

Argumentarium für eine soziale Einheitskrankenkasse

**Einheit
ajezos**

Volksinitiative für
eine soziale
Einheitskrankenkasse

Nationales Initiativkomitee für eine Soziale Einheitskrankenkasse • c/o Grüne • Waisenhausplatz 21 • 3011 Bern
www.einheitskasse-ja.ch • info@einheitskasse-ja.ch

Bern, April 2006

Warum braucht es eine soziale Einheitskrankenkasse für die obligatorische Krankenversicherung?

«**Gesundheit ist ein Grundrecht, das nicht der Marktlogik unterworfen werden darf**»

Text der Initiative

Am 9. Dezember 2004 wurde die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» mit 111 414 Unterschriften eingereicht.

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.

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

Art. 197 Ziff. 2 (neu)

2. Übergangsbestimmung zu Artikel 117 Absatz 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.»

Die soziale Einheitskrankenkasse bietet

- > ein Werkzeug, um die Bedürfnisse der Bevölkerung im Gesundheitsbereich zu erfassen.
- > die notwendige Grundlage für die Kostenanalyse und -kontrolle sowie die Kostenverteilung.
- > den Kantonen die Basis für eine bessere Planung des Gesundheitswesens, insbesondere des Spitalbereichs.
- > eine Möglichkeit, Reserven und Rückstellungen auf ein striktes Minimum zu begrenzen und so mindestens 1–2 Milliarden Franken einzusparen.

Die soziale Einheitskrankenkasse

- > baut weder Qualität noch Quantität der Pflege ab.
- > ist kein Wundermittel zur überwältigenden Kostenreduktion im Gesundheitswesen.

Die soziale Einheitskrankenkasse erlaubt

- > den Solidaritätsgedanken zu verstärken, welcher der allgemeinen Krankenversicherung zu grunde liegt.
- > alle Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht zu nehmen, indem diese in eine tripartite Verwaltung eingebunden werden.
- > den Versicherten, endlich ihre Interessen und ihre Entscheidungen bezüglich der Krankenkassenverwaltung geltend zu machen.
- > mittels Einführung einkommens- und vermögensabhängiger Beiträge eine echte Solidarität zwischen allen Versicherten. Diese Änderung bringt grössere soziale Gerechtigkeit und wird für eine breite Mehrheit der Versicherten eine Prämienreduktion zur Folge haben.
- > transparente und klare Steuerung der Finanzströme, wodurch die Verhandlungen über gesundheitliche Leistungen erleichtert werden.
- > eine vereinfachte Qualitätskontrolle, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- > garantierte, dezentral organisierte und qualitativ gute Leistungen für die ganze Bevölkerung.
- > effiziente Massnahmen für die Prävention und die Gesundheitsförderung.
- > die Vereinheitlichung und Vereinfachung der Verwaltung, welche eine Senkung der Verwaltungskosten bringen wird, insbesondere die Einsparung jener etwa 300 Millionen Franken pro Jahr, welche heute die Kassenwechsel kosten.
- > die Beibehaltung der Zusatzversicherungen, da die Initiative nur die Grundversicherung betrifft. Diese Klärung der Verhältnisse verhindert die heutigen Druckversuche der Versicherer, die ihre Interessen in beiden Bereichen vermischen.

Die soziale Einheitskrankenkasse macht Schluss mit

- > der Verpflichtung des Bundes, statt einer einzigen rund 90 Krankenkassen zu überwachen.
- > dem teuren und komplizierten System des Ausgleichs zwischen den Kassen.
- > der heutigen «Jagd auf gute Risiken» und der Pseudokonkurrenz zwischen Krankenkassen.
- > allen unnötige Werbekosten.
- > erheblichen Justizkosten, die durch das oft willkürlich angewandte Recht der Krankenkassen im Bereich der Rückerstattungen entstehen.
- > Kaderlöhnen und Entschädigungen für Verwaltungsratsmitglieder sowie den Repräsentationskosten und Ausgaben für die Luxusbauten der grossen Kassen. ●

Kapitel 1: Zur heutigen Situation

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Bei seiner Ausarbeitung Anfang der neunziger Jahre löste das heutige Krankenversicherungsgesetz (KVG) grosse Hoffnungen aus. Dank dem Obligatorium der Grundversicherung wurden störende Ungerechtigkeiten aufgehoben.

