



Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz

Bern, 5. September 1994

EDI-Arbeitsgruppe Neues Krankenversicherungsgesetz (ANK)

Inhaltsübersicht

- A Die 5 wichtigsten Neuerungen des Krankenversicherungsgesetzes
- B Kurzargumentarium
- C Detailargumentarium: 45 Fragen - 45 Antworten zum neuen Krankenversicherungsgesetz
- D Ergänzungsbericht: Individuelle Prämienverbilligungen mit Anhängen

Anhänge:

- Anhang 1: Die "Leidensgeschichte" der KVG-Revision
- Anhang 2: Musterreferat
- Anhang 3: Kurzreferat

Referate:

- Bundesrätin Ruth Dreifuss, Vorsteherin des Eidgenössischen Departementes des Innern
- Walter Seiler, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung
- Markus Moser, Vizedirektor, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung
- Claude Voegeli, Chef der Abteilung Krankenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung

Auskünfte: Markus Moser, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung (d), Tel. 031 322 90 04

Claude Voegeli, Chef der Abteilung Krankenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherung (f),
Tel. 031 322 91 44

Alfred Flessenkämper, Chef der Sektion Gesundheitsökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung (d/f), Tel. 031 322 90 25

Claudine Marcuard, wissenschaftliche Adjunktin,
Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung,
Bundesamt für Sozialversicherung (f/i),
Tel. 031 322 90 17

Weitere Exemplare der Dokumentation können bezogen werden bei:
Monika Bill, Bundesamt für Sozialversicherung,
Effingerstrasse 33, 3003 Bern, Tel. 031 322 91 87
(vormittags)

A Die fünf wichtigsten Verbesserungen im neuen Krankenversicherungsgesetz

1. Freie Kassenwahl

Die Versicherten können ihre Versicherung jederzeit - auch im hohen Alter - und ohne Nachteile wechseln. Voraussetzung dafür ist das neue Krankenversicherungs-Obligatorium; dieses stellt auch die für eine soziale Krankenversicherung unabdingbare Solidarität zwischen Jungen und Alten, Gesunden und Kranken wieder her.

2. Komplette Grundversicherung

Das neue Gesetz bringt die Trennung zwischen obligatorischer Grundversicherung mit einem umfassenden Versicherungsschutz und freiwilliger Zusatzversicherung. Es schliesst Lücken in der Grundversicherung, die bisher über private Zusatzversicherungen gedeckt werden mussten:

- Die Kosten für die Spitex - die Hauskrankenpflege - werden von der Krankenkasse umfassender vergütet;
- Die Leistungspflicht der Krankenversicherung bei einem Spitalaufenthalt ist zeitlich nicht mehr begrenzt;
- Die Krankenversicherung beinhaltet die Finanzierung von gezielten Präventionsmassnahmen;
- Die Krankenversicherung übernimmt Leistungen der Alternativmedizin, wenn deren Wirksamkeit nachgewiesen ist;
- Nicht Berufstätige - zum Beispiel Rentnerinnen und Rentner, Hausfrauen und Kinder - sind neu ebenfalls unfallversichert.

3. Kostendämpfung durch mehr Wettbewerb

Das neue KVG bringt erstmals einen echten Wettbewerb unter den Krankenversicherungen und unter den Leistungsanbietern (Ärzteschaft und Spitäler). Die Konkurrenzsituation dämpft die Kostensteigerung wirksam, indem z.B. die Krankenkassen einen Anreiz zum Abschluss günstiger Tarifverträge erhalten.

4. Gezielte Prämienverbilligungen

Bis anhin profitierten die meisten Versicherten - ungeachtet ihres Einkommens - von den staatlichen Subventionsgeldern. Mit dem neuen Gesetz werden gezielt die Krankenkassenprämien für Personen und Familien mit bescheidenem Einkommen verbilligt. Die Beiträge der öffentlichen Hand werden somit sinnvoll für die wirklich Bedürftigen verwendet.

5. Gleichstellung der Frauen

Das neue KVG setzt die Gleichstellung der Frauen in der Krankenversicherung durch. Die Frauen werden definitiv nicht mehr höhere Prämien für die Grundversicherung bezahlen müssen als die Männer.

B Kurzargumentarium: Wozu ein neues Krankenversicherungsgesetz?

Das alte Krankenversicherungsgesetz KUVG stammt aus dem Jahr 1911. Es vermag die aktuellen Probleme der Krankenversicherung nicht mehr zu lösen:

- Die überdurchschnittliche Kostensteigerung belastet die privaten und öffentlichen Haushalte. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger, besonders Familien mit Kindern und sozial Schwächere, können sich die Prämien für ihre Krankheitsvorsorge kaum mehr leisten.
- Die hohen Kostensteigerungen und die fehlende Freizügigkeit führen zu einer Entsolidarisierung in der Krankenversicherung.
- Die heutige Grundversicherung weist Lücken auf, die sich zum Beispiel für Betagte und Chronischkranke verheerend auswirken können.

Aufgrund der ausserordentlichen Lage haben Bundesrat und Parlament 1991 das Notrecht eingeführt. Dieses ist jedoch befristet und vermag – im Gegensatz zum neuen Krankenversicherungsgesetz – die Ursachen der gegenwärtigen Probleme nicht zu bekämpfen.

Die 3 Hauptstossrichtungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes KVG:

- Es schliesst die Lücken in der Grundversicherung und garantiert eine hochstehende, aber für alle tragbare medizinische Versorgung.
- Es dämpft die Kostensteigerung mit mehr Wettbewerb.
- Es schliesst die Lücken in der Solidarität mit gezielten Prämienverbilligungen und einer gleichmässigeren Verteilung der Prämienbelastung.

Vorzüge des neuen Krankenversicherungsgesetzes

Marktkonform und sozial

Das neue KVG bringt mehr Wettbewerb und eine Verstärkung der Solidarität. Nach dem Grundsatz: Soviel Wettbewerb wie möglich, soviel Solidarität wie nötig.

Freiheitlich und liberal

Die Versicherten erhalten die freie Wahl der Kasse und der Versicherungsform; die freie Arzt- und Spitalwahl bleibt garantiert. Die Autonomie der Krankenkassen bleibt unangetastet – aber sie werden einer verstärkten Marktkonkurrenz ausgesetzt.

Qualitätsmedizin für alle

Die Grundversicherung ist neu umfassend. Das Obligatorium, zusammen mit dem freien Kassenwechsel, garantiert allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu einer hochstehenden medizinischen Versorgung zu tragbaren Preisen.

Ein ausgewogenes Preis-/Leistungs-Verhältnis

Der neue, faire Wettbewerb unter den Leistungsanbietern – Ärzteschaft und Spitäler – dämpft die Kostensteigerung und fördert ein günstiges Preis-/Leistungs-Verhältnis.

Mehr Eigenverantwortung für die Versicherten

Die Versicherten können die Kosten für die Krankheitsvorsorge und die Krankenpflege durch verantwortungsbewusstes Handeln und durch die freie Wahl der Versicherungsform wesentlich selbst bestimmen.

