

PRESSEKONFERENZ

28. Oktober 1994

Rudolf Brühlhart, Schweizerische Grütli (Referat wird separat abgegeben)

Rudolf Gilli, Mitglied Konzernleitung, Swisscare

Robert Fuchs, Direktor, Caisse Vaudoise

Ueli Müller, Konkordatspräsident

Walter Seiler, Direktor, Bundesamt für Sozialversicherung

SWISSCARE

Prämien mit und ohne neues KVG

Rudolf Gilli, Mitglied Konzernleitung Swisscare

Wer glaubt, mit der Ablehnung des neuen KVG einen Kostenschub in der Krankenversicherung zu verhindern, befindet sich auf dem Holzweg. Er lehnt damit nicht nur eine Reihe griffiger Instrumente zur Kostendämpfung ab, sondern unterstützt zudem ein System, das uns in der Vergangenheit zweistellige Wachstumsraten bei den Prämien beschert hat.

Wir von der Swisscare haben eine Schätzung der Kostenentwicklung mit und ohne neues KVG vorgenommen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Kassen nach Auslaufen des Notrechts weder im ambulanten noch im stationären Sektor eine Handhabe gegen erneute Kostenschübe von bis zu 10 Prozent haben. Und diese Kostenschübe werden aus folgenden Gründen eintreten:

Erstens steigt die Aerztezahl weiterhin Jahr für Jahr um rund 3 Prozent. Zweitens wächst der übrige ambulante Sektor (ambulante Chirurgie, Physiotherapie, Laboruntersuchungen, Spítex usw.) sehr rasch. Drittens schätzen Wirtschaftsprognostiker, dass die Teuerung in den nächsten Jahren wiederum auf 3 bis 4 Prozent ansteigt, und viertens wird sich im Spitalsektor der Kostenstau, der durch das Notrecht entstanden ist, auflösen.

Auf die Prämien durchschlagen wird zudem die Tatsache, dass die Kassen die durch das Notrecht reduzierte Grundversicherung erneut ausweiten können. Schliesslich besteht die Gefahr, dass der Bund seine bis Ende 96 auf 1,3 Mrd. Franken erhöhten Subventionen an die Kassen wieder um 300 Millionen Franken abbauen wird.

Das neue Gesetz hingegen stellt ein Instrumentarium zur Verfügung, das viel kostenwirksamer ist, als bisher angenommen. Sogar Versicherte ohne Anrecht auf Prämienverbilligung fahren damit besser als mit dem alten Gesetz. Sie müssen zwar mit dem Inkrafttreten des neuen KVG einen Prämienanstieg von 8 Prozent in Kauf nehmen, weil die Bundesbeiträge an die Kassen wegfallen, und der massvoll erweiterte Leistungskatalog wird nach und nach (nicht sofort und auf einmal) auf die Prämien durchschlagen. Ein Grossteil der Versicherten wird dafür bei den Zusatzversicherungen entlastet, aus denen bisher viele der neuen Leistungen finanziert wurden. Vor allem aber werden die Versicherten von folgenden Instrumenten zur Kostendämpfung profitieren:

- Der fixe Leistungskatalog führt weg vom kostentreibenden Leistungswettbewerb zum kostendämpfenden Prämienwettbewerb.
- Die Vorschriften zur transparenten Rechnungsstellung (Art. 42) und zur Wirtschaftlichkeit der Behandlung (Art. 56) sowie die grössere Kompetenz des Vertrauensarztes (Art. 57) verbessern die Möglichkeiten der Kostenkontrolle wesentlich.
- Neue Tarifierungssysteme (Zeittarife, Fallkostenpauschale) schaffen Anreize zur Wirtschaftlichkeit
- Die Kosten für Ueberkapazitäten im Spital können nicht mehr auf die Versicherer überwältigt werden (Art. 39.1 und 49.7).
- Alternative Versicherungsmodelle sind definitiv zugelassen (Art. 62) und Sonderverträge mit günstigen Leistungserbringern werden möglich (Art. 46). Das senkt die Prämien für Versicherte, die auf die volle Arztwahlfreiheit verzichten und übt ganz allgemein Druck auf die Tarife aus.
- Die Kostenbeteiligung im Spital hilft den Spitalaufenthalt zu reduzieren und fördert die kostengünstigere ambulante Behandlung.

