verbesserte Kontrolle der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen und erst recht nicht eine gezieltere Einflussnahme auf die Menge dieser Leistungen.

3.1.8 Auswirkungen auf die Reserven und Rückstellungen

Als weiterer Vorzug der Einheitskasse wird im Argumentarium der Initiantinnen und Initianten ihre Möglichkeit zur Herabsetzung der Reserven und Rückstellungen auf ein «absolutes Minimum» angeführt, was zu einer Entlastung von mindestens einer bis zwei Milliarden Franken führe. Es trifft zwar zu, dass eine Krankenkasse mit über sieben Millionen Versicherten ein breiteres Risikospektrum aufweist, als dies bei den heutigen Krankenkassen der Fall ist, und deshalb über tiefere Reservequoten 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. Zum Abbau der Reserven bedarf es zudem nicht des Instruments Einheitskasse. Eine Senkung der Mindestreserven kann auch im heutigen System mit mehreren Krankenkassen vorgesehen werden. Eine diesbezügliche Verordnungsänderung durch den Bundesrat ist derzeit in Vorbereitung. Im Übrigen ist vor Augen zu halten, dass auch eine Einheitskasse ausreichend Reserven benötigt, um aussergewöhnliche Ereignisse, unterschätzte Kostensteigerungen oder Verluste aus Anlagen aufzufangen. Auch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, was geschieht, wenn die Reserven nicht ausreichen um unerwartete Kosten zu decken. Sollen in einem solchen Fall die Steuerzahlenden für die fehlenden Gelder einstehen?

3.1.9 Auswirkungen auf andere Versicherungsbereiche

3.1.9.1 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 Initiative fordert nur die Übernahme der Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Einheitskasse. Das Portefeuille der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG kann somit

grundsätzlich 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. Denkbar ist beispielsweise eine gesetzliche Verpflichtung der Einheitskasse, auch die Taggeldversicherung nach KVG durchzuführen.

3.1.9.2 Zusatzversicherungsgeschäft

Der Wortlaut der Initiative schliesst nicht aus, dass die Einheitskrankenkasse auch Zusatzversicherungen durchführen könnte, auch wenn dies nicht der Absicht der Initiantinnen und Initianten entspricht.

Andererseits wird mit der Initiative auch nicht verunmöglicht, dass die als Taggeldversicherer weiter bestehenden anerkannten Krankenkassen Zusatzversicherungen anbieten können. Wollten diese Krankenkassen auch nach der Einsetzung der Einheitskasse das Zusatzversicherungsgeschäft durchführen, wäre ihnen dies aufgrund des neuen Verfassungstextes möglich. Im heute existierenden System besteht eine nicht geringe Zahl vor allem von kleineren Krankenkassen, welche eine kritische Betriebsgrösse bezüglich des Zusatzversicherungsgeschäftes aufweisen. Die Bildung einer Einheitskasse hätte unweigerlich zur Folge, dass kleine und/oder geschlossene Portefeuilles oder schlechte Risikobestände auf grosse Marktspieler im Zusatzversicherungsgeschäft übertragen werden müssten. Das hätte eine Marktkonzentration auf einige wenige grosse Anbieter zur Folge. Es ist daher wenig wahrscheinlich, dass Zusatzversicherungen in grossem Mass von weiter bestehenden Taggeld-Krankenkassen angeboten würden. Würde das Zusatzversicherungsgeschäft hingegen der Einheitskasse geöffnet, könnte dies zu einer Konzentration auch im Zusatzversicherungsbereich führen.

Das weitere Schicksal der freiwilligen Taggeldversicherung und der Zusatzversicherung würde allerdings weitgehend von der Ausgestaltung einer Regelung durch den Gesetzgeber abhängen, denn diesbezüglich fehlt es dem Initiativtext und dem Argumentarium der Initiantinnen und Initianten an eindeutigen Vorgaben.

3.1.10 Auswirkungen auf den Risikoausgleich

Der Risikoausgleich 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.

3.1.11 Fazit

Nach Ansicht des Bundesrates drängt sich ein Kurswechsel bei der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einer Kassenvielfalt zu einer Einheitskasse nicht auf. Vielmehr ist der Bundesrat der Ansicht, dass ein System mit mehreren Versicherern 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 Krankenversicherungsgesetz bewährt. 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 OKP bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen.

Damit sind dem geltenden System wesentliche Wettbewerbselemente eigen, die auch die Anreize zu Kosten dämpfenden Massnahmen fördern. Die gänzliche Unterdrückung des Wettbewerbes unter den Versicherern mit der Folge einer Monopolsituation in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt nach Ansicht des Bundesrates einen nicht notwendigen Staatseingriff in die Handlungs- und Vertragsfreiheit der Krankenversicherer dar. Bei den Krankenversicherern liegt kein Marktversagen vor.