Die Solidarität wird wiederhergestellt

Die Einheitsprämie pro Kasse beendet die aktuelle Benachteiligung der Älteren und Betagten und fördert die Solidarität zwischen Jung und Alt. Die gezielte Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwächere sichert die Solidarität zwischen Arm und Reich.

Das Föderalismusprinzip als Handlungsrahmen

Die Selbstbestimmung der Kantone im Gesundheitswesen bleibt erhalten. Sie gestalten die individuellen Prämienverbilligungen völlig frei nach ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen.

© Detailargumentarium: 45 Fragen - 45 Antworten zum
neuen Krankenversicherungsgesetz

1. Grundsätzliches	S. 9
2. Kostendämpfung	S. 23
3. Prämien/Prämienverbilligungen	S. 42
4. Leistungen	S. 61
5. Versicherer	S. 76
6. Kantone	S. 84

Verzeichnisse:

Alphabetisches Stichwortverzeichnis	S. 91
Verzeichnis nach Zielgruppen	S. 94
Gesetzesregister	S. 95

1. Grundsätzliches

1.1. Brauchen wir überhaupt ein neues Krankenversicherungsgesetz (KVG)?

Zielgruppen: alle

Mit einem fast 100jährigen Gesetz können die aktuellen Probleme der Krankenversicherung – Kostenexplosion und Entsolidarisierung – nicht gelöst werden.

- Mit dem alten Gesetz wissen wir aus Erfahrung, was uns ohne neues Gesetz auch in Zukunft erwarten wird: jährliche Kostensteigerungen, die weit über der Entwicklung der Preise und Löhne liegen!

Lohnentwicklung 1966-1992	+5,8% / Jahr
Preisentwicklung 1966-1992	+4,1% / Jahr
Entwicklung der Krankenpflegekosten	
- Grundversicherung inkl. Zusatzversicherung 1966-1992	+9,8% /Jahr
- Nur Grundversicherung 1985-1992 ¹	+7,0% /Jahr

¹ Erst ab 1985 separat verfügbar.

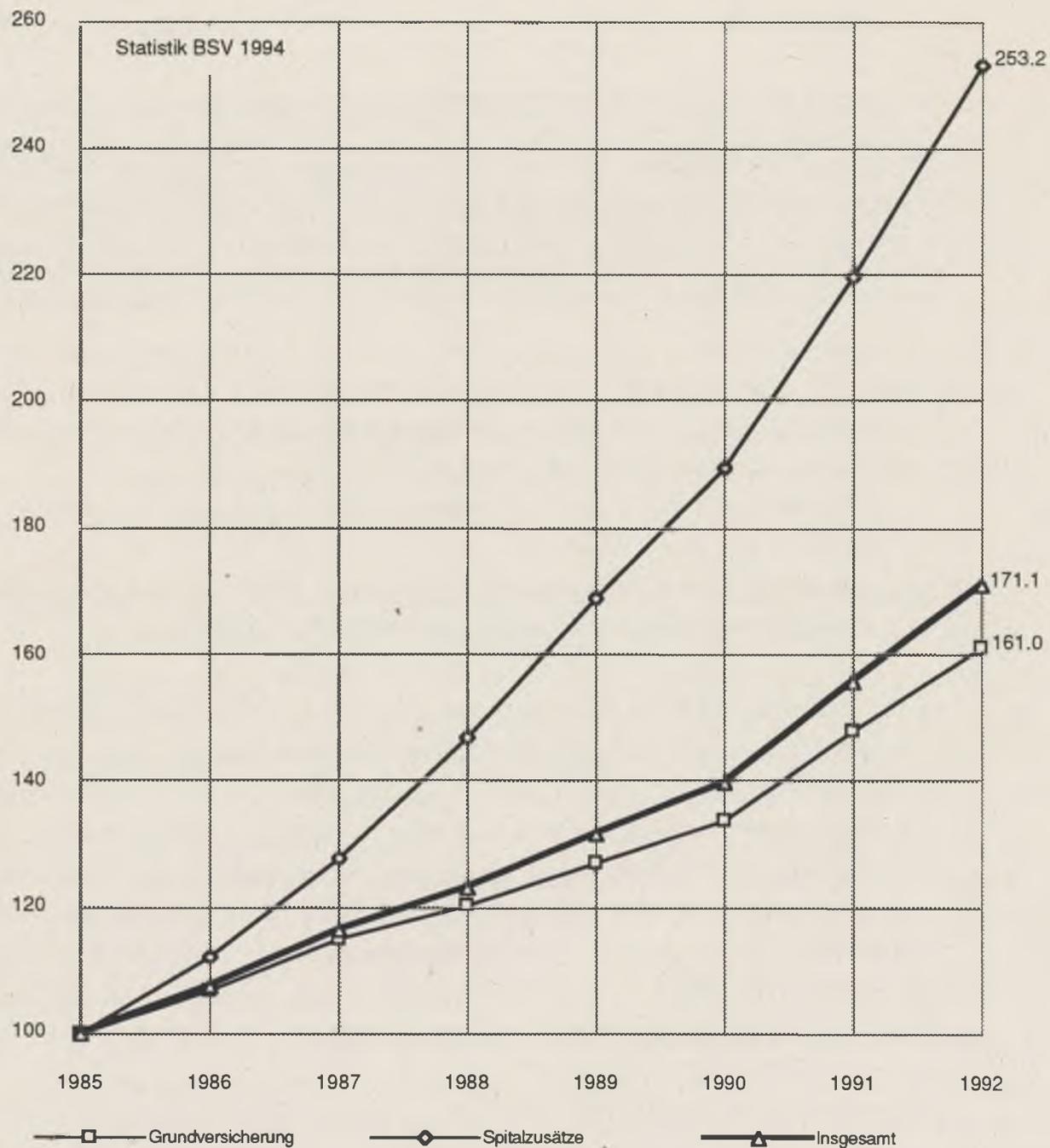
(vgl. Grafik am Textende)

- Mit dem alten Gesetz aus dem Jahre 1911 bleibt nichts anderes übrig, als die Kosten durch Notrecht und durch staatliche Eingriffe einzudämmen. Wenn das neue Gesetz nicht kommt, werden wir auf diesem Weg weitergehen müssen.
- Mit dem neuen Gesetz kann das heutige Notrecht aufgehoben werden. Die volle Freizügigkeit wird die Kassen zwingen, selber stärker auf die Kosten zu achten, weil sie nur auf diese Weise günstiger sein können als die Konkurrenz.