Es ist schwierig, die Einsparpotentiale, die sich aufgrund dieser Instrumente ergeben, genau zu beziffern. Dazu kommt, dass sie nicht sofort, sondern nach und nach wirken. Wenn die Sparmöglichkeiten aber nur einigermaßen ausgeschöpft werden, so können die Kosten des erweiterten Leistungskatalogs, die auch nicht sofort anfallen, mehr als aufgefangen werden. Die Kostenentwicklung kann somit trotz der neuen Leistungen auf die Teuerung reduziert werden. Dass die Kostenbremsen wirken, zeigen im übrigen die NEIN-Parolen von betroffenen Leistungserbringern (kantonale Aerztegesellschaften, Privatspitäler, Physiotherapeuten etc.)

Weil das bisherige Gesetz ab 1997 wieder jährliche Kostenschübe von 1 - 2 Milliarden Franken zulässt, ist für Swisscare klar, dass das neue Gesetz auch Versicherten aus dem Mittelstand Vorteile bringt.

COMMENT VOYONS-NOUS L'AUGMENTATION DES PRIMES AVEC LA NOUVELLE LOI PAR RAPPORT A L'ACTUELLE ?

Robert Fuchs, Direktor, La Caisse Vaudoise

SITUATION ACTUELLE

Avant de répondre à la question posée, il est nécessaire d'expliquer la situation actuelle dans les cantons romands et au Tessin. A la lumière du premier graphique, nous constatons que la cotisation des 7 cantons concernés se situe malheureusement dans le peloton de tête, puisqu'elle s'échelonne entre la première et la huitième place.

Quelles sont les causes de ce mauvais classement ?

Il a été observé, sur le plan européen, que les populations de langue latine "consomment" plus de prestations pour leur santé que les populations germanophones. A notre connaissance, une telle étude n'existe pas en Suisse, mais elle peut tout de même s'appliquer à notre pays.

Par ailleurs, comme le démontre le graphique, ces mêmes cantons ont également un nombre d'habitants par médecin inférieur à la moyenne, ce qui provoque inéluctablement une augmentation des coûts.

Enfin, les forfaits que nous avons acceptés de prendre en charge pour les hébergements dans les établissements médico-sociaux sont, en Suisse romande, certainement supérieurs aux prestations accordées dans les cantons suisses-allemands.

Le troisième tableau indique le coût par assuré et par canton, lequel englobe la totalité des frais de l'assurance de base des soins médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. Hormis le canton du Valais, tous les cantons dépassent la moyenne suisse.

La majorité de nos cantons connaissent à ce jour la participation financière des caisses-maladie pour les soins à domicile. Nous citerons l'exemple du canton de Vaud, où, depuis trois ans, les caisses contribuent à raison de Fr. 10'200'000.-- à de tels frais.

Pour être complets, ajoutons que la cotisation unique est déjà appliquée, de par les lois cantonales, dans les cantons de Genève à partir de 26 ans et dans les cantons de Vaud et du Tessin à partir de 21 ans.

EFFET DE LA NOUVELLE LOI

Nouveau catalogue des prestations

En considérant les prestations actuellement servies, nous pouvons calculer le coût supplémentaire, pour nos cantons, résultant du nouveau catalogue des prestations. Celui-ci devrait représenter une moyenne de Fr. 7.- par assuré et par mois, ce qui correspond au 50 % du montant calculé par l'OFAS.

Suppression des subsides fédéraux

La suppression des subsides fédéraux représente en moyenne Fr. 16.- par assuré et par mois, soit le 7 à 10 % des cotisations actuelles.

Egalité des cotisations entre assurés individuels et collectifs

L'égalisation de la cotisation des assurés collectifs et individuels va provoquer une augmentation de la cotisation des assurés collectifs en faveur des assurés individuels qui verront leur cotisation diminuer de 5 % en moyenne. Les assurés individuels représentent aujourd'hui le 80 % de la population.

NOUVELLE COTISATION AVEC L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA LOI

Aucun assureur ne peut prétendre aujourd'hui posséder les éléments nécessaires à la fixation des cotisations au 1er janvier 1996.

Les ordonnances du Conseil fédéral fourniront des compléments d'information dans certains domaines particuliers. C'est ainsi que nous aurons connaissance des dispositions qui seront arrêtées en matière de participation et de franchise. Nous nous sommes toutefois hasardés à établir un premier calcul qui laisse apparaître une augmentation moyenne des cotisations en Suisse romande de 10 %. Cette analyse ne tient pas compte des éléments qui auront un effet modérateur. Nous voulons parler de la concurrence entre assureurs et de la compétition entre fournisseurs de soins. Nous sommes, en effet, persuadés qu'à moyen terme, ces éléments nouveaux permettront de maintenir l'évolution des primes au niveau de l'augmentation moyenne des salaires en Suisse.