Der Bundesrat befürchtet, dass die unterschiedlichen Interessenlagen in der Leitung 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 durch eine striktere Kontrolle des Systems durch nur einen Versicherer. Nach wie vor schlägt der Bundesrat vor, sowohl die Nachfrage der Versicherten durch freiwillige Übernahme von mehr Selbstverantwortung und Einschränkung der Freiheit bei der Wahl der Leistungserbringer zu beeinflussen, als auch – mittels Planung und/oder Einführung der Vertragsfreiheit – die Zulassung der Leistungserbringer zu beschränken und damit auf das Angebot einzuwirken. Der Tarif- und Qualitätswettbewerb soll durch die Einführung der Vertragsfreiheit gefördert werden.

3.2 Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

3.2.1 Bisherige Revisionsbestrebungen

3.2.1.1 KVG-Revisionen

Das KVG beruht auf einem Finanzierungssystem mit individuellen Einheitsprämien pro Krankenkasse und Region. Für Kinder müssen und für junge Erwachsene können die Prämien tiefer festgesetzt werden als für die Erwachsenen ab dem 26. Altersjahr. Als soziales Korrektiv zu den Einheitsprämien werden die Prämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Beiträge des Bundes und der Kantone verbilligt.

In der zweiten KVG-Revision hiessen die Räte ein mit einer differenzierten und abgestuften Prämienverbilligung ausgestattetes Sozialziel im Grundsatz gut. Bezüglich der Anwendungsmodalitäten gab es jedoch relevante Unstimmigkeiten. In der Wintersession 2003 lehnte der Nationalrat zum zweiten Mal das ganze Projekt ab und brachte damit die zweite KVG-Revision zum Scheitern.

Vor diesem Hintergrund und weil er sich der zunehmenden Belastung der Versicherten und insbesondere der Familien durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bewusst ist, schlug der Bundesrat in seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 (BBl 2004 4327) zur Prämienverbilligung ein Modell mit einem

differenzierten Sozialziel⁶ vor, wie dieses vom Parlament im Rahmen der 2. KVG-Revision ausgearbeitet, aber nicht verabschiedet wurde. Der Gesetzgeber hat dieses Modell nicht weiterverfolgt und in der Frühjahrsession 2005 beschlossen, dass es den Kantonen in Zukunft⁷ obliegt, die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung von Eltern mit tiefen und mittleren Einkommen um mindestens 50 Prozent zu verbilligen (AS 2005 3587). Diese Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

3.2.1.2 Parlamentarische Vorstösse

Im Postulat der SGK-NR (03.3237) wurde der Bundesrat ersucht, die Kriterien für die Zuteilung und Evaluation der Bundesbeiträge an die Krankenversicherung zu überprüfen und im Rahmen der dritten KVG-Revision Vorschläge zu unterbreiten. Der Bundesrat hat das Postulat entgegengenommen.

Der Standesinitiative des Kantons Jura (02.305), die eine zentrale Landeskasse und einkommensabhängige Prämien forderte, und der parlamentarischen Initiative Fehr (00.453) mit dem Anliegen, die Prämien der Kinder abzuschaffen, gaben Stände- und Nationalrat bzw. die SGK-N keine Folge.

Die Motion Robbiani (00.3082), welche Prämienfreiheit für Jugendliche bis zum Beginn ihrer Erwerbstätigkeit, höchstens aber bis zum 25. Altersjahr forderte, wurde auf Antrag des Bundesrates abgelehnt.

Die Motion Gysin (97.3255), welche eine generelle Verbilligung der Krankenkassenprämien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vorschlug, wurde auf Antrag des Bundesrates in Form eines Postulates überwiesen.

3.2.1.3 Volksinitiativen

Die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» forderte eine Umstellung des Finanzierungssystems der sozialen Krankenversicherung insbesondere durch die Einführung von einkommens- und vermögensabhängigen Prämien. Bundesrat und Parlament empfahlen die Initiative zur Ablehnung. Volk und Stände erteilten ihr in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 eine klare Absage.

⁶ Das Modell mit einem differenzierten Sozialziel sah eine Ausrichtung von abgestuften Prämienverbilligungen durch die Kantone an Familien und andere Versicherte vor. Die Kantone hätten für diese beiden Personengruppen mindestens vier Einkommenskategorien festlegen und Prämienverbilligungen gewähren müssen, so dass der abgestufte Eigenanteil der Familien maximal zwischen 2 und 10 Prozent des Einkommens und derjenige der übrigen Versicherten maximal zwischen 4 und 12 Prozent betragen hätte. Die Kantone hätten ausserdem Höchststeinkommen für den Anspruch auf Prämienverbilligung festlegen können.

⁷ Für die Kantone ist eine Übergangsfrist vorgesehen. Sie haben ein Jahr Zeit, das neue Prämienverbilligungssystem umzusetzen.