- Die sogenannten Billigkassen profitieren vom alten Gesetz, da heute nicht alle, sondern nur junge und gesunde Versicherte die Kasse ohne Nachteile wechseln können. Diese Kassen können alte Versicherte beim Wechsel in eine höhere Prämiengruppe einteilen und für bestehende Krankheiten Versicherungsvorbehalte anbringen.
- Die volle Freizügigkeit ist einer der grossen Vorteile des neuen Gesetzes: heute können die Billigkassen die jungen Versicherten weglocken (Jagd auf gute Risiken) und die alten und kranken Versicherten den immer teureren Familienkassen überlassen.
- Weil im alten Gesetz die volle Freizügigkeit fehlt (nicht alle Versicherten können die Kasse wechseln), ist der Wettbewerb zwischen den Kassen unfair. Weil der Wettbewerb unfair ist, führt die heutige Konkurrenz zwischen den Kassen nicht zu günstigeren Kosten. Es ist für die Kassen heute einfacher, durch Abwerben von jungen Versicherten zu günstigeren Prämien zu gelangen (unfairer Wettbewerb) als durch unternehmerisches, kostenbewusstes Handeln (fairer Wettbewerb).
- Wer behauptet, mit dem alten Gesetz könne man die Kosten in den Griff bekommen, liegt völlig falsch und will auf diesem Weg die liberale und föderalistische Ordnung unseres Gesundheitswesens zerstören.

**Indizes (1985=100) der Krankenpflegekosten der Krankenkassen je Versicherten seit 1985
Grundversicherung und Spitalzusatzversicherungen**

Index



Quelle: Einnahmen, Ausgaben und Krankenpflegekosten 1966-1992, BSV, 1994, S. 20

1.2. Das Gesetz stammt noch aus der Hochkonjunktur. Ist es den heutigen Rahmenbedingungen noch angepasst?

Zielgruppen: alle

Das neue Gesetz ist weder ein Schön- noch ein Schlechtwettergesetz, sondern eine ausgewogene Vorlage, die für alle Versicherten erstmals bedarfsgerechte Lösungen bringt.

- Das neue Gesetz ist kein "Hochkonjunktur-", sondern – wenn schon – ein "Rezessionsgesetz": erstmals wurde dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit je nach Einkommenssituation zum Durchbruch verholfen, indem
 - Prämienvergünstigungen nicht mehr mit der Giesskanne, sondern nach Bedarf ausgerichtet werden;
 - die Kostenbeteiligung bei den Hotelkosten im Spital auf die soziale Situation der Patientinnen und Patienten Rücksicht nimmt.
- Wer im Zusammenhang mit dem neuen Gesetz von Leistungsausbau spricht, verkennt die Situation: es geht lediglich um eine sinnvolle Neu- und Umverteilung der Kosten. Denn die Kosten der nicht durch die Grundversicherung übernommenen Leistungen müssen ja schon heute übernommen werden, sei es durch Zusatzversicherungen, die Patientinnen und Patienten oder durch die (kantonale oder kommunale) Sozialhilfe. Dank der guten und neu eben lückenlosen Grundversorgung werden Kranke und Alte nicht gezwungen, das Ersparte zu verzehren oder Sozialhilfeleistungen zu beanspruchen (auch bei längerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nicht).
- Das neue Gesetz errichtet eine Wettbewerbsordnung für die soziale Krankenversicherung und schafft die notwendigen Spielregeln zur Wiederbelebung der preisregulierenden Marktkräfte und vermehrter Innovation.

1.3. Das neue Gesetz ist ein Kompromiss. Heisst das, dass man schon bald wieder etwas Neues in Angriff nehmen muss?

Zielgruppen: alle

Die 25jährige Leidensgeschichte der Krankenversicherungsrevision beweist, dass ohne Kompromisse keine Fortschritte möglich sind.

- Zumindest in der Sozialversicherung sind Gesetze immer Kompromisse, denn es geht um einen **Interessenausgleich**, in der Krankenversicherung um einen Interessenausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Alten und Jungen, zwischen wirtschaftlich Bessergestellten und wirtschaftlich Schwächeren, zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern etc..
- Die Frage ist, ob man Lösungen gefunden hat, die auf einem soliden Fundament ruhen. Das alte Gesetz lässt sich nur durch Notrecht noch einigermaßen aufrechterhalten. Man kann natürlich an einem alten und baufälligen Haus immer wieder die allernötigsten Reparaturen vornehmen. Das ist im Augenblick günstiger als eine Totalsanierung. Auf Dauer betrachtet ist aber eine Totalsanierung günstiger. Genau diesen Weg gehen wir mit dem KVG. Auch bei einem total sanierten Haus sind später wieder Unterhaltsarbeiten nötig. Das ist völlig normal. Das KVG wird aber sicher für die nächsten Jahrzehnte wieder ein tragbares Fundament für die Krankenversicherung bilden.
- Ohne Kompromisse lässt sich kein neues Gesetz realisieren und damit die dringendsten Probleme lösen. Die Geschichte der gescheiterten Reformbemühungen zeigt dies deutlich (vgl. Anhang 1). Angesichts von Kostenentwicklung und Entsolidarisierung ist das neue Gesetz die einzige sofort umsetzbare Alternative zur Fortführung des Notrechts. Mit ihm können die heutigen Missstände wirksam behoben werden.

1.4. Gibt es Alternativen zum neuen KVG? Pendent ist ja immer noch die Volksinitiative der SPS "für eine gesunde Krankenversicherung".

Zielgruppen: alle

Zur vorliegenden KVG-Revision gibt es auf Gesetzesstufe keine gleichwertige Alternative.

- Die **einzige konkrete Alternative** zum neuen Krankenversicherungsgesetz stellt heute die Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" dar. Diese Initiative verlangt die Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung und eine obligatorische Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. **Bei Annahme der Initiative müsste allerdings erst noch ein entsprechendes Gesetz erarbeitet werden.**
- Die Finanzierung würde insbesondere durch zusätzliche Lohnprozente erfolgen. Bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern würde, wie etwa in der AHV, die Hälfte der Beiträge von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern übernommen. Mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen bis zum 20. Altersjahr würde die ganze Bevölkerung der Beitragspflicht unterstehen, auch jene Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, wie die Rentnerinnen und Rentner und die verheirateten Frauen ohne Erwerbstätigkeit.
- Die Initiative hat gewisse Vorteile. Sie erlaubt eine Verstärkung der Solidarität innerhalb der Krankenversicherung. Sie hat aber auch Nachteile. Das vorgesehene Finanzierungssystem (automatische Zunahme der Beitragseinnahmen bei steigender Lohnsumme) trägt der notwendigen Kostendämpfung nicht genügend Rechnung. Mit einem solchen System hätten insbesondere die Krankenkassen einen geringeren Anreiz, Kosten einzusparen. Zudem be-

stünde kein Anreiz mehr, alternative Versicherungsmodelle (wie Gesundheitskassen, Hausarztssystem u.a.m.) zu erproben. Die Initiative würde das gegenwärtige Krankenversicherungssystem grundsätzlich in Frage stellen. Die Stellung der Krankenkassen und Kantone würde geschwächt.

- Für das Jahr 1996 werden die Kosten der Krankenpflegeversicherung nach dem neuen Gesetz auf 18 Mia. Franken geschätzt. Die Kostenbeteiligung **des Bundes** würde sich bei einer Krankenversicherung nach der SP-Initiative auf einen Viertel der Aufwendungen, d.h. auf etwa 4,5 Mia. Franken, belaufen. Die Versicherten (Arbeitgeber eingeschlossen) würden durch Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen 13,5 Mia. Franken beitragen. Der Beitragssatz für Erwerbstätige dürfte sich etwa in der Grössenordnung von 3,6-4,0 Prozent des massgebenden Einkommens im Sinne der AHV bewegen.
- Die Schliessung von Lücken im neuen KVG deckt die Anliegen der Initiative in diesem Bereich ab (unbeschränkte Leistungspflicht im Spital, Leistungen für spitalexterne Pflege, Übernahme von gewissen Präventivmassnahmen).