ATTRIBUTION DES SUBSIDES, POSITION DES CANTONS ROMANDS

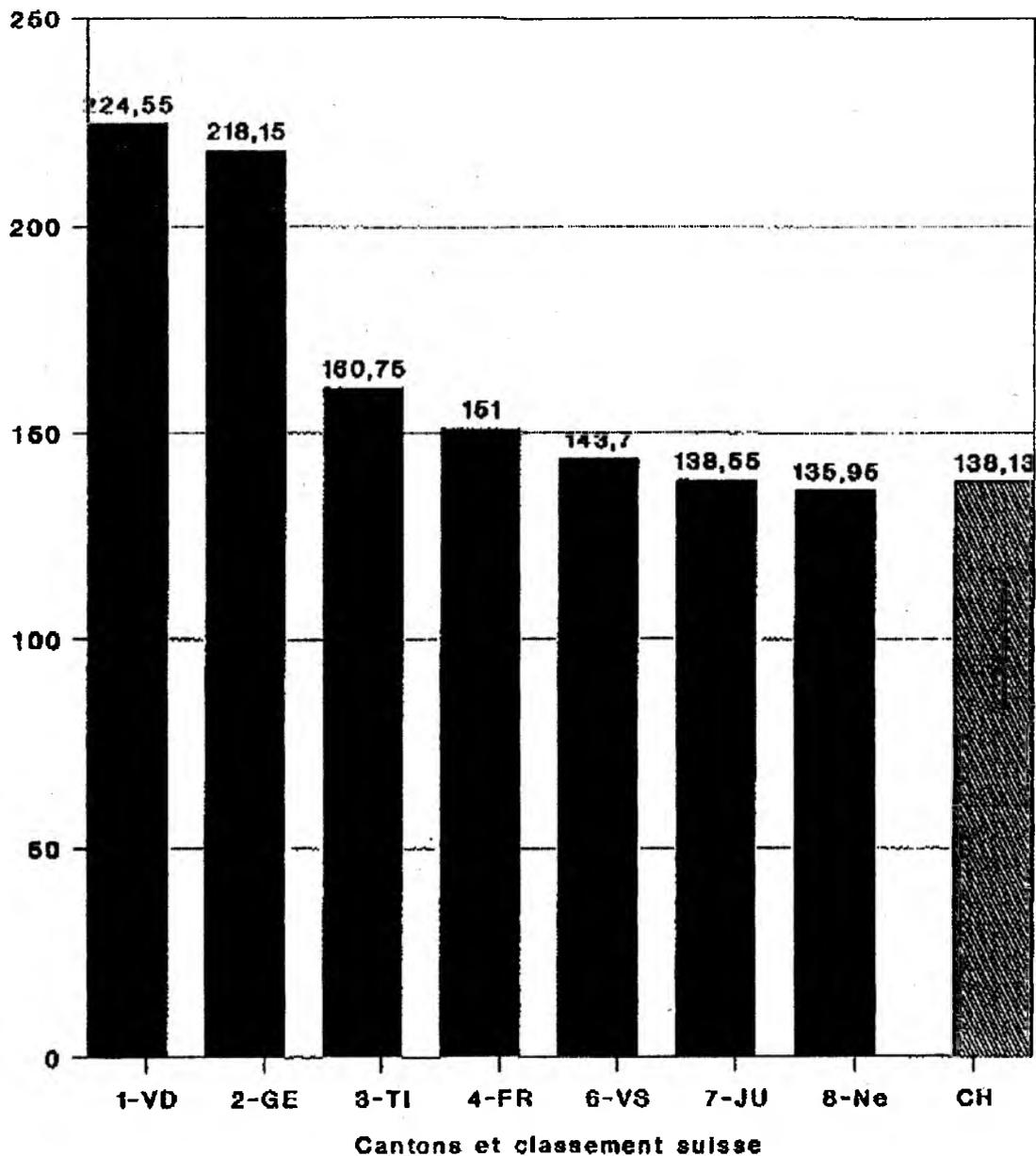
Il a été dit que la nouvelle loi augmenterait le fossé entre les cantons romands et les cantons suisses-alsémaniques; c'est faux. En effet, les dispositions relatives à l'attribution des subventions de la Confédération aux cantons ne tiennent pas seulement compte de leur capacité financière, mais également du niveau des primes. Selon les calculs effectués par l'OFAS, les cantons latins recevront, par tête d'habitants, un montant plus élevé que les cantons suisses-alsémaniques.