3.2.2

Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten

Die Initiative scheint, wie das geltende Recht, auf Prämien der Versicherten als Hauptfinanzierungsquelle der obligatorischen Krankenversicherung zu setzen. Explizit verlangt die Initiative einzig, Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten zu erheben, lässt jedoch offen, welches die Basis für die Definition und Bemessung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sein soll. Neben dem Einkommen ist auch das Vermögen ein wichtiger Indikator der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Nicht klar ist zudem, ob bei der Definition der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Belastung der Betroffenen mit zu berücksichtigen ist, also ob beispielsweise die Familienlasten einzubeziehen sind. Da die Initiative ausdrücklich von einer Finanzierung über Prämien spricht, müsste wohl ein völlig neues Prämien-erhebungssystem eingeführt werden, das die mit der Initiative angestrebten Gerechtigkeitspostulate erfüllt.

Mit ihrem Finanzierungselement nimmt die Initiative das Hauptanliegen der durch Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 klar abgelehnten Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» (vgl. vorstehende Ziff. 3.2.1.3) wieder auf. Im Gegensatz zum damaligen Volksbegehren enthält der neu vorgeschlagene Verfassungsartikel keine Angaben über allfällige zusätzliche Finanzierungselemente.

Die Initiative lässt auch offen, ob die Prämien wie im geltenden System nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abgestuft werden sollen. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass eine Einheitskrankenkasse mit der vorgeschlagenen Finanzierung zu einer Reduktion der heute bestehenden Prämienregionen führt. Wegfallen würde bei Annahme der Initiative mit Sicherheit 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.

Keine Hinweise finden sich in der Initiative und im Argumentarium der Initiantinnen und Initianten zur Umsetzung der vorgeschlagenen Finanzierung in technischer Hinsicht. Allein das Erkennen von prämienrelevanten Veränderungen der finanziellen Verhältnisse und das entsprechende Anpassen der Prämien innert nützlicher Frist wird der Einheitskasse und weiteren Verwaltungsstellen einen grossen administrativen Aufwand verursachen. In vielen Fällen dürften Datenschutzprobleme praktikable Vorgehensweisen verhindern.

Das vorgeschlagene Finanzierungskonzept widerspricht auch diametral der vom Bundesrat und Parlament immer wieder vertretenen Finanzierungsstrategie, die einerseits eine versicherungstechnische Komponente einschliesslich einer Solidarität zwischen den Geschlechtern, Jung und Alt sowie Gesund und Krank und andererseits ein sozialpolitisches Korrektiv über gezielte Prämienverbilligungen beinhaltet. Mit einer Prämiengestaltung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten würden diese beiden Komponenten kombiniert. Damit würde auch der sozialpolitische Ausgleich über Gelder der Versicherten finanziert. Nach Ansicht des Bundesrates soll dieser Ausgleich aber weiterhin Aufgabe des Staates sein und auch von diesem finanziert werden.

3.2.3 Sozialpolitische Auswirkungen

Ausgangspunkt zur Beurteilung der sozialpolitischen Auswirkungen sind die hauptsächlichlichen Umverteilungsmechanismen, die im heutigen System angestrebt werden. Es sind dies die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Mann und Frau und zwischen Jung und Alt. Die individuellen Kopfprämien haben jedoch zur Folge, dass keine Solidarität zwischen wirtschaftlich besser gestellten und wirtschaftlich schwächeren Versicherten besteht. Die Prämien belasten dementsprechend Personen und Familien mit unteren und mittleren Einkommen mehr als solche mit höheren Einkommen und Vermögen.

Diesem Problem wird im KVG dadurch Rechnung getragen, dass Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, als Prämienzahlende unterstützt werden, indem ihnen die Prämien teilweise oder ganz vergütet werden. Im Übrigen werden sie angesichts der progressiven Steuerfinanzierung als Steuerzahlende teilweise oder vollständig entlastet, indem ihre zusätzliche Steuerbelastung aufgrund der Prämienverbilligung und der Spitalfinanzierung geringer ist oder ganz entfällt.

Die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festzulegen würde bedeuten, dass die sozialpolitischen Ziele Teil des Versicherungssystems im engeren Sinn würden. Damit wird das Anliegen des KVG, eine möglichst klare Trennung zwischen versicherungstechnischen Aufgaben und sozialpolitisch ausgerichteten Anliegen zu machen, fallen gelassen. Ziel des heutigen Gesetzes ist es, die Anreize für das Verhalten im Gesundheitswesen so auszurichten, dass die Effizienz- und Effektivitätsziele der Leistungserbringung mit erster Priorität verwirklicht werden. Die Transparenz über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sollte daher möglichst nicht infolge einer Überlagerung durch Umverteilungsmassnahmen negativ beeinflusst werden. Wie die Erfahrungen mit dem KVG zeigen, können die sozialpolitischen Anliegen über kompensatorische Massnahmen ausserhalb des eigentlichen Versicherungssystems gelöst werden, was zudem auch den Vorteil hat, dass gezielter auf die verschiedenartigen individuellen Situationen und auf die regional unterschiedlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden kann, als dies bei einem gesamtschweizerisch einheitlichen Regelwerk möglich ist.