1.6. Wieso ergreift gerade die Krankenkasse "Artisana" das Referendum? Was befürchtet sie vom neuen Krankenversicherungsgesetz?

Zielgruppen: alle

Die Krankenkasse "Artisana" profitiert von den Mängeln des alten Gesetzes.

- Mit einer aggressiven Marktstrategie als Billigkasse (Jagd auf gute Risiken) hat sich die Artisana in den letzten Jahren eine **günstige Altersstruktur** verschafft. Die Artisana muss den fairen Wettbewerb, den das neue Gesetz etwa mit dem Risikoausgleich herstellt, fürchten, weil neu nur bessere Leistungen – nicht aber eine günstige Altersstruktur – einen Wettbewerbsvorteil beschere werden.
- Wer verkündet, er werde seine Vorstellungen am Tage nach der Ablehnung des Gesetzes bekanntgeben, hat nicht gerade einen grossen Respekt vor dem Stimmbürger und der Stimmbürgerin. Wahrscheinlich will die Billigkasse einfach vermeiden, dass der Stimmbürger und die Stimmbürgerin davon zu früh erfahren, weil sie sonst merken würden, dass sie nach den Ideen einer Artisana stärker zur Kasse gebeten würden, ohne dafür eine bessere Versicherung als heute zu haben.
- Die Vorstellungen der Artisana sind bekannt, sie hat diese im Jahre 1991 publiziert. Nach diesen Vorstellungen müssten die älteren Versicherten für die finanzielle Sanierung der Krankenversicherung aufkommen. Die Prämien sollen nämlich nach dem Alter der Versicherten abgestuft werden. Versicherte, die älter als 40 Jahre sind, müssten mit Prämienzuschlägen von 25 Prozent rechnen. Für alle Versicherten über 55 Jahre würde der Prämienzuschlag 50 Prozent betragen. Das sind stolze Prämien erhöhungen, wenn man bedenkt, dass sie auch ohne Verbesserungen der Leistungen anfallen würden.

1.7. Ist das neue Gesetz ein erster Schritt in Richtung Staatsmedizin?

Zielgruppen: alle

**Das alte Gesetz würde uns zur Staatsmedizin zwingen,
vor der uns das neue Gesetz bewahren wird.**

- Genau das Gegenteil ist zutreffend. Denn das neue Gesetz, welches die gesamte Bevölkerung in eine obligatorische Grundversicherung einbezieht, gewährt gleichzeitig **allen Akteuren ein grosses Mass an Freiheit**.
- So haben die Versicherten nach dem neuen Gesetz die freie Wahl des Versicherers, und sie können dieses Recht im Gegensatz zu heute auch tatsächlich ausüben. Denn es gibt in Zukunft keine Altersgrenzen mehr für den Beitritt zu einem Versicherer, und gesundheitliche Vorbehalte sowie die Prämienabstufung nach dem Beitrittsalter fallen dahin. Damit ist die volle Freizügigkeit gewährleistet. Diese öffnet den Weg für einen fairen Wettbewerb zwischen den Versicherern. Es wird also nicht mehr, wie heute, eine Jagd nach den guten Risiken geben. An diesem Wettbewerb können in Zukunft nicht nur die Kassen, sondern **auch die Privatversicherer** teilnehmen. Kann man dies als ersten Schritt in Richtung Staatsmedizin bezeichnen? Wohl kaum.
- Das neue Gesetz stärkt die vertragliche Freiheit der Tarifpartner. Es öffnet ausdrücklich die Türe zur Vertragsvielfalt. Die Tarifpartner können wählen zwischen der Einzelleistungs-, der Zeit- oder der Pauschaltarifierung (vgl. Beispiele am Textende). Sie können auch andere Tarifierungsarten vereinbaren, wie z.B. ein prospektives Globalbudget. Auch steht es ihnen frei, alternative Versicherungsformen anzubieten, wie z.B. Gesundheitskassen (HMO), ein Hausarztssystem, Bonus-Versicherungen oder Versicherungen mit höherer Kostenbeteiligung. Den stärksten Pfeiler der Vertragsfreiheit im Tarifbereich

2. Kostendämpfung

2.1. Was bietet das neue Gesetz punkto Kostendämpfung? Es wird ja immer wieder behauptet, die vorgesehenen Instrumente seien viel zu zahm?

Zielgruppen: Versicherte, Leistungserbringer, Spitäler, Versicherer, Arbeitgeber

Grosse Kassen rechnen dank dem neuen Gesetz mit Kosteneinsparungen von 8 - 10 Prozent.

Das neue Gesetz enthält einen breiten Fächer von Rahmenbedingungen und Massnahmen, deren Zusammenwirken die Kosteneindämmung sicherstellen soll. **Dabei wird der Eigenverantwortung der Beteiligten und dem Wettbewerb grosse Bedeutung eingeräumt.** Überdies wird die Kontrolle der Tarife und Leistungen verstärkt. Sollte beides nicht ausreichen, können die Behörden zu ausserordentlichen Notbremsen greifen. Das neue Gesetz stellt folgende Massnahmen zur Verfügung:

- **Bei den Tarifpartnern**

- Kartellverbot;
- Vielfalt der Tarifverträge (Verbandsverträge, Sonderverträge);
- grosse Ausgestaltungsfreiheit bei den Tarifverträgen (Einzelleistungs-, Pauschal-, Zeittarife).

- **Bei den Versicherten**

- Kostenbeteiligung der Versicherten auf allen Leistungen ausser bei Mutterschaft;
- Möglichkeit zur freiwilligen Erhöhung der Kostenbeteiligung gegen Prämienreduktion;
- Möglichkeit, eine Versicherung mit Prämienbonus zu wählen;
- Möglichkeit, alternative Versicherungsformen mit einem kostengünstigeren Leistungsangebot zu wählen;

- detaillierte und verständliche Rechnungstellung; die Versicherten sollen die Rechnung überprüfen können;
 - freie Wahl des Versicherers und volle Freizügigkeit; die Versicherten sollen bei gleichem Leistungspaket das günstigste Prämienangebot wählen können.
- **Bei den Leistungserbringern**
 - Genehmigung der Tarifverträge durch die Kantonsregierungen (Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Tarife im Zusammenwirken mit dem Preisüberwacher; Verweigerung der Genehmigung bei überzogenen Tarifen);
 - Tarifbeschwerde an den Bundesrat;
 - Festlegung der Tarife für Analysen und für Arzneimittel durch das Departement (bei der Spezialitätenliste durch das BSV);
 - Stärkung der Stellung der Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte (sie können überprüfen, ob der einzelne Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot einhält);
 - bei unwirtschaftlicher Behandlung kann die Vergütung verweigert oder zurückverlangt werden;
 - Leistungserbringern, die notorisch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstossen, kann die Zulassung zur Krankenversicherung entzogen werden.
 - **Bei ausserordentlichen Kostensteigerungen**

Werden die ordentlichen Vorkehren zur Kosteneindämmung nicht genügend genutzt, so kann die für die Genehmigung der Tarife zuständige Behörde einen befristeten Tarif- und Preisstopp anordnen. Im stationären Bereich kann sie allenfalls auch Globalbudgets vorsehen.

