

Diskussionsrunde der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP)

«Kopfprämien» und «Einheitskasse»

Am 29. Januar 2003 fand im Hotel Bellevue in Bern eine SGGP-Diskussionsrunde zu den aktuellen Themen «Krankenkassenprämie und Franchise einkommensabhängig?» und «1 Einheitskasse statt 93 Einzelkassen?» statt.



Fotos: Berg, Landmann

Dr. iur. Jost Gross

Nationalrat und SGGP-Präsident **Dr. iur. Jost Gross** eröffnete das von der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) organisierte Diskussionsforum. Als kompetente Diskussionsleiter fungierten die beiden Vorstandmitglieder **Dr. phil. Jürg Baumberger** und **Dr. med. Jean Martin**.

Krankenkassenprämie und Franchise einkommensabhängig? SGGP-Zentralsekretär **Markus Kaufmann** stellte verschiedene alternative Finanzierungsmodelle vor. Allerdings könnten Staaten mit anderen Modellen und Gesundheitssystemen nicht als Vergleich herangezogen werden. Zu ersten Thema gäbe es keine klare Meinung im Schweizer Volk: Nach einer Umfrage vom letzten Jahr seien einerseits 72 % der Bevölkerung für eine einkommensabhängige Krankenkassen-Prämie; andererseits befür-

worteten 80% die Beibehaltung der bisherigen Kopfprämie.

Für die Beibehaltung des jetzigen Systems (Kopfprämien) plädierte der Zürcher Präventivmediziner und Nationalrat **Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller**, während der Basler Nationalrat **Dr. rer. pol. Rudolf Rechsteiner** den Wechsel zu einer einkommensabhängigen Prämie befürwortete, wie sie in der SP-Gesundheits-Initiative gefordert wurde. (Die Initiative sieht vor, die Finanzierung neu zu gewährleisten – zur einen Hälfte durch eine Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes um 3–3.5 Prozent und zur anderen durch einkommens- und vermögensabhängige Prämien).

Rudolf Rechsteiner legte dar, die Explosion der Krankenkassenprämien stelle vor allem für Familien und Leute mit kleinem Einkommen ein immer grösseres Problem dar. Ein Grund für diese Auswirkung der Kopfprämien sei die ungleiche Einkommens- und Vermögensentwicklung. Nur eine einkommensabhängige Prämie führe zu einer gerechteren Verteilung der Gesundheitskosten.

Es sei nicht mit einer Prämienreduktion zu rechnen angesichts der teuren Medizin in der Schweiz: Die Schweiz hätte die teuersten Medikamente in Europa, und jeder Kanton verfüge über seinen eigenen Gesundheits-Apparat; auch würde zu viel und unnötig operiert.

Heute fehlten die Gelder, um irgend etwas zu verändern; die direkten Steuern seien ausgereizt, und die Kopfprämie bringe keinen Sparanreiz. Ein neues Finanzierungsmodell – wie sie die Initiative fordere – sei daher nötig.

Felix Gutzwiller meinte, das heutige System gewährleiste bereits eine effiziente Steuerentlastung. Die Thema-

tisierung der Krankenkassen-Prämien in der Öffentlichkeit führe zu einem höheren Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und damit zwangsläufig zu notwendigen Reformen. Die Konsum-Lenkung über die Franchises sei ein Beispiel einer solchen Regulierung.

Eine Verteilung von Finanzen nach dem Giesskannenprinzip brächte nichts; zu beachten gäbe es auch den schleichenden Rückzug der öffentlichen Hand. Vor einer Reform des Gesundheitswesens müsste es zunächst eine «Reform der Anreize» geben. Ein Mischsystem mit erhöhter öffentlicher Finanzierung, Kopfprämien und progressiver steuerlicher Entlastung sei besser als ein Systemwechsel.

Eine Einheitskasse statt 93 Einzelkassen?

In seiner Einführung legte Kaufmann dar, die Befürworter einer neuen Einheitskasse sähen entscheidende Vorteile in einer grösseren Verhandlungsmacht gegenüber Leistungsanbietern, einer besseren Steuerung und effizienteren Nutzung der vorhandenen Ressourcen; auch falle der

würde zu mehr Transparenz führen, zu geringeren Verwaltungskosten und zu grösserem Gewicht bei Verhandlungen.

Menétrey fügte hinzu, auch die Belastung der Familien würde kleiner; zudem eröffne sich eine einmalige Gelegenheit, dass sich alle Versicherten neu und demokratisch strukturieren. Die SUVA könne als Modell für die Einheitskasse dienen, da sie nicht nur die Prävention fördere, sondern auch direkte Vorteile für die Patienten bringe.

Ruey rechnete vor, dass die von den Versicherten bezahlten Anteile am administrativen Aufwand nicht ins Gewicht fallen – hingegen brächte eine Monopolstellung, wie sie bei einer Einheitskasse gegeben sei, gravierende Nachteile mit sich, beispielsweise eine verkleinerte Auswahl an Medikamenten.