3.2.4 Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung und damit die Kostenverantwortung der Versicherten

Die Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten ist im Initiativtext nicht erwähnt und wird im Argumentarium der Initiantinnen und Initianten kaum angesprochen. Die Regelung der Kostenbeteiligung wird damit dem Gesetzgeber überlassen. Auch in einem System mit einer Einheitskasse kann eine Kostenbeteiligung der Versicherten durchaus Sinn machen, hingegen sind die Anreize zum Abschluss von Versicherungen mit wählbaren Franchisen bei einer Prämienfinanzierung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten namentlich für Versicherte mit ohnehin geringer Prämienbelastung schwieriger zu gestalten.

Auch haben die gemäss geltendem KVG gesetzten wirtschaftlichen Anreize im vorgeschlagenen Finanzierungssystem nicht die gleiche Wirkung auf die Versicherten wie in einem System mit einkommensunabhängigen Kopfbeiträgen. Insbesondere gilt dies für die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten: Heute sind mehr als die Hälfte der erwachsenen Versicherten einem Versicherungsmodell mit

erhöhter Franchise angeschlossen. Die Motivation zum Abschluss einer solchen Versicherung liegt im Prämienrabatt je nach Höhe der gewählten Franchise. Im vorgeschlagenen Finanzierungssystem kann nicht damit gerechnet werden, dass erhöhte Wahlfranchisen für die Versicherten attraktiv und zugleich versicherungstechnisch korrekt ausgestaltet werden können. Sollten die Wahlfranchisen wegfallen, müssten die heute in diesem Rahmen durch die Versicherten getragenen Kosten neu durch die Versicherung finanziert werden.

3.2.5 Beiträge der öffentlichen Hand

Der Initiativtext lässt auch offen, ob die von der öffentlichen Hand gesprochenen Gelder auch in Zukunft zur Finanzierung der Leistungen der medizinischen Grundversorgung zur Verfügung stehen werden. Es liegt auf der Hand, dass eine Prämienverbilligung in einem Finanzierungssystem über Prämien, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten erhoben werden, keinen Sinn mehr macht.

Die Initiative enthält keinen Hinweis, wohin die heute für die Prämienverbilligung und die Spitalfinanzierung gesprochenen Gelder fliessen sollen. Es wird somit Sache des Gesetzgebers sein, darüber zu befinden, ob und in welchem Ausmass sich die öffentliche Hand an der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beteiligen soll. Je nach Ausmass einer Beteiligung der öffentlichen Hand wird sich dies auch auf die Prämien auswirken.

Ausgehend vom heutigen Prämienvolumen der Grundversicherung von rund 19 Milliarden Franken pro Jahr einschliesslich der Beiträge der öffentlichen Hand, die für die individuelle Prämienverbilligung zur Verfügung stehen (rund 3 Milliarden Franken pro Jahr), wird die Einführung einer nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip finanzierten Einheitskrankenkasse voraussichtlich keine Entlastung des Mittelstandes insgesamt zur Folge haben können. Realistischerweise wäre auch eine Finanzierung über Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten vor allem vom Mittelstand zu tragen. Bestenfalls könnte eine angemessenere Verteilung der Prämienlast zwischen dem unteren und oberen Mittelstand erreicht werden.

3.2.6 Fazit

Für den Bundesrat besteht kein Anlass, vom heutigen Finanzierungssystem mit individuellen Einheitsprämien pro Versicherter und Region und dem sozialpolitischen Korrektiv der Prämienverbilligung abzuweichen. Er hält am eingeschlagenen Weg der Konsolidierung und Optimierung dieses Systems fest.

Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie kommen der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Einer in diesem Punkt vergleichbaren Vorlage, der Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» erteilte das Schweizer Stimmvolk im Mai 2003 eine klare Absage.

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Finanzierung könnte der Einheitskasse und weiteren Verwaltungsstellen einen beträchtlichen Aufwand verursachen. In vielen Fällen dürften Datenschutzprobleme praktikable Vorgehensweisen verhindern.

Die heute klare Trennung zwischen der versicherungstechnischen Finanzierung und den sozialpolitischen Korrekturen über die Prämienverbilligung würde aufgehoben. Die geltende Finanzierung stösst europaweit vor allem in Ländern mit einkommensabhängiger Finanzierung der Krankenversicherung auf grosses Interesse und gilt zum Teil als Vorzeigemodell für Revisionen. Soweit das geltende System noch Lücken aufweist, werden diese laufend analysiert und korrigiert. Letztmals fand eine Korrektur zu Gunsten der Familien in bescheidenen und mittleren finanziellen Verhältnissen mit Kindern statt. Diese Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Das angewandte Finanzierungsmodell hat sich durchaus bewährt und seine rasche Anpassungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Es bietet vor allem viele Möglichkeiten, Anreize zu Kosten sparendem Verhalten der Versicherten und Leistungserbringer zu schaffen. Mit den besonderen Versicherungsformen (wählbare höhere Franchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Bonusversicherung) haben der Gesetzgeber und in der Folge die Krankenversicherer davon Gebrauch gemacht.