2.2. Die Kartellkommission hat Vorschläge zur Stärkung des Wettbewerbs gemacht. Wurden sie im KVG tatsächlich umgesetzt?

Zielgruppen: Leistungserbringer, Versicherer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 46 Abs. 1-3

Das neue KVG bringt mehr Wettbewerb, indem es unter anderem kartellistische Absprachen ausdrücklich verbietet.

- Gestützt auf die Vorschläge der Kartellkommission wird nun im Gesetz ausdrücklich festgehalten, dass solche kartellistische Vereinbarungen verboten und nichtig sind. Damit ist Wettbewerb möglich.
- Das neue Gesetz fördert die Vertragsvielfalt und die Ausgestaltungsfreiheit im Bereich der Tarifverträge, damit der Wettbewerb im Sinne einer Kosteneindämmung spielt. Das funktioniert aber nur, wenn die Tarifpartner mitspielen.
- Mit dem alten Gesetz hatten die Tarifpartner die Gewohnheit, durch Kartellabsprachen nur Tarifverträge zuzulassen, die auf Verbandsebene abgeschlossen werden und die für alle Verbandsmitglieder verbindlich sind (Exklusivitätsklauseln). Den einzelnen Versicherern und Leistungserbringern wurde gleichzeitig verboten, abweichende Vereinbarungen abzuschliessen (Sondervertragsverbot).
- Eine andere Vorgehensweise besteht mit dem alten Gesetz darin, dass in einem Verbandsvertrag die Leistungserbringer versprechen, mit keinem Versicherer einen billigeren Tarif zu vereinbaren, und dass die Versicherer versprechen, mit keinem Leistungserbringer einen höheren Tarif zu vereinbaren (Meistbegünstigungsklauseln).

- Bei dem sich abzeichnenden Konzentrationsprozess unter den Krankenkassen würden in Zukunft immer mehr ältere Versicherte unter solchen unverschuldeten Prämien erhöhungen zu leiden haben, da kleinere Kassen mit anderen fusionieren. In der Krankenversicherung zählt man bereits ab 45 Jahren zu den "älteren Versicherten", die insbesondere von Billigkassen nicht mehr gerne aufgenommen werden.
- Das **Obligatorium beseitigt die bisherigen Mängel**: Versicherungsvorbehalte und Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter werden abgeschafft. Es ermöglicht im weiteren, das Giesskannensystem bei den Bundessubventionen abzuschaffen. Die Subventionen können so gezielt jenen zugute kommen, die darauf am stärksten angewiesen sind.
- Das Obligatorium ist das einfachste und wirksamste Mittel, um die Solidarität herzustellen und die volle Freizügigkeit zu ermöglichen. Es erlaubt damit, die beiden Hauptziele der Revision - Stärkung der Solidarität und Kosteneindämmung - zu erreichen. Das Obligatorium ist somit das eigentliche Fundament der neuen Krankenversicherung.
- Die Durchführung des Obligatoriums kann bestehenden Institutionen (z.B. Gemeindebehörden) übertragen werden und verursacht nur geringe administrative Kosten. Der Aufwand wird verringert, weil praktisch nur Neugeborene und in die Schweiz neu eingewanderte Personen versichert werden müssen. Wer einmal versichert ist, kann die Versicherung nicht mehr verlieren. Nach Angaben der Sanitäts- und Finanzdirektoren entsteht durch das neue Gesetz gesamthaft (Obligatorium, Prämienverbilligung u.a.m.) ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand in der Grössenordnung von rund 40 Mio. Franken. Dies entspricht 0,2 Prozent des gesamten Aufwandes der Grundversicherung. Ein Aufwand, der sich lohnt!

2.4. Zur vollen Freizügigkeit: Wer garantiert, dass Versicherte tatsächlich auch im Alter die Krankenkasse ohne Nachteile wechseln können?

Zielgruppen: Betagte, Versicherer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 7

Der Bund garantiert mit seiner Oberaufsicht über die Krankenkassen, dass die volle Freizügigkeit in der Grundversicherung für alle und in jedem Alter gewährleistet bleibt.

- Die Krankenkassen unterliegen der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung, welches aber in Anwendung des alten Gesetzes nicht verhindern kann, dass Kassen gegenüber älteren Versicherten Versicherungsvorbehalte anbringen und sie in höhere Prämiengruppen einstufen. Ab einem bestimmten Alter (ca. ab 45 Jahren) oder bei Krankheit schon früher, kann die Kasse nicht mehr gewechselt werden. Das können die Kassen ausnützen. Sie müssen auf die Alten und auf die Kranken keine besondere Rücksicht nehmen.
- Die volle **Freizügigkeit** ist durch das neue Gesetz **garantiert**. Sie gilt – wie das ganze Gesetz – für den Grundversicherungsbereich. Die volle Freizügigkeit ist nur möglich mit einem klar umschriebenen Leistungspaket, wie es die Grundversicherung des neuen Gesetzes kennt. Die Zusatzversicherungen hingegen decken den Wahlbedarf in Ergänzung zur Grundversorgung ab und sind deshalb sinnvollerweise sehr unterschiedlich ausgestaltet. Die Freizügigkeit macht deshalb nur im Bereich der Grundversorgung Sinn!

2.6. Was nützen Tarflimitierungen, Fallpauschalen und dergleichen? Werden dann die Leistungserbringer nicht einfach mit Mengenausweitung verlorene Einnahmen kompensieren?

Zielgruppen: Versicherte, Leistungserbringer, Versicherer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 42 Abs. 3, 43, 49

Eine unbegründete Mengenausweitung verhindert das neue Gesetz durch neue Vertrags-, Tarifierungs- und Kontrollmechanismen.

- Mengenausweitung ist nicht gleich Mengenausweitung: es gibt eine **begründete** Mengenausweitung, die auf die demografische Entwicklung (zunehmende Alterung) zurückgeführt oder mit dem medizinisch-technischen Fortschritt erklärt werden kann. Diese Mengenausweitung muss auch inskünftig möglich sein.
- Zur **unbegründeten** Mengenausweitung: Natürlich können kostendämpfende Massnahmen im Tarifbereich die Leistungserbringer dazu verleiten, die Menge ihrer Leistungen zu vergrössern. Dem können die Versicherer und die Versicherten aber unter dem neuen Gesetz durchaus entgegenwirken. Die Versicherer haben die Möglichkeit, ihre Vertragspartner gezielt auszuwählen, indem sie nur mit den kostengünstigen Anbietern Verträge abschliessen. Sie können zudem bei Verdacht auf unbegründete Mengenausweitung Gegensteuer geben und neue Tarifierungsarten, z.B. einen Zeittarif, vereinbaren. Die Versicherten haben die Möglichkeit, selber aktiv zu werden und bewusst Versicherungsformen zu wählen, die kostendämpfendes Verhalten belohnen (wählbare Jahresfranchise, Hausarztssystem, HMO). Damit kann Mengenausweitung verhindert werden. Das neue Gesetz sieht zudem weitere Massnahmen gegen "schwarze Schafe" unter den Leistungserbringern vor (Rechnungskontrollen, Praxisvergleiche, Rückforderung ungerechtfertigter Leistungen).
Mit diesem Massnahmenkatalog kann der unbegründeten Mengenausweitung ein Riegel vorgeschoben werden.