Das Grundversicherungsobligatorium, gleiche Pflegequalität für alle und der Umfang der in der Grundversicherung kassenpflichtigen Leistungen werden durch die Initiative nicht tangiert und bleiben bestehen.

Santésuisse (der Dachverband der Krankenversicherer) verfolgt aber mit Vehemenz die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Sollte das Bundesparlament die Aufhebung des Kontrahierungszwangs beschliessen, werden die Krankenkassen jene Leistungserbringer auswählen können, die sie zu bezahlen bereit sind. Dies ist ein unannehmbarer Eingriff in das Recht, Arzt oder Ärztin oder die Behandlungsmethode selbst zu wählen. Die heute schon zu mächtigen Krankenkassen würden noch mehr Einfluss und Eingriffsmöglichkeiten erhalten.

Konkurrenz als Mythos

Das Schweizer Gesundheitssystem beruht auf dem Konzept der «eingebetteten Konkurrenz» («managed competition»). Es gibt also im Gesundheitswesen keinen freien Markt, selbst wenn dies Krankenkassen und Behörden behaupten. Neun Jahre nach Einführung des KVG steht fest, dass dieses Modell der «eingebetteten Konkurrenz» nicht funktioniert. Das Ziel der Kostensenkung wurde verfehlt.

« Für die Mehrheit der Bevölkerung bedeuten die heutigen Krankenkassenprämien eine Riesenbelastung. »

Die heutigen Kopfprämien in der Grundversicherung sind unsozial. Ob jemand ein kleines oder ein hohes Einkommen hat, die Krankenkassenprämien sind für alle gleich hoch.

Die wichtigsten Gründe für das Versagen dieses Systems sind:

1. Der Risikoausgleich zwischen den Kassen ist unzureichend. Er berücksichtigt nur das Alter und das Geschlecht der Versicherten, nicht aber deren Gesundheitszustand.
2. Die Konkurrenz zwischen den Kassen beschränkt sich auf die Jagd nach den sog. «guten Risiken». Die Wahl der Krankenkasse ist aber nur eine Scheinwahl. Die Leistungen sind nämlich bei jeder Kasse genau die gleichen. Nur die Prämien und der Kundenservice sind verschieden. Unzufriedene Versicherte haben keine echte nachhaltige Alternative, auch wenn sie sich für einen Kassenwechsel entscheiden.

In Wirklichkeit dient die obligatorische Grundversicherung den Kassen nur als Mittel, um neue Kundschaft für die lukrativen Zusatzversicherungen zu werben. Dieser ungesunden Konkurrenz wird mit der Einheitskrankenkasse der Riegel geschoben. Die Konkurrenz im Bereich der Zusatzversicherungen bleibt bestehen, da die Einheitskasse nicht in diesen Bereich eingreift.

Gesundheitskosten und Prämien

Die Schweiz hat heute ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem mit guten Leistungen. Das hat seinen Preis.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) kostete das Gesundheitswesen 2003 rund 50 Milliarden Franken, von denen die Haushalte 33 Milliarden (also 2/3) aufbringen mussten. Ende 2004 versicherten 92 Krankenkassen insgesamt 7,4 Millionen Personen in der Grundversicherung.

Sie kassierten Prämien von insgesamt 18 Milliarden Franken. Davon wurden 4.5 Milliarden Franken, also ein Viertel der Prämien, für Rückstellungen und weitere 3 Milliarden Franken, also 16,7% der Prämien, als Reserven verbucht.

Falsche Lösungen

Die Krankenkassen bieten verschiedene Versicherungsmodelle an: Die Bonusversicherung und die Wahlfranchise gehören zu den unsozialen Modellen. «Managed care»-Modelle wie Hausarztmodell, Gesundheitsnetz, HMO können nützliche Einrichtungen sein, wenn sie korrekt angewandt werden.

Leider muss man heute feststellen, dass von den Kassen die beiden letztgenannten Modelle dazu benützt werden, die Leistungen für die Versicherten tendenziell abzubauen, indem die Kassen auf die in diesen Netzen organisierte Ärzte vermehrt Druck ausüben.