3.3 Übergangsbestimmung

3.3.1 Betriebsaufnahme der Einheitskasse

Gemäss der Übergangsbestimmung nimmt die Einheitskasse ihre Arbeit spätestens drei Jahre nach Annahme des neuen Verfassungsartikels auf. Sie übernimmt die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Diese knappe Regelung auf Verfassungsebene und das Fehlen weiterer Anhaltspunkte zu wesentlichen Nebenpunkten lassen einen grossen Spielraum hinsichtlich der rechtlichen und finanziellen Auswirkungen der Initiative auf die heute bestehenden Versicherer und auf die neu einzurichtende Einheitskasse zu. Nach Ansicht des Bundesrates ist die Dreijahresfrist für den fundamentalen Systemwechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung äusserst knapp bemessen. In dieser Zeit müssten erhebliche Teile des geltenden Krankenversicherungsgesetzes geändert oder neu geschaffen werden und die Ausführungsverordnungen wären entsprechend anzupassen. Ferner müssten für die Funktionstüchtigkeit der Einheitskrankenkasse entsprechende Strukturen geschaffen und die Einheitskasse selbst errichtet werden. Zudem müssten auch die kantonalen Ausführungsbestimmungen angepasst werden. Die rechtzeitige Inbetriebnahme der Einheitskasse mit funktionierenden Strukturen auf Bundes- und auf Kantonsebene kann daher nicht garantiert werden.

3.3.2 Übertragung der Aktiven und Passiven

Die Übergangsbestimmung hält fest, dass die Einheitskasse die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt. Der Bundesrat sieht eine Gefahr, dass in den drei Jahren zwischen der Annahme der Initiative und der Betriebsaufnahme der Einheitskrankenkasse erhebliche Reserven und Rückstellungen aufgelöst und im Zeitpunkt der Übertragung nicht mehr vorhanden sein werden. Die Versicherer wären nach einer allfälligen Annahme

der Initiative in der Volksabstimmung nicht mehr an einem positiven Rechnungsergebnis interessiert und könnten daher versucht sein, zu tiefe Prämien anzubieten und die Kostenkontrolle nicht mehr effizient durchzuführen. Die Aufsichtsbehörde könnte eine solche Entwicklung schwerlich verhindern; sie wäre in der fraglichen Zeit kaum in der Lage, eine intensivierete Aufsicht durchzuführen.

Nicht auszuschließen ist, dass im Zeitpunkt der Übernahme der Aktiven und Passiven durch die Einheitskasse mehrere Versicherer die gesetzlich vorgeschriebenen Reserven nicht besitzen. Die fehlenden Reserven und Rückstellungen müssten in der Folge von der Einheitskrankenkasse geüfnet werden. Dies müsste sich zwangsläufig auf die Prämien auswirken, es sei denn, die öffentliche Hand würde dafür aufkommen.

Im Zusammenhang mit der Übernahme der Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch die Einheitskrankenkasse stellen sich heikle rechtliche Probleme, die im Konfliktfalle zu lang andauernden 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. Aufgrund des Wortlautes der Initiative wäre dies nicht ausgeschlossen und aus enteignungsrechtlicher Sicht zu bejahen.

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. Da es sich bei den Krankenkassen weitgehend um privatrechtlich organisierte juristische Personen handelt, wäre wohl eine rechtliche Konstruktion, wonach das Vermögen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Allgemeingut der versicherten Personen gelten würde, kaum denkbar. Die Aktiven stehen im Eigentum der bestehenden Krankenkassen und die Verpflichtung zur Übertragung an die Einheitskasse käme einer Enteignung gleich. Zwar wird im Falle der Auflösung einer Krankenkasse schon im geltenden Recht vorgesehen, dass bei privatrechtlich organisierten Krankenkassen ein allfälliger Vermögensüberschuss 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. Inwiefern sich eine analoge Regelung aber im Falle der Überführung aller Aktiven und Passiven der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf die Einheitskrankenkasse 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 Einheitskrankenkasse im Zeitpunkt der Aufnahme ihrer Tätigkeit nicht geklärt sein werden. Im Übrigen sind heute die Aktiven einer Krankenkasse nicht nach Versicherungssparten aufgegliedert. Sofern eine Krankenkasse die freiwillige Taggeldversicherung und allenfalls noch Zusatzversicherungen weiterführen würde, müsste auch eine klare Zuordnung der Aktiven erfolgen.

4

Die Frage eines Gegenentwurfes

Der Bundesrat sieht keinen Anlass, der Bundesversammlung einen Gegenentwurf oder einen Entwurf zu einem mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlass zu unterbreiten (Art. 97 Abs. 2 ParlG). Er will vielmehr mit der laufenden Revision des KVG eine Konsolidierung und Optimierung des heutigen Systems erreichen. Der Bundesrat sieht deshalb davon ab, dem Parlament einen Vorschlag mit einer teilweisen Aufnahme der Anliegen der Initiative zu unterbreiten.