2.7. Als Grund für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird immer wieder die Anspruchsmentalität der Versicherten ins Feld geführt. Kann daran das neue Gesetz etwas ändern?

Zielgruppen: Versicherte

Das neue KVG fördert mit verschiedenen Massnahmen auch beim Versicherten ein gesundes Kostenbewusstsein.

- Im Bereich der Finanzierung sieht das neue Gesetz nicht nur für die ambulante, sondern auch für die stationäre Behandlung eine Kostenbeteiligung der Versicherten – Franchise und Selbstbehalt – vor. Bei Spitalaufenthalten haben die Versicherten ausserdem einen nach Familienlasten abgestuften Beitrag an die Aufenthaltskosten zu übernehmen.
- Die Einstellung zur Krankheit und zum Krankheitsrisiko ist individuell sehr unterschiedlich. Sie ist kulturell bedingt und hängt weitgehend vom Informationsstand der Versicherten ab sowie vom Angebot an Pflegeleistungen. Dies macht die Einflussnahme durch ein Gesetz schwierig.
- Das neue Gesetz zielt darauf ab, die Verantwortung der Beteiligten, insbesondere der Versicherten, zu verstärken. Der Versicherte ist über die Kosten der Behandlung zu informieren; er hat Anspruch auf eine detaillierte und verständliche Rechnung.
- Bei Verbandstarifverträgen sind vor deren Abschluss auch die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten anzuhören. Dies deutet auch auf die Verantwortung hin, die den Verbänden der Versicherten bei der Information ihrer Mitglieder zukommt.

- Das neue Gesetz verstärkt eine der Aufgaben der Versicherer, nämlich die Förderung der Gesundheit. Aus einer bisher freiwillig ausgeübten Tätigkeit der allgemeinen Aufklärung macht es eine gesetzlich vorgesehene Pflicht und sieht hierfür die Bereitstellung finanzieller Mittel vor.
- Auch die Bedeutung der individuellen medizinischen Prävention wird anerkannt, indem das neue Gesetz vorsieht, dass bestimmte vorsorgliche Massnahmen zu vergüten sind.
- Das neue Gesetz lässt alternative Versicherungsformen, wie z.B. HMO, PPO¹ oder Bonusversicherungen, zu. Hiermit sollen sich auch Veränderungen bei der Beanspruchung von Krankenpflegeleistungen im Sinne einer grösseren Zurückhaltung erreichen lassen.

¹ PPO = Preferred Provider Organisation = Kasse mit "bevorzugten" (weil gut und günstig arbeitenden) Ärzten.

2.8. Im neuen Gesetz ist offenbar die Rede von Prämienrabatten bei alternativen Versicherungsmodellen. Was heisst das genau? Was bedeutet das speziell für die HMO-Versicherten, wird ihre Prämie günstiger sein gegenüber der herkömmlichen Grundversicherung?

Zielgruppen: Versicherte, Leistungserbringer, Kassen

Angesprochene KVG-Normen: Art. 62

Das neue Gesetz lässt vielfältige Versicherungsformen zu – aber niemals auf Kosten der Versichertengemeinschaft.

- Unter dem alten Recht darf die HMO seit 1990 als besondere Versicherungsform angeboten werden. Es handelt sich dabei um einen Versuch. Kassen, welche diese Versicherungsform anbieten, müssen sich an einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung beteiligen. Das neue Recht wird diese Versicherungsform weiterhin zulassen, ebenso die Versicherung mit Prämienbonus.
- Bei der HMO-Versicherung ist die Prämie niedriger. Der Versicherte beschränkt nämlich seine Wahlfreiheit auf die von der HMO bezeichneten Leistungserbringer. Er ist z.B. gehalten, den von der HMO angestellten Arzt aufzusuchen. Im Gegenzug für die Beschränkung der Wahlfreiheit wird die Prämie niedriger angesetzt als in der herkömmlichen Versicherung und auf die Erhebung einer Kostenbeteiligung der Versicherten verzichtet.
- HMO-Versicherungen werden bereits von verschiedenen Kassen in einigen Landesteilen angeboten; und zwar in Zürich, Basel, Winterthur, Luzern und Genf. Etwa 18'200 Versicherte haben diese Versicherungsform gewählt. Weitere Versuche sind angekündigt oder in Vorbereitung, z.B. im Tessin und in der Waadt.
- Verglichen mit anderen Ländern ist es eine bemerkenswerte Besonderheit, dass das neue Gesetz in der obligatorischen Versicherung nicht nur eine einzige Versicherungsform zulässt. Die Versicherten sollen vielmehr die Möglichkeit haben, unter mehreren Versicherungsformen die ihnen am besten passende auszuwählen.

2.9. Was verspricht man sich vom Globalbudget im Spital?

Zielgruppen: Versicherte, Spitäler, Kantone

Angesprochene KVG-Norm: Art. 51

Die Gesundheit hat keinen Preis, aber ein Budget.

- Die Kantone können als ordentliches finanzielles Steuerungsinstrument ein Globalbudget einführen. Das Globalbudget ist ein System, in welchem die Finanzierung von den in der Vergangenheit erbrachten Dienstleistungen und den zukünftigen Bedürfnissen abhängig gemacht wird. Die Finanzierungslogik wird gegenüber der üblichen Finanzierung geändert. Das Globalbudget wird zwischen Staat, Versicherern und Leistungserbringern im voraus festgelegt. Die Finanzierung erfolgt also nicht im nachhinein (aufgrund erbrachter Einzelleistungen oder Spitaltage). In einer ersten Phase wird das Budget eines Kantons oder einer Region festgesetzt. In einer zweiten Phase wird das Globalbudget auf die einzelnen Leistungsbereiche und letztlich auf die einzelnen Leistungserbringer (z.B. Spitäler) aufgeteilt. Die Aufteilung erfolgt nach Absprache unter den Beteiligten aufgrund der kantonalen Spitalplanung und der daraus abgeleiteten Leistungsaufträge, statistischer Grundlagen und der Entwicklung der übrigen Rahmenbedingungen. Überschüsse oder Unterdeckungen gehen zugunsten bzw. zulasten des einzelnen Leistungserbringers.

2.10. Ist die Spitalplanung wirklich mehr als ein Papiertiger? Der Bund macht ja bloss Empfehlungen, aber die Kantone sind weiterhin frei in der Planung von (teuren) Spitälern.