Die von den Behörden vorgesehenen Kassenwechsel lösen hohe Verwaltungskosten aus. Diese betragen schätzungsweise 1000 Franken pro Wechsel. In diesem Betrag sind der Abschluss des Dossiers bei der früheren Kasse, die Eröffnung des neuen Dossiers sowie 200 Franken Werbekosten enthalten. Seit 1996 wird die Zahl der Personen, welche die Krankenkasse gewechselt haben, auf etwa 3 % der Versicherten, also 220'000 Wechsel pro Jahr geschätzt.

Zwischen 1996 und 2006 fanden so mindestens 2 Millionen Kassenwechsel statt, was rund 2 Milliarden Franken Verfahrenskosten bedeutet, welche notabene mit Krankenkassenprämien bezahlt wurden.

In diesen Zahlen nicht enthalten ist die Bildung neuer Reserven, welche auf die Prämien der Folgejahre geschlagen werden. Der Gewinn, den die Versicherten aus einem Kassenwechsel ziehen, wird dadurch aufgehoben, dass die neue Kasse im gleichen Umfang neue Reserven bilden muss. Die von den Befürwortenden dieses Systems beschworenen Vorteile der «Konkurrenz» sind also ein Trugbild.

Konzentrationsprozess der Krankenkassen

Seit 1945 erleben wir bei den Krankenkassen einen Konzentrationsprozess. Ihr Bestand ist von 1'151 Kassen (1945) auf 815 (1970) resp. 220 (1990) zusammengeschrunft. Am 1. Januar 2006 gab es noch 87 Kassen. Durch diese Konzentration wächst die Macht der großen Kassen - zum Nachteil der Versicherten. Die 10 grössten Kassen verwalten heute bereits 70 % der Versicherten.

Der Bericht Oggier über die Einheitskasse^[1] zitiert eine Analyse der Gesundheitssysteme Grossbritanniens, der USA, Österreichs und der Schweiz:

«Durch den Markt regulierte Systeme zeigen folgende vier Charakteristika:

1. Sie sind schwerfälliger, kostspieliger und ihre Expansionsdynamik ist schwieriger zu kontrollieren als bei Systemen, bei denen der Staat eine wichtige Rolle spielt.
2. Sie beanspruchen häufiger Fachärzte, was wahrscheinlich dazu führt, dass sie sich eher an den Interessen der Leistungserbringer als an jenen der Leistungsempfängerinnen orientieren.
3. Das Angebot an Ärzten und Betten ist weniger gleichmässig verteilt als im öffentlichen Sektor.
4. Schlussendlich sind sie (mit gewissen Vorbehalten) weniger effizient im Bezug auf die Senkung der Sterblichkeit.»

« Die soziale Einheitskasse eröffnet neue Perspektiven »

[1] Oggier, W., 2001: Avantages d'une caisse-maladie unique, S. 25.
Schlussbericht zu Handen des Bundesamts für Sozialversicherungen, Zürich, 8.12.2001.

Kapitel 2: Endlich mehr Transparenz

Die Vorteile einer sozialen Einheitskrankenkasse

Die seit Jahrzehnten vorgeschlagenen Massnahmen, um die Kosten des Gesundheitswesens und somit die Prämienkosten zu senken oder einzudämmen, sind bis heute erfolglos geblieben. Auch die vorliegende Initiative wird alleine kurzfristig nicht dazu führen, dass die Gesundheitskosten sinken. Die Hauptgründe für die hohen Kosten sind die alternde Bevölkerung der Industrieländer, die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der medizinische Überkonsum. Die Initiative birgt aber ein beträchtliches Sparpotenzial. Sie verbessert die Steuerungsmöglichkeiten, indem sie ein transparentes Verwaltungssystem einführt.

« Solidarität ist leistungsfähiger als Konkurrenzdenken. »

Das Gesundheitssystem retten

Mit der Einführung der sozialen Einheitskrankenkasse bleiben alle Entscheidkompetenzen im Gesundheitsbereich wie heute bei jenen politischen Behörden, die dazu demokratisch legitimiert sind.