Die Forderung nach einer Einheitskrankenkasse ist auf Bundesebene wiederholt abgelehnt worden (vgl. vorstehende Ziff. 3.1.1) und auch ein Vorschlag, der diese Idee auch nur ansatzmässig hier aufnehmen würde, widerspräche der klaren Haltung von Bundesrat und Parlament, keine fundamentalen Systemänderungen in der Krankenversicherung vorzunehmen. Ein Gegenentwurf könnte nach Ansicht des Bundesrates nur in Erwägung gezogen werden, wenn von dieser immer wieder bestätigten Strategie abgewichen würde, was abzulehnen ist. Auch wenn sich der Bundesrat dazu bereit erklärt hat, neue Kriterien für den Risikoausgleich unter den Krankenkassen zu prüfen, ist er doch der Meinung, dass eine allfällige Ergänzung der Risikoausgleichskriterien nicht einem Richtungswechsel zu einer Einheitskasse nahe kommen soll.

Auch in Bezug auf eine Finanzierung der Krankenpflegeversicherung mit Prämien, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten abgestuft werden, ist der Bundesrat der Auffassung, dass angesichts der mittlerweile abgeschlossenen Diskussion über eine Ergänzung der Prämienverbilligung mit weitergehenden Entlastungen des Mittelstandes, keine neuen Vorschläge im Sinne einer Annäherung an die Vorstellungen der Initiative gemacht werden sollen.

Der Bundesrat stellt sich daher gegen die Unterbreitung eines Gegenentwurfes zur Initiative sowohl auf Verfassungs- als auch auf Gesetzesstufe.

5

Auswirkungen bei Annahme der Initiative

5.1

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 2004 betrug der Bundesbeitrag 2,0 Milliarden Franken, derjenige der Kantone 991,9 Millionen Franken⁸. Bei den Kantonen kommen die Kosten der Spitalsubventionen hinzu. Diese betragen im Jahr 2004 rund 7,6 Milliarden Franken⁹. Von den insgesamt rund 27,7 Milliarden Franken (vgl. Fn. 5), die im Rahmen der OKP gedeckt sind, übernimmt die öffentliche Hand dementsprechend etwa 38,3 Prozent. Der Initiativtext lässt offen, ob die von der öffentlichen Hand finanzierten Gelder auch in Zukunft zur Finanzierung der Leistungen der medizinischen Versorgung zur Verfügung stehen werden müssten und ob sie den Kostensteigerungen angepasst werden könnten.

⁸ BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004.

⁹ BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004; BFS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2002; Hochrechnung BAG aufgrund der detaillierten BFS-Zahlen zu 2002.

5.2

Auswirkungen auf die Versicherer

Völlig offen ist, was mit den bestehenden Krankenkassen geschieht. Einerseits könnten diese mit der Fortführung der freiwilligen Taggeldversicherung als anerkannte Krankenkassen weiter bestehen und es wäre ihnen gestattet, Zusatzversicherungen anzubieten. Denkbar wäre aber auch, dass die heutige Infrastruktur der Krankenkassen von der Einheitskasse benutzt werden könnte, um ihre dezentrale Struktur aufzubauen und den vorhandenen Erfahrungswert des vorhandenen Personals zu nutzen. Andernfalls würden die 85 heute im Bereiche der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Krankenkassen ihrer hauptsächlichen Geschäftstätigkeit entledigt. Insbesondere jene Kassen, die keine Zusatzversicherungen durchführen, werden – sofern sie nicht ihren Zweck ändern und in einem neuen Bereich eine Geschäftstätigkeit aufnehmen – nur noch die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG durchführen können. Es ist davon auszugehen, dass sich viele bestehende Einrichtungen zur Auflösung gezwungen sehen. Damit könnte das KMU-Gewerbe in weiten Teilen der Schweiz empfindlich geschwächt werden.

Die Auflösung zahlreicher bestehender Einrichtungen könnte für einige der angestellten Personen dazu führen, dass sie nach dem Verlust ihres Arbeitsplatzes keine neue Arbeitsstelle finden und sich an die Arbeitslosenkasse wenden müssen.

Je nach Art der Umsetzung der neuen Verfassungsbestimmung werden möglicherweise Familien und Personen mit kleinen bis mittleren Einkommen durch tiefere Prämien entlastet. Sie würden dadurch mehr frei verfügbare Mittel haben als bisher.

Bei den Kosten, die den Versicherern durch die Annahme der Initiative entstehen würden, ist zu unterscheiden zwischen den Umstellungs- und den späteren Betriebskosten. Beide Bereiche sind von der konkreten Umsetzung der Initiative abhängig und können zahlenmässig zum jetzigen Zeitpunkt nicht konkretisiert werden.