Zielgruppen: Versicherte, Spitäler, Kantone, Kassen

Angesprochene KVG-Norm: Art. 39 Abs. 1 Bst. d

Das neue Gesetz belohnt eine gezielte Spitalplanung und verhindert damit Überkapazitäten ohne eidgenössischen Spitalvogt.

- Es stimmt, dass die Kantone grundsätzlich die freie Zuständigkeit für die Planung im Gesundheitswesen und damit auch für die Spitalplanung haben: so werden Spitäler nur dann zur Kassenpraxis zugelassen, wenn sie der *von einem oder mehreren Kantonen* gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen. Das bedeutet aber nicht, dass die Krankenversicherung auch alles bezahlen muss, was ein Kanton zulässt. Die Krankenversicherer müssen z.B. nicht die Kosten tragen, die durch Überkapazitäten bedingt sind. Besteht Uneinigkeit darüber, ob ein auf die kantonale Spitalliste genommenes Spital auch wirklich einer bedarfsgerechten Planung entspricht, so entscheidet darüber im Beschwerdefall der Bundesrat. Die Krankenversicherung kann also mit der Zulassung oder Nichtzulassung von Spitälern indirekt durchaus einen spürbaren Einfluss auf die Spitalplanung der Kantone ausüben.

2.11. Mit den dringlichen Bundesbeschlüssen wurde neu eine Kostenbeteiligung im Spital eingeführt, die das neue Gesetz beibehält. Niemand kann etwas dafür, dass er ins Spital muss. Ist das nicht ungerecht?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Norm: Art. 64

Eine Kostenbeteiligung fördert den sparsamen Umgang mit medizinischen Leistungen.

- Mit der Kostenbeteiligung soll das **Kostenbewusstsein der Versicherten** gestärkt und ein medizinisch nicht notwendiger Konsum von Gesundheitsdienstleistungen eingedämmt werden. Deswegen sieht z.B. das neue Gesetz die Kostenbeteiligung sowohl bei den ambulanten als auch bei den teilstationären und den stationären Leistungen vor. Man schafft damit "gleich lange Spiesse" für alle Leistungserbringer. Würde man dagegen die Behandlung im Spital von der Kostenbeteiligung ausnehmen – wie dies im geltenden Recht vor den dringlichen Bundesbeschlüssen noch der Fall war – so würde dadurch ein gewisser Anreiz gesetzt, Behandlungen, die auch ambulant oder teilstationär erbracht werden können, im Spital durchführen zu lassen. Mit Rücksicht auf die höheren Kosten, die ein Spitalaufenthalt mit sich bringt, wäre dies aber genau der falsche Anreiz. Es ist daher gerechtfertigt, auch für Spitalleistungen eine Kostenbeteiligung der Versicherten vorzusehen. Damit die Kostenbeteiligung die Versicherten nicht zu stark belastet, wird in der Verordnung ein jährlicher Höchstbetrag vorgesehen werden (im geltenden Recht sind es Fr. 500.-).

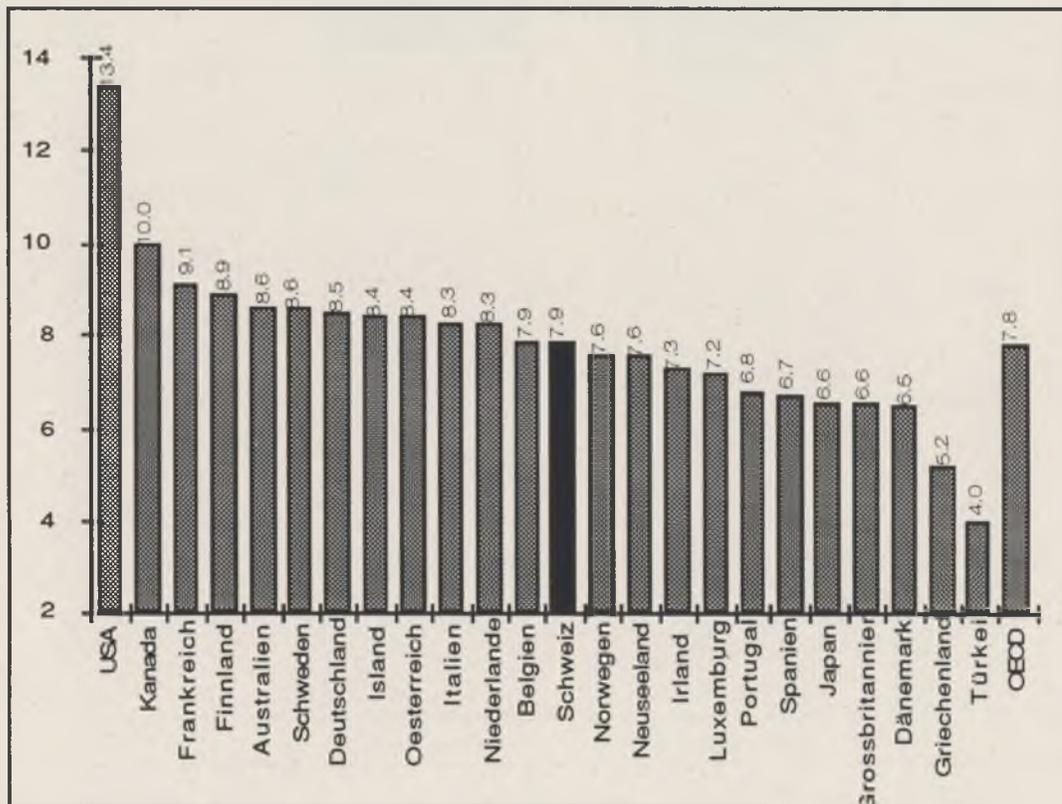
2.12. Die schweizerischen Gesundheitskosten haben 1991 rund 30 Mia. Franken betragen. Wie gross ist dieser Anteil im Verhältnis zum BIP, und wie stehen wir damit international da?

Zielgruppen: alle

Die Schweiz liegt bei den Gesundheitskosten trotz hohem Standard im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

- Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz beliefen sich im Jahre 1991 auf 30 Mia. Franken. Die Schweiz befindet sich, hinsichtlich des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP, im internationalen Vergleich leicht über dem OECD-Durchschnitt (vgl. Abbildung). Ein internationaler Vergleich für das Jahr 1996 ist nicht möglich, da dafür die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der Volkswirtschaft der einzelnen Länder bekannt sein müsste.

Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP (Angaben 1991):



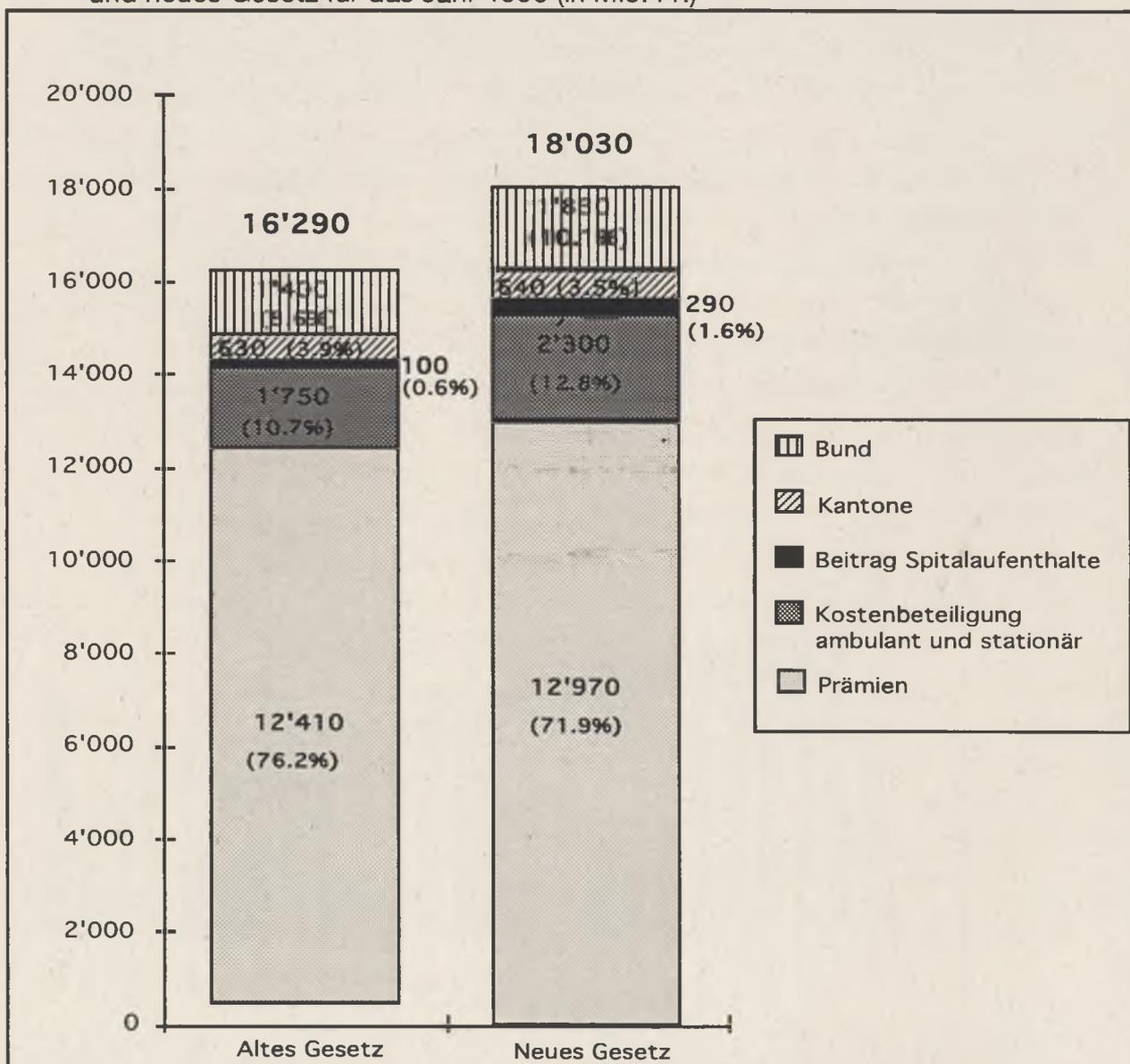
Quelle: OECD; letzte verfügbare Angaben der OECD

2.13. Wer finanziert die Krankenversicherung heute und wer mit dem neuen Gesetz?

Zielgruppen: alle

Die Ergänzungen im Leistungsangebot werden vor allem durch die öffentliche Hand und eine umfassende Kostenbeteiligung der Versicherten finanziert.

Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung: Vergleich altes Recht² und neues Gesetz für das Jahr 1996 (in Mio. Fr.)



² Berücksichtigung des Notrechts in der am 1.1.1994 geltenden Fassung. Die aufgrund der Einführung der Mehrwertsteuer für 1995 vorgesehene zusätzliche Verbilligung der Prämien für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Art. 8 Abs. 4 der Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung) ist daher bei den Berechnungen nicht berücksichtigt worden.

3. Prämien/Prämienverbilligungen

3.1. Warum hält auch das neue Gesetz wieder an der Kopfprämie fest, das ist doch überhaupt nicht sozial?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Normen: Art. 61

Die Kopfprämie ist dank gezielten, individuellen Verbilligungen auch für finanziell schwächere Haushalte tragbar.

- In einem durch individuelle Prämienverbilligungen sozial abgedeckten Kopfprämiensystem kann die Durchführung der Versicherung durch autonome, vom Staat unabhängige Krankenkassen beibehalten werden. Bei einer reinen Steuer- oder Lohnbeitragsfinanzierung wären nämlich Prämienunterschiede nach Versicherern, nach Kantonen oder aufgrund alternativer Versicherungsmodelle praktisch nicht mehr möglich. Zwischen den Kassen könnte kein Wettbewerb entstehen, eine nationale Krankenversicherungsanstalt – ähnlich der SUVA in der Unfallversicherung – wäre die Folge. Nur durch eine dezentrale Organisation der Krankenversicherung ist auch eine dezentrale Organisation des Gesundheitswesens möglich.
- Eine dezentrale Organisation bietet viele Vorteile. Das Gesundheitswesen orientiert sich so stärker an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Der Zusammenhang zwischen den Ansprüchen an das Gesundheitswesen und den Kosten wird so für die einzelnen Versicherten deutlicher. Das Gesetz sieht deshalb auch vor, dass die Prämien kantonal abgestuft werden können.
- Im übrigen darf nicht vergessen werden, dass die Leistungen der Krankenversicherung "nur" zu gut 70 Prozent über individuelle Kopfprämien finanziert werden. Neben den Subventionen zur Prämienverbilligung von insgesamt 2471 Millionen Franken für 1996 (Bund 1830 Mio., Kantone 641 Mio.) wird ein bedeutender Anteil der Spitalkosten durch die Kantone – insbesondere durch Defizitgarantien – und damit über Steuereinnahmen finanziert.

3.2. Warum eine Einheitsprämie im neuen Gesetz?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Norm: Art. 61

Die einheitliche Prämie bildet die zentrale Voraussetzung für einen Preiswettbewerb in der Grundversicherung.

- Für die Versicherungsdeckung sollen in Zukunft die Erwachsenen beim gleichen Versicherer in der gleichen Region auch die gleiche Prämie zahlen. Also, anders als heute, soll keine Abstufung mehr nach dem Eintrittsalter oder nach dem Geschlecht möglich sein.
- Mit dem einheitlichen Leistungsangebot in der Grundversicherung und der einheitlichen Erwachsenenprämie je Versicherer und Region wird ein transparentes Preis-Leistungs-Verhältnis zwischen den Versicherern geschaffen. Die Versicherten können erkennen, welcher Versicherer die genau gleichen Leistungen zu einer günstigeren Prämie anbietet. Dank der vollen Freizügigkeit können sie ohne Nachteile zu jenem Versicherer übertreten.