CONCLUSION

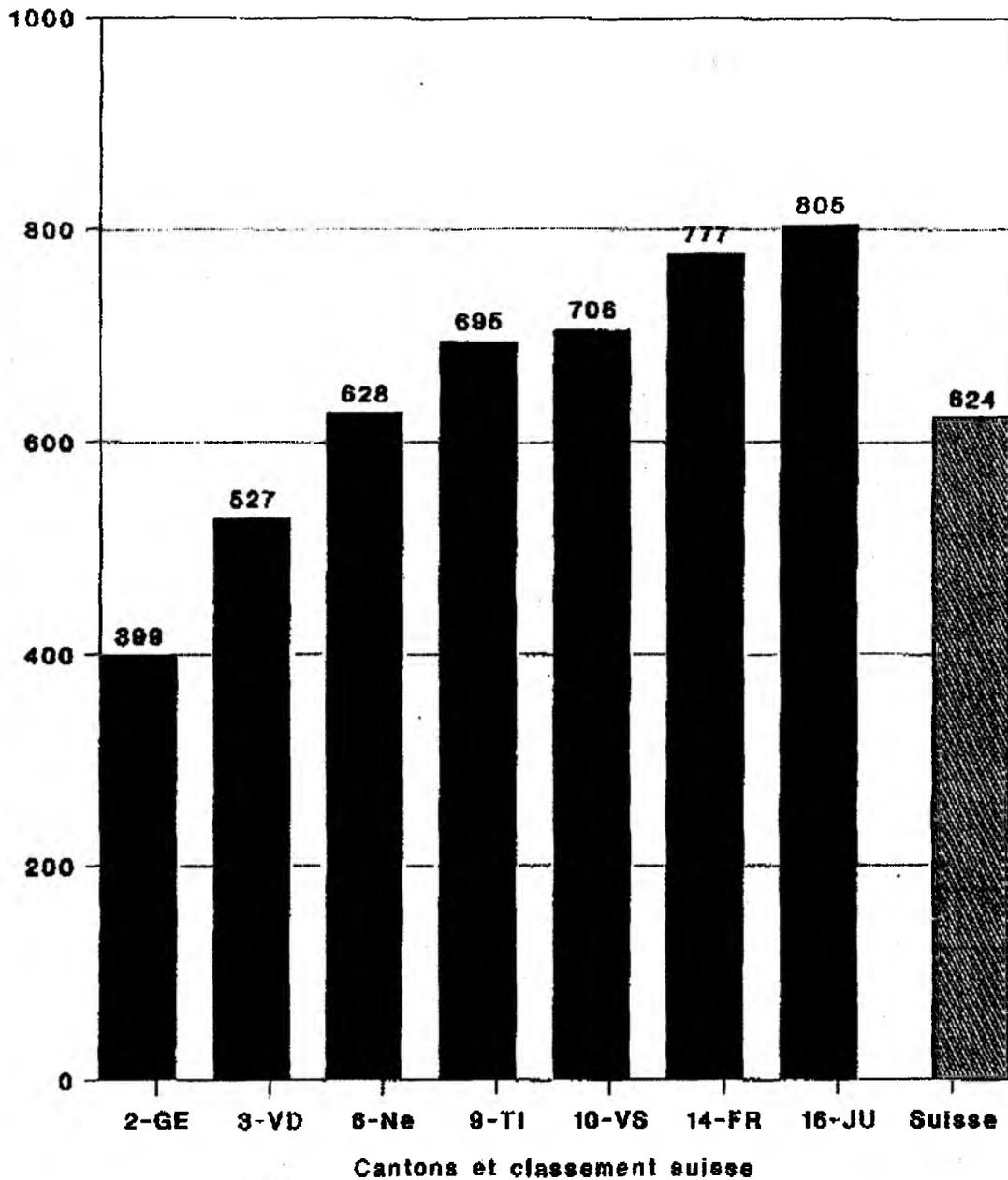
Nous concluons en disant que les assurés collectifs, de même que ceux entrés jeunes dans une caisse et domiciliés dans les cantons qui ne connaissent pas encore la cotisation unique, subiront une augmentation de cotisation plus importante. C'est le prix à payer pour rétablir la solidarité à l'intérieur des caisses et l'améliorer entre jeunes et personnes âgées. Quant à la libéralisation introduite par la nouvelle loi, elle aura des effets certains sur la maîtrise des coûts.