Die politischen Behörden sind insbesondere zuständig für:

- > Entscheidungen über die Gesundheitspolitik
- > Festlegung der Prämienstruktur und des Anteils der öffentlichen Finanzierung insbesondere der Spitäler. Die Tarife für die Leistungen werden zwischen der Einheitskasse und den Leistungserbringern verhandelt. Die Verhandlungen betreffen dabei nur den Preis.
- > Festlegung der Spitalplanung.

Als langfristiges Ziel sollen auch Strategien angestrebt werden, um vorbeugend gegen die Auslöser von Krankheiten vorzugehen, die aufgrund der Arbeits- und der Umweltbedingungen entstehen. Die Kompetenzaufteilung zwischen Behörden und Einheitskasse wird bei der Ausarbeitung des Gesetzes geschehen. Es ist der Gesetzgeber, der sie zu definieren hat. Aber man kann heute schon festhalten, dass die Verhandlungen – vor allem im Spitalbereich – Sache der Kantone sein sollten.

Leistungen zu Gunsten der Versicherten

Die heutigen Versicherer betrachten Gesundheit als Konsumgut wie jedes andere, das möglichst rationell zu verwalten ist, um eine möglichst hohe Rendite zu erzielen. Die soziale Einheitskrankenkasse hingegen wird im Bereich der Leistungen und Rückerstattungen nicht restriktiv handeln. Die rückzahlbaren medizinischen Handlungen werden im Leistungskatalog definiert, dessen Aktualisierung Sache der politischen Instanzen ist. Der Inhalt dieses Katalogs (mindestens jener der Version 2003) soll nicht angetastet werden, da er die Qualität der Pflege in der Schweiz garantiert. Die soziale Einheitskrankenkasse erhält keine medizinische Legitimation, um die Menge der fakturierten Leistungen zu kontrollieren. Diese Verantwortung bleibt in der Kompetenz der bestehenden politischen Organe.

Die soziale Einheitskrankenkasse soll unter anderem den Auftrag erhalten, Entwicklung und Mechanismen des Gesundheitskonsums statistisch zu erfassen. Sie wird über die nötigen Mittel verfügen, um die Rechtmässigkeit der von den Leistungserbringern erstellten Rechnungen zu kontrollieren.

Das Finanzierungssystem

Es sind drei Systeme zur Finanzierung der sozialen Einheitskrankenkasse vorstellbar:

- > Einen Lohnabzug, wie er heute bei der AHV existiert. Dabei müsste eine Prämienplafonierung eingeführt werden, um überproportional hohe Prämien zu vermeiden.
- > Eine Familienprämie, die proportional zum steuerbaren Einkommen und Vermögen des Haushalts definiert und deshalb sozial gerechter wäre.
- > Eine teilweise direkte Finanzierung durch die öffentliche Hand, insbesondere zur Erhaltung des öffentlichen Gesundheitswesens.

Es wird am Gesetzgeber sein, ein solidarisches Finanzierungsmodell zu entwickeln, das der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten Rechnung trägt. Diese Finanzierung wird viel einfacher sein als das heutige komplizierte und verworrene System mit 26 verschiedenen Regelungen, welche die Prämienvergünstigung an die Versicherten definieren und subventionieren.

Prämien pro Kanton

Die Prämien werden kantonal festgelegt.

Direkt «an der Quelle» erhobene Beiträge können auf jeden Fall jene Verwaltungskosten erheblich reduzieren, die heute durch die Eintreibung unbezahlter Prämien entstehen.

Angesichts ihrer unsozialen Wirkung ist von einer Finanzierung über indirekte Steuern abzusehen; das gilt insbesondere für die Mehrwertsteuer.

Finanzielle Beteiligung des Staates

Der Anteil des Staates an den Gesundheitskosten nimmt seit Anfang der 70er Jahre ständig ab. Er sank von 39,5% im Jahr 1971 auf 28% im Jahr 2003. Mit der Einführung der Einheitskasse wäre es erwünscht, dass der Staat (Bund, Kantone, Gemeinden) einen substanziellen Beitrag zur Finanzierung der Grundversicherung leistet.

Die tripartite Mitbestimmung und die politische Entscheidungsmacht

Die tripartite Mitbestimmung bindet alle von der Krankenversicherung betroffenen Akteure in die Verantwortung ein. Dieses Modell entspricht der schweizerischen Gepflogenheit der Konsensfindung. Die Verantwortlichkeiten sind dabei allerdings genau festzulegen.