Seydoux fügte hinzu, mit einer Einheitskasse falle die vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) garantierte freie Ärzte- und Versicherungswahl weg. Zudem bekäme der Staat, indem er finanziell mehr tragen müsse – die



(v.l.) **Dr. iur. Claude Ruey, Yves Seydoux, Anne-Catherine Menétrey und Prof. Dr. med. Pierre-François Unger**

Kampf um die «guten Risiken» weg. Im anschliessenden Podiumsgespräch diskutieren als Befürworter einer Einheitskasse die Waadtländer Nationalrätin **Anne-Catherine Menétrey** und der Genfer Staatsrat **Prof. Dr. med. Pierre-François Unger** mit dem Waadtländer Nationalrat **Dr. iur. Claude Ruey** und **Yves Seydoux**, dem *santésuisse*-Delgierten für Public Affairs.

Unger meinte, der bisherige Wettbewerb der Einzelkassen hätte sich nicht bewährt; eine Einheitskasse

zusätzliche Mittel für die Einheitskasse werden mit 5 Milliarden veranschlagt –, einen grösseren Einfluss. Frankreich habe eine Einheitskasse: sie sei ein anonymer Apparat, und es habe ein Wandel zur Zweitklassmedizin stattgefunden; zudem seien die Zusatzversicherungen dort viel teurer – die Kosten insgesamt also höher als früher.

Bei der bisherigen Lösung könnten die Versicherten auf die Struktur sehr wohl Einfluss nehmen über Versicherungsgräte, wie sie bei vielen Kassen



(v.l.) **Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller, Dr. rer. pol. Rudolf Rechsteiner**

vorhanden sind. Bei einem Wechsel zur Einheitskasse würden hingegen die direkten Kontakte der Versicherten zu ihren persönlichen Beratern wegfallen. Im Übrigen sei der Branchenverband der Krankenversicherer bei Verhandlungen in der Lage gewesen, gute Tarife auszuhandeln – etwa mit der IV und der Bundeskasse.

Aus dem Plenum wurde die Frage gestellt, ob nicht – etwa in der Westschweiz – die Einheitskasse im Kleinen erprobt werden könne.

Ein solcher Versuch, hiess es, bedinge nicht nur die Abänderung des KVG (Aufhebung des Kontrahierungszwangs); in Genf wie auch Freiburg sei die Einführung eines ähnlichen Modells – Staatskasse – abgelehnt worden.

Bei der Diskussion des Vorbilds SUVA wurde darauf hingewiesen, dass die SUVA anders kalkulieren könne: Ein Unfall hätte einen bestimmten Anfang und das Ende sei gut berechenbar. Die Behandlungsdauer bei Krankheit sei demgegenüber unbekannt; auch müssten Versicherte kein Einverständnis der Kasse einholen. Es läge also ein anderes Leistungsprinzip mit anderen Kosten vor.

Auf die Frage, wie und ob eine Prämiennivellierung zwischen Ost und West – als Absicht oder Folge einer Einheitskasse – verhindert werden könnte, antworteten die Befürworter, ein Zusammenschluss der Versicherten liesse auch die Solidarität wachsen und das Verständnis dafür, dass in anderen Landesteilen der Gebrauch von Medikamenten vom eigenen abweichen könne.

Jost Gross fasste die wichtigsten Punkte des Podiumsgesprächs prägnant zusammen.

Bei der Finanzierung der Krankenversicherung müssten neue Instrumente greifen, um die Kosten in den Griff zu bekommen; genannt wurden als Stichworte «Anreizsystem» und «Ressourcenplanung». Die Finanzierung über die Mehrwertsteuer und/oder eine direkte Leistungssteuer sei eine Gratwanderung.

Eine Prämienverbilligung über die Steuer zu finanzieren wäre ideal – aber jeder Vierte sei bereits begünstigt. Ein einkommensabhängiger Selbstbehalt führe zu höheren Kosten.

Nicht wünschbar sei eine Finanzierung der Krankenversicherung über Lohn-



(v.l.) Dr. iur. Claude Ruey, Yves Seydoux

prozente wie in Deutschland; beim Weg über das Realvermögen stelle sich jedoch die Frage: Wer misst es? Bei der «Einheitskasse» herrsche eine diametral entgegenstehende Einschätzung der jetzigen Situation. Der Ansicht, dass die Konkurrenz der Einzelkassen zu einer Kostenminderung führe, stehe die Meinung gegenüber, dass sich das jetzige System nicht bewährt habe und die Kosten weiter stiegen. Einig sei man darin, dass es neue Instrumente zur Kostensenkung brauche.

Sähen die einen in der Einheitskasse die Gefahr eines staatlichen Monopols, stelle es für die anderen ein brauchbares Modell dar, wie die SUVA oder IV. Würde eine Einheitskasse zu einer Zweitklassmedizin führen, oder höre mit ihr die Jagd nach guten Risiken auf? Die Frage stelle sich, wo die Interessen der Patienten besser gewahrt blieben. ■

Jürg Lendenmann