*** * * * ***

Cotisation maximum 1995 des 7 cantons romands et tessinois

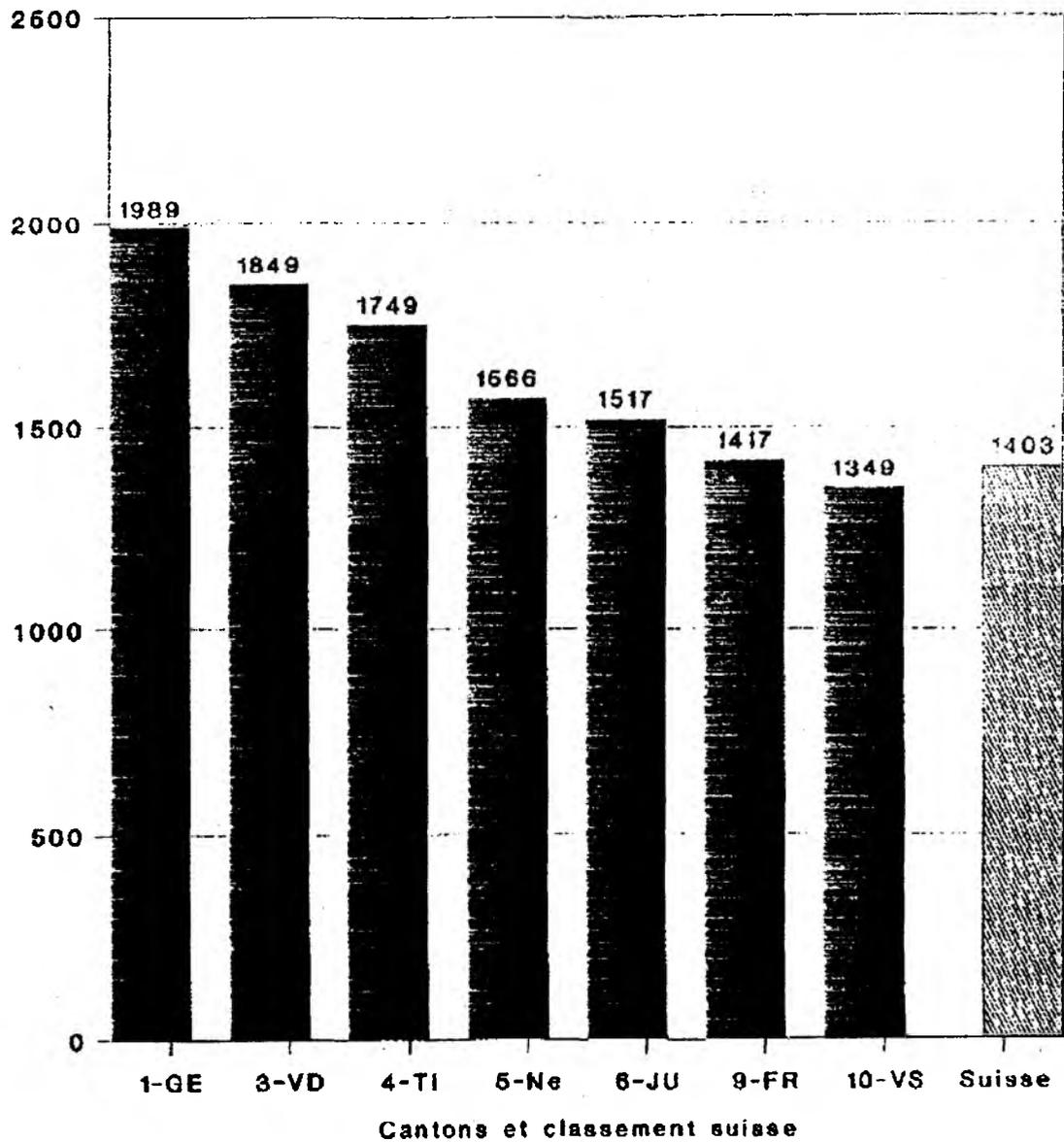


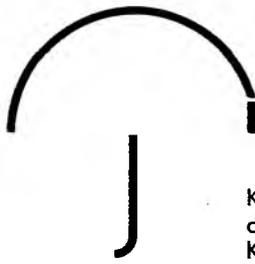
Population résidante moyenne de la Suisse et densité médicale, en 1992