Die tripartite Mitbestimmung in der Leitung der Einheitskrankenkasse garantiert grösstmögliche Transparenz bei der Verwaltung und der Kostenaufteilung zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Transparenz und die genaue Kenntnis der Verhältnisse wird es erlauben, das Gesundheitssystem effizienter zu steuern.

Einheitskrankenkasse = Staatskasse?

Die Einheitskasse wird nicht zur Staatskasse, da es die Akteure des Gesundheitswesens selbst sind, welche in einer Art Sozialpartnerschaft für die Verwaltung der Kasse und die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit zuständig sind. Im System der Einheitskasse können die Versicherten ihre Vertreter und Vertreterinnen in der Kasse beauftragen, nötige Anpassungen vorzunehmen und so die Gesundheitspolitik zu beeinflussen.

Eine vereinfachte Verwaltung

Heute müssen die Versicherten die Rechnungen für medizinische Leistung an regionale oder gar nationale Zentralen schicken. Die Einheitskrankenkasse wird dezentral organisiert, um den Versicherten vor Ort eine qualitativ gute Bedienung und Beratung zu bieten.

Niedrigere Verwaltungskosten

Dank der Einheitskassen können folgende Kosten gesenkt oder ganz eingespart werden:

- > die Kosten des Kassenwechsels und somit des Dossiertransfers von einer Kasse zur anderen (mehrere Hundert Millionen Franken pro Jahr).
- > die Bildung von Reserven für neue Mitglieder, da durch die höhere Versichertenanzahl der Kasse der notwendige Gesamtbetrag für Reserven gesenkt wird.
- > den komplizierten Risikoausgleich zwischen Krankenkassen, die «gute Risiken» decken und solchen, die «schlechte Risiken» versichern.
- > die Werbekosten. ●

Kapitel 3: Wie wird die soziale Einheitskrankenkasse konkret eingeführt?

Die Organisation der sozialen Einheitskrankenkasse und der Transfer der bestehenden Kassen

Die wichtigste Eigenschaft der Einheitskasse ist ein gemeinsamer, nationaler Fonds für die Prämien und die Risikofinanzierung, wie wir ihn von der AHV und der Arbeitslosenversicherung her kennen.

Der Übertrag der Prämien erfolgt zu einem bestimmten Zieldatum und sollte keine Probleme mit sich bringen

Für die Verwaltung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und deren Prämien sind verschiedene Lösungen denkbar:

- > Bestehende oder neu gegründete Krankenkassen können die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernehmen und sich ausschliesslich dieser Aufgabe widmen (ohne weitere gewinnorientierte Aktivitäten).
- > Einrichtung kantonaler Agenturen der sozialen Einheitskrankenkasse.
- > AHV-IV-Ausgleichskassen könnten direkt mit der Verwaltung der Krankenversicherung beauftragt werden.

Reserven und Rückstellungen der Krankenkassen

Der Initiativtext sagt, dass die soziale Einheitskrankenkasse die Aktiven und Passiven der bestehenden Krankenkassen übernimmt. Der Übertrag der für die privaten Versicherer nicht notwendigen, respektive innert einer bestimmten Frist nicht verwendeten Reserven und Rückstellungen ist obligatorisch, da diese Gelder den Versicherten gehören.

Gegenwärtig dienen die Reserven vor allem dazu, die Versicherer gegen schlechte Geschäftsführung abzusichern. Durch die Zusammenführung der Reserven wird sich entweder eine (einmalige) Prämiensenkung oder zumindest eine Stabilisierung ergeben, da dieser Parameter im Gegensatz zur heutigen unbefriedigenden Situation nicht mehr direkt Teil der zukünftigen Prämienberechnung sein wird.

Wichtig ist, dass die versteckten Reserven (Schwankungsreserven) und die geäufteten Rückstellungen ebenfalls transferiert werden.

Schwieriger zu realisierende Vermögensüberträge (z.B. von Immobilien) müssen vom Gesetzgeber so festgelegt werden, dass die Rechte der Versicherten gewahrt bleiben.