Auch wenn es sich bei der Einrichtung einer Einheitskasse und der Umstellung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um tief greifende Systemänderungen handelt, kann davon ausgegangen werden, dass die Kostenfolgen der Umstellung der Durchführung im Vergleich zur Bedeutung der Änderung für das gesamte Gesundheitswesen weniger ins Gewicht fallen.

Selbstverständlich hätte aber die Einrichtung einer Einheitskasse eine grundlegende Reorganisation der Organisationsstrukturen und der Verwaltungsabläufe zur Folge, von denen ein Grossteil der rund 9800¹⁰ Krankenkassenangestellten der Grund- und Zusatzversicherung betroffen wären.

6

Internationaler Vergleich

In den Industriestaaten kommen drei verschiedene Gesundheitssysteme vor: der nationale Gesundheitsdienst, das Sozialversicherungsmodell und das Privatversicherungssystem. Beispielländer mit einem Sozialversicherungsmodell sind Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Niederlande. Im Gegensatz zu diesen Ländern basiert die schweizerische Krankenversicherung schwergewichtig nicht auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sondern auf Kopfprämien, welche für

¹⁰ BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004.

Personen in bescheidenen Verhältnissen durch individuelle Prämienverbilligungen ergänzt werden.

Im Zusammenhang mit der Durchführung der Krankenversicherung sind in sämtlichen europäischen Staaten mit Sozialversicherungssystemen Diskussionen über die zukünftige Systemausgestaltung im Gang. In jenen Staaten, in denen die Gesundheitssysteme über Sozialversicherungen finanziert werden, gibt es ausnahmslos eine Mehrzahl von Krankenversicherungen.

Die Erfahrungen der schweizerischen Nachbarländer zeigen auf, dass die Schweiz vielfach als Referenzbeispiel herangezogen wird. In der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion gilt das schweizerische KVG als Vorbild; u.a. wird der Übergang zu einer Finanzierung über Kopfprämien, die den durchschnittlichen Gesundheitskosten der Versicherten entsprechen, diskutiert. Auch im niederländischen System ist eine Übernahme von Elementen aus dem schweizerischen vorgesehen.

7 Verhältnis zum europäischen Recht

7.1 Vorschriften der europäischen Gemeinschaft

Artikel 2 des Vertrages der Europäischen Gemeinschaft (EG) überträgt der Gemeinschaft die Aufgabe, ein hohes Mass an sozialem Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft ist in Artikel 39 des EG-Vertrages geregelt. Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 42 des EG-Vertrages festgelegt ist. Das Gemeinschaftsrecht bezweckt keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. 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 Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer, Selbstständige und deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sowie durch die entsprechende Durchführungsverordnung Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.1 bzw. SR 0.831.109.268.11) geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft am 1. Juni 2002 (SR 0.142.112.681) ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems. Dieses System kann nur dann funktionieren, wenn alle Parteien dieselben Regeln anwenden.

7.2 Die Instrumente des Europarates

Was die wirtschaftlichen und sozialen Rechte anbelangt, stellt die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 die Entsprechung zur Europäischen Menschenrechtskonvention dar. In Artikel 12 ist das Recht auf soziale Sicherheit verankert. Die Schweiz hat die Charta am 6. Mai 1976 unterzeichnet; eine Ratifizierung wurde jedoch 1987 vom Parlament abgelehnt, so dass dieses Übereinkommen für unser Land nicht bindend ist.

Mit der Europäischen Sozialcharta (revidiert) vom 3. Mai 1996 wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst. Es handelt sich dabei um ein von der Europäischen Sozialcharta gesondertes Abkommen, welches diese nicht aufhebt. Das Recht auf soziale Sicherheit ist ebenfalls in Artikel 12 enthalten. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (AS 1978 1491) am 16. September 1977 ratifiziert. Unser Land hat jedoch Teil II über die ärztliche Betreuung nicht angenommen. Jeder Staat, der den aus Teil II der Ordnung hervorgehenden Verpflichtungen nachkommen will, ist 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. Betreffend die Organisation der Sozialversicherungssysteme sieht die Europäische Ordnung vor, dass wenn die Verwaltung nicht von einer einem Parlament verantwortlichen Regierungsstelle wahrgenommen wird, sind Vertreter der geschützten Personen nach vorgeschriebener Regelung an der Verwaltung zu beteiligen oder ihr in beratender Eigenschaft beizuordnen; die innerstaatlichen Rechtsvorschriften können auch die Beteiligung von Vertretern der Arbeitgeber und der Behörden vorsehen (Art. 71).

Die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit (revidiert) vom 6. November 1990 ist ebenfalls ein von der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit zu unterscheidendes Abkommen, sie ersetzt jene nicht. Durch die (revidierte) Ordnung werden die Normen der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit erweitert, namentlich durch die Ausdehnung des persönlichen Anwendungsgebietes, durch die Gewährung von neuen Leistungen sowie durch die Erhöhung des Betrags für Sachleistungen. Parallel wird eine grössere Flexibilität eingeführt, indem die Ratifizierungsbedingungen erleichtert und die Normen so formuliert wurden, dass den einzelstaatlichen Regelungen bestmöglich Rechnung getragen wird. Die (revidierte) Ordnung ist noch von keinem Staat ratifiziert worden und deshalb noch nicht in Kraft getreten.