25.10.1994/HDG

Coût par assuré et par canton en 1992 (Assurance de base des soins médico-pharmaceutiques)





KSK/CCMS

Konkordat
der Schweizerischen
Krankenkassen

Concordat
des caisses-maladie
suisses

Concordato
delle casse malati
svizzere

Mehr Leistungen ohne Mehrprämien

Ueli Müller, Konkordatspräsident, Solothurn

Nach dem Auslaufen der dringlichen Bundesbeschlüsse ohne neues Krankenversicherungsgesetz (KVG) deuten alle Zeichen darauf hin, dass wieder mit Prämienstößen gerechnet werden muss, wie wir sie vor nicht allzu langer Zeit beobachten konnten. Nur das neue KVG ist in der Lage, den Rückfall in alte Zeiten abzuwenden.

Die Gegner behaupten, das neue Gesetz führe wegen überzogenem Leistungsausbau zur Kosten- und Prämienexplosion. Was ist davon zu halten?

Mit dem neuen KVG werden die heute kostendämpfenden Einflussfaktoren der dringlichen Bundesbeschlüsse in eine langfristig wirkende Gesetzesordnung überführt. Weitere Kostendämpfungsmassnahmen werden erst mit dem KVG möglich.

Die Grundversicherung deckt mit seinem umfassenden Leistungskatalog in Zukunft den medizinischen Grundbedarf lückenlos ab; dies in freiheitlicher Art und Weise und für sämtliche Bevölkerungsschichten zu tragbaren Versicherungsprämien. Der Leistungsausbau ist massvoll und vertretbar.

Die sachlich notwendige Leistungsausweitung, die - im Gegensatz zu heute - in Zukunft eine Zweiklassenmedizin verhindert, wird grösstenteils bereits in der geltenden Ordnung versichert und gedeckt - jedoch nicht aus der Grundversicherung, sondern durch den Zusatzbereich. Der neue Leistungskatalog entspricht den Anforderungen einer modernen sozialen Krankenversicherung und macht den Zugang für die gesamte Bevölkerung möglich.

Eine Umfrage bei den Krankenkassen hat ergeben, dass 80 - 95 Prozent aller Versicherten derzeit über Zusatzversicherungen von sogenannten Nicht-Pflichtleistungen verfügen (für Spitex, alternative Medizin, Leistungen bei Heimaufenthalt, Rehabilitation und präventivmedizinische Massnahmen, aber auch für Transportkosten und Unfallfolgen, wenn keine andere Versicherung dafür aufkommt). Mit einer zurückhaltenden Einbindung der medizinisch gesicherten Leistungen in die Grundversicherung entstehen für die überwiegende Mehrheit der Versicherten keine Mehrkosten und somit auch keine Mehrprämien, weil es sich nur um eine Verlagerung von Kosten und Prämien handelt. Was damit verbessert wird, ist die gesetzliche Sicherheit durch den umfassenden Schutz. Es entsteht Transparenz, und niemand sitzt im Ernstfall zwischen Stuhl und Bank. Auch der Mittelstand zahlt nicht nur; er profitiert auch beispielsweise von Leistungen im Pflegebereich, die zunehmend von Bedeutung werden.

Die anderen Verbesserungen des heutigen unbefriedigenden Zustandes (zeitlich unbegrenzte Leistungen bei stationären Aufenthalten, Möglichkeit des Kassenwechsels ohne Schaden für alle und in jedem Alter) runden die zeitgemässe Vorlage ab und führen eher zur Kostenentlastung als zu Mehrausgaben, da Unwirtschaftlichkeit und Unvermögen eines Krankenversicherers unweigerlich zum Verlust der Versicherten führt.

Die Zusatzversicherungen werden in Zukunft nicht mehr Lücken schliessen müssen, sondern nur noch den Luxusbedarf abdecken. Luxusgüter sind immer etwas teurer als andere. Man kann jedoch darauf verzichten, ohne dass die Behandlungssicherheit und -qualität im Ernstfall darunter leiden.