Übernahme des Personals

Falls es einen Personalabbau geben sollte, wird sich dieser Prozess über mehrere Jahre erstrecken. Überzähliges Personal kann für die Kontrolle der Rechnungen und in der Prävention eingesetzt werden. ●

Kapitel 4: Fragen und Antworten

Wie kann eine Demotivierung der Leistungserbringer gegenüber der Einheitskasse verhindert werden?

- Die Motivation der Leistungserbringer wird stark von der Art des übernommenen Modells der «managed care» abhängen. Die Leistungserbringer besetzen ein Drittel der Leitungs- und Aufsichtsgremien der Einheitskasse, so dass ihre Motivation im Gegensatz zur heutigen Situation – wo sie nicht viel mitbestimmen können – zunehmen wird.

Wird eine Einheitskasse nicht das Verantwortungsgefühl der Versicherten schwächen?

- Die Mitverantwortung der Versicherten wird gestärkt. Sie werden nicht wie heute die machtlosen Beitragszahlenden sein, sondern echte Partner mit einem Vertretungsrecht von einem Drittel in den Führungs- und Aufsichtsinstanzen der Einheitskasse. Alle Studien zeigen: wer mitbestimmen kann, fühlt sich auch verantwortlicher. Diese Mitverantwortung der Versicherten wird eine bessere Kontrolle des Konsums von Gesundheitsleistungen erlauben.

Wie kann man die Patienten- und Versichertenvereinigungen stärken?

- Die Finanzierung der Patientenvereinigungen sollte keine Probleme bereiten. Ein jährlicher Beitrag von 1 Rappen pro versicherter Person würde beispielsweise 70'000 Franken bereitstellen (ein Beitrag von 10 Rp. also 700'000 Fr.), was bei weitem reichen dürfte, um die Vertretung der Versichertenorganisationen in der Einheitskasse zu entschädigen

Führt die Einheitskasse zu einer Verminderung der Leistungen?

- Es gibt keinen objektiven Grund, dies anzunehmen. Die InitiantInnen haben immer klar festgehalten, dass der am 1. Januar 2003 gültige Leistungskatalog eventuell ausgebaut, aber keinesfalls abgebaut werden darf. Verbessert werden könnten beispielsweise die Regelung von komplementärmedizinischen/alternativen Methoden, Unterstützung von Maßnahmen in den Bereichen der Hygiene, der Erziehung, der Ernährung und der Vorsorge.

Soll man die Wahlfranchisen aufheben?

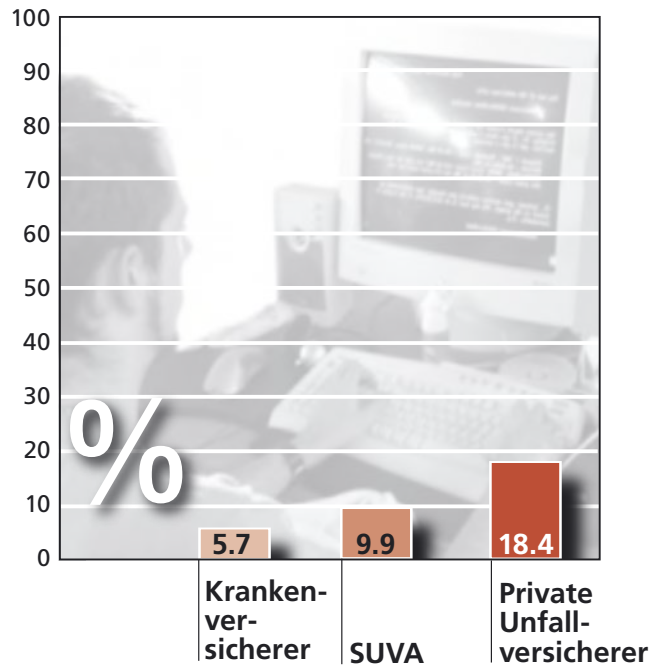
- Durch die Finanzierung aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten wird das System der Wahlfranchisen unbrauchbar und überflüssig.

Die Verwaltungskosten der SUVA sind höher als jene der Krankenversicherer, obwohl diese mehr Fälle betreuen. Wird die Einheitskasse die gleichen Nachteile haben?