7.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist mit dem europäischen Recht vereinbar.

8 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kommt der Bundesrat zum Schluss, dass die mit der Initiative angestrebte Aufgabe der Vielfalt von Krankenversicherern und die Umstellung auf eine Finanzierung über Prämien, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden, seinen Zielsetzungen bei der Ausgestaltung der sozialen Krankenversicherung zuwider laufen. Dass die mit dem KVG gesetzten Ziele noch nicht vollständig erreicht sind, kann nicht einem Marktversagen der Krankenversicherer zugeschoben werden: die heute fehlenden Elemente zur Verbes-

serung der Wettbewerbsverhältnisse im Gesundheitswesen – die Vertragsfreiheit, die Spitalfinanzierung – können nicht auf der Ebene der Kassen gelöst werden. Die entsprechenden Revisionsvorhaben befinden sich im Moment in der parlamentarischen Beratung.

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. Die gänzliche Unterdrückung des Wettbewerbes unter den Versicherern mit der Folge einer Monopolsituation in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt einen nicht notwendigen Staatseingriff in die Handlungs- und Vertragsfreiheit der Krankenversicherer dar.

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 vielmehr auf dem eingeschlagenen Weg der Systemkonsolidierung wirkungsvolle Impulse für ein kosteneffizientes Gesundheitssystem schaffen und verspricht sich ferner von einer Überprüfung der von der OKP zu bezahlenden Leistungen, einer Ausweitung der besonderen Versicherungsformen mit höherer Kostenbeteiligung und von Managed Care-Angeboten sowie von der Vertragsfreiheit und der Spitalfinanzierung weitere Kostenparanreize.

Mit der von der Initiative vorgeschlagenen Finanzierung könnten Versicherungsformen mit Kostenparanreizen über Prämienrabatte kaum attraktiv ausgestaltet werden, und der fehlende Wettbewerb unter den Versicherern würde die Ideenvielfalt bei solchen Angeboten behindern. Einem auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten abgestimmten Finanzierungssystem wurden von Bundesrat und Parlament sowie von Volk und Ständen bisher deutliche Absagen erteilt. Es sei auf das klare Resultat der Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 über die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» verwiesen.

Die Umsetzung der vorgeschlagenen Finanzierung lässt viele Fragen offen. Allein das Erkennen von prämierelevanten Veränderungen der finanziellen Verhältnisse und das entsprechende Anpassen der Prämien innert nützlicher Frist wird der Einheitskasse und weiteren Verwaltungsstellen einen grossen administrativen Aufwand verursachen. In vielen Fällen dürften Datenschutzprobleme praktikable Vorgehensweisen verhindern.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass infolge des Kopfprämiensystems eine starke finanzielle Belastung von zahlreichen Versicherten vor allem mit mittleren Einkommen entsteht. Er hat deshalb im Rahmen der Prämienverbilligungsregelung die Verwirklichung eines Sozialziels vorgeschlagen. Das Parlament hat sich in der Folge dafür entschieden, dass die Kantone für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen.

Auch wenn der Bundesrat im Hinblick auf die Vielfalt der Krankenversicherer keine Strukturhaltung anstrebt, sieht er in einem abrupten Systemwechsel zu einem einzigen Versicherer keine Lösung der vordringlichen Probleme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Anzahl der Krankenkassen, die die Krankenpflege-

versicherung durchführen, hat sich seit dem Jahr 1996 von 145 auf gegenwärtig 85 verringert, wobei weiterhin eine Tendenz zur Abnahme besteht.

Aus all diesen Gründen lehnt der Bundesrat die Einführung einer Einheitskasse und die Umgestaltung des Finanzierungssystems in der sozialen Krankenversicherung ab.

Der Bundesrat sieht auch davon ab, der Bundesversammlung einen Gegenentwurf auf Verfassungsebene oder einen Entwurf zu einem mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlass auf Gesetzesebene zu unterbreiten (Art. 97 Abs. 2 ParlG). Die Ziele der Initiative entsprechen keineswegs den Vorstellungen des Bundesrates, der sich stets für eine Konsolidierung und Optimierung des bestehenden Systems ausgesprochen hat. Tendenzen, die in Richtung der von der Initiative beabsichtigten Systemänderungen hinzielen, entsprechen keineswegs den Vorstellungen des Bundesrates, weil er diese weder als sachgerecht noch als zielführend betrachtet. Der Bundesrat sieht somit keinen Anlass, dem Parlament einen Vorschlag mit einer teilweisen Aufnahme der Anliegen der Initiative zu unterbreiten.