Zusammen mit den im neuen Gesetz vorgesehenen Wettbewerbsmöglichkeiten beim Angebot von Versicherungsplänen nach Mass und der Nachfrage und dem Einkauf von medizinischen und paramedizinischen Leistungen durch die Versicherungsträger führen die Mehrleistungen nicht zu Mehrkosten und Mehrprämie, sondern zu Mehreffizienz im Gesundheitswesen, was dem Ziel aller Bemühungen entspricht.

Nur ein JA zum KVG am 4. Dezember 1994 führt zu mehr Sicherheit, Gerechtigkeit und zu Solidarität, den Attributen einer zeitgemässen sozialen Krankenversicherung.

Zusatzversicherungen in % zur Krankenpflege- Grundversicherung

(Helvetia, Konkordia, KFW)

	<u>1993</u>	<u>1994</u>
Krankenpflege- zusatz, ambulante Leistungen	98,2	97,7
Spitalzusatz		
- allgemein	45,3	46,6
- halbprivat	21,5	20,8
- privat	10,0	9,8

NEUES KVG KEINE FINANZIELLE MEHRBELASTUNG (STEUERN) VON BUND UND KANTONEN

Walter Seiler

- **Die Kantone organisieren die individuelle Prämienverbilligung in Eigenregie - der Bund zahlt zwei Drittel der Kosten!**
- **Die für die Durchführung der individuellen Prämienverbilligungen zusätzlichen Bundesmittel sind bereits durch die zweckgebundenen Erträge der Mehrwertsteuer finanziert!**
- **Das System der Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen erfordert keine Steuererhöhungen, da die Kantone bei den Ergänzungsleistungen (mindestens 85 Mio. Fr.), der Sozialhilfe (nicht bezifferbar), den Pflegeheimen (zusätzliche Aufwendungen der Kassen von ca. 685 Mio. Fr.), der Spitex (zusätzliche Aufwendungen der Kassen ca. 120 Mio. Fr.) und der Spitalfinanzierung (312 Mio. Fr.) entlastet werden!**
- **Der zusätzliche Verwaltungsaufwand der Kantone ist äusserst bescheiden und beläuft sich nach deren eigenen Angaben auf 40 Mio. Fr. für die ganze Schweiz!**
- **Das neue Gesetz *entlastet* die bisher im Gesundheitswesen aktiven Kantone und *belastet* die bis anhin inaktiven Kantone allenfalls geringfügig!**

**Sind Steuererhöhungen wirklich nötig?
Das Beispiel des Kantons Tessin**

Der Kanton Tessin erhält vom Bund für individuelle Prämienverbilligungen 1996	85 Mio. Fr.
Der Kanton Tessin trägt zu den individuellen Prämienverbilligungen bei 1996	20 Mio. Fr.
Der Kanton Tessin leistete im Jahre 1993 für Prämienverbilligungen bereits	-53 Mio. Fr.
Er wird bei den Ergänzungsleistungen entlastet	- 6 Mio. Fr.
Er wird bei der Sozialhilfe entlastet	nicht bezifferbar
Er wird bei den Pflegeheimen und der Spitex entlastet	nicht bezifferbar
Er wird bei der Spitalfinanzierung entlastet	- 11 Mio. Fr.
Bilanz: Der Kanton Tessin wird durch das neue Gesetz entlastet	-50 Mio. Fr.

NEUES KVG TRAGBARE PRÄMIEN AUCH FÜR DEN MITTELSTAND!

Walter Seiler

- **Alle Versicherten profitieren von den Vorzügen des neuen Gesetzes: Mehr Leistungen, mehr Solidarität für tragbare Prämien. Der Mittelstand ist hier nicht ausgenommen!**
- **Die Giesskannensubventionen fallen für alle Versicherten weg. Sie werden durch bedarfsgerechte - nach Einkommen und Familienstand abgestufte - individuelle Prämienverbilligungen ersetzt!**
- **Gerade junge Mittelstandsfamilien werden von den gezielten Prämienverbilligungen im neuen Gesetz profitieren! Haushalte mit einem steuerbaren Einkommen zwischen 40'000 und 50'000 Franken (entspricht einem Reineinkommen von 48'000 bis 79'000 Franken) und Kindern werden in der Regel Prämienverbilligungen erhalten.**

Was heisst Mittelstand?