> Nein, diese Behauptung ist irreführend, da Krankheits- und Unfall-dossiers nicht miteinander vergleichbar sind. Die Unfallversicherer müssen komplexe Berechnungen von Rentenansprüchen anstellen, vor allem bei Rekursen. Um eine korrekte Vergleichsbasis zu erreichen, muss der Verwaltungsaufwand der SUVA mit jenem privater Unfallversicherer verglichen werden. Ergebnis: Der Verwaltungsaufwand der SUVA beträgt 9,9 % der Prämieinnahmen und derjenige der privaten Unfallversicherer 18,4 %.

Der Unterschied zwischen SUVA und Privatversicherungen zeigt das deutliche Einsparpotenzial einer Einheitskrankenkasse.

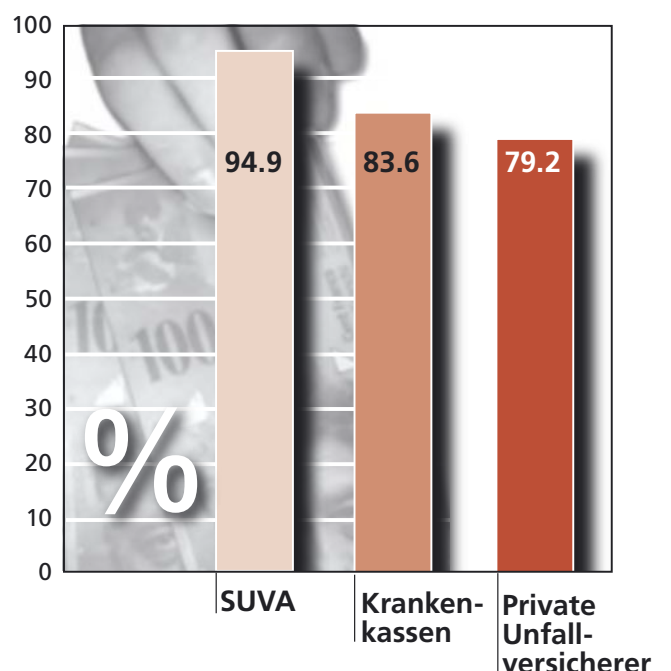
Verwaltungskosten in Prozent (Jahr 2003)



« Die SUVA ist effizienter als die privaten Unfallversicherer »

> Laut einer Studie von Professor Franz Jäger, Spezialist für wirtschaftlichen Liberalismus an der Universität St.Gallen, schüttet die SUVA einen höheren Anteil an Geldern zu Gunsten der Versicherten aus : Im Vergleich zu den einkassierten Prämien sind es bei der SUVA 94,9%, bei den Krankenkassen 83,6% und den privaten Unfallversicherern nur 79,2%.

An Versicherte ausbezahlte Leistungen in Prozent (Beiträge der Versicherten=100%) in den Jahren 1984–2001



Würde die Einführung dieser Einheitskasse nicht einen enormen Aufwand und sehr hohe Kosten verursachen?

Würde sie die Leistungen für Versicherte nicht negativ beeinflussen?

- Bei der Einführung der eidgenössischen Arbeitslosenversicherung wurde eine ähnliche Situation gemeistert, ohne dass die Kasse in Konkurs gegangen oder die Auszahlungen ausgeblieben wären.
Ein Teil der Kosten für die Einführung der Einheitskasse könnte aus den Überschüssen der Reserven der heutigen privaten Krankenkassen finanziert werden.

Wird die Einheitskasse Stellenabbau und Verlust an Fachwissen verursachen?

- Möglicherweise werden einige Direktoren- und Kaderstellen bei den Krankenkassen überflüssig. Ansonsten kann das Personal, das heute grösstenteils direkt für die Versicherten arbeitet, in die neue Einheitskasse integriert werden, da diese dezentral und kundennah organisiert werden soll. Die Einheitskrankenkasse kann und soll zudem neue Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Evaluation der Pflegeleistungen und ihrer Kosten erbringen. Weniger Verwaltungsaufwand wird so durch wichtige und interessante Aufgaben kompensiert. Das Wissen des Personals und seine Erfahrung gehen in keiner Weise verloren. ●