- Der BIGA-Durchschnittslohn beläuft sich 1993 auf 4'898 Franken pro Monat oder 58'776 Franken pro Jahr. Dies entspricht etwa einem steuerbaren Einkommen von um die 40'000 Franken.
- 50 Prozent der Steuerpflichtigen haben ein steuerbares Einkommen von 40'000 Franken und weniger. Bruttoeinkommen von über 80-90'000 Franken pro Jahr gehören nicht zum Mittelstand und sollten nicht mehr von Subventionen profitieren können.

Wer zahlt mehr, wer zahlt weniger?

- Das Schliessen von Leistungslücken, die Einheitsprämie und das Abschaffen der Glaskannensubventionen im neuen Gesetz führen dazu, dass, sobald der neue faire Wettbewerb zum Tragen kommt (markante Einsparungen),
- 2/3 Drittel der Versicherten günstigere Prämien und
- 1/3 höhere Prämien bei gleichzeitig besserem Versicherungsschutz haben.

NEUES KVG DIE SOLIDARITÄT DER JUNGEN WIRD NICHT ÜBERSTRAPAZIERT!

Walter Seiler

- **Die Einheitsprämie garantiert den Jungen eine tragbare Prämie auch im Alter! (Solidarität mit sich selber!)**
- **Das "Altersrisiko" und damit auch ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht für alle Versicherten!**
- **Risikogerechte Prämien sind nicht für alle tragbar. Die Allgemeinheit müsste die Kosten übernehmen durch erhöhte Subventionen an einzelne Versicherte, durch die Sozialhilfe oder durch höhere Ergänzungsleistungen!**
- **Junge haben in der Regel geringere Einkommen und profitieren somit eher von individuellen Prämienverbilligungen. Dies trifft besonders für junge Familien zu!**
- **Im neuen Gesetz wird es eine verantwortbare Solidarität zwischen wirtschaftlich Schwachen und Bessergestellten geben, zwischen den Jungen und den Älteren, zwischen Mann und Frau. Wegfallen wird aber die ungerechtfertigte Bevorzugung von Mitgliedern von Billigkassen, von Kollektivversicherten und von Versicherten in tiefen Eintrittsaltergruppen.**
- **Das Risiko, in jungen Jahren viel Prämien zu zahlen und im Alter zum Kassenfusionsopfer zu werden, fällt mit dem neuen Gesetz weg!**

Kosten nach Alter

Alter	Frauen	Männer
0-15	536.-	
16-20	738.-	495.-
21-25	1'034.-	575.-
26-30	1'451.-	618.-
31-35	1'464.-	691.-
36-40	1'334.-	764.-
41-45	1'373.-	914.-
46-59	1'776.-	1'347.-
60-69	2'398.-	
70 und älter	3'997.-	

Quelle: Konkordat der Schweiz. Krankenkassen, SKZ; Statistik 1993 der Risikoausgleichsstelle

Solidarität Mann Frau

Alter	Kostenverhältnis Mann/Frau
16-20	1 : 1.49
21-25	1 : 1.80
26-30	1 : 2.35
31-35	1 : 2.12
36-40	1 : 1.75
41-45	1 : 1.50
46-59	1 : 1.32

Die Kosten der über 70jährigen betragen fast 4'000 Franken. Ein Rentnerehepaar über 70 hätte im System der Risikoprämie somit inkl. der durch die Kassen zu bildenden Reserven eine Jahresprämie von über 8'000 Franken zu bezahlen, bzw. fast 700 Franken pro Monat. Die Prämienbelastung würde somit 48 Prozent der ab 1.1.95 gültigen AHV-Minimalrente für Ehepaare oder 24 Prozent der ab 1.1.95 gültigen AHV-Maximalrente für Ehepaare.

Solidarität Junge/Ältere

Risikogerechte Prämien würden somit bedeuten, dass junge Männer (26-30 Jahre) eine 6fach geringere Prämie als über 70jährige zu bezahlen hätten!

Solidarität Mann/Frau

Risikogerechte Prämien würden somit bedeuten, dass Frauen ein mindestens 50 % höhere Prämie als die Männer zu bezahlen hätten!

Solidarität Besserverdienende/wirtschaftliche Schwächere
Risikogerechte Prämien würden über öffentlichen Hand teurer zu stehen kommen als die im neuen Gesetz vorgesehene Lösung! Das System der Kopfprämien ist nur aufrechtzuerhalten, wenn es eine Solidarität unter den Prämienzahlenden gibt und gezielte individuelle Prämienverbilligungen ausgerichtet werden.

Nur eine Krankenversicherung welche die Solidaritäten stärkt darf als sozial bezeichnet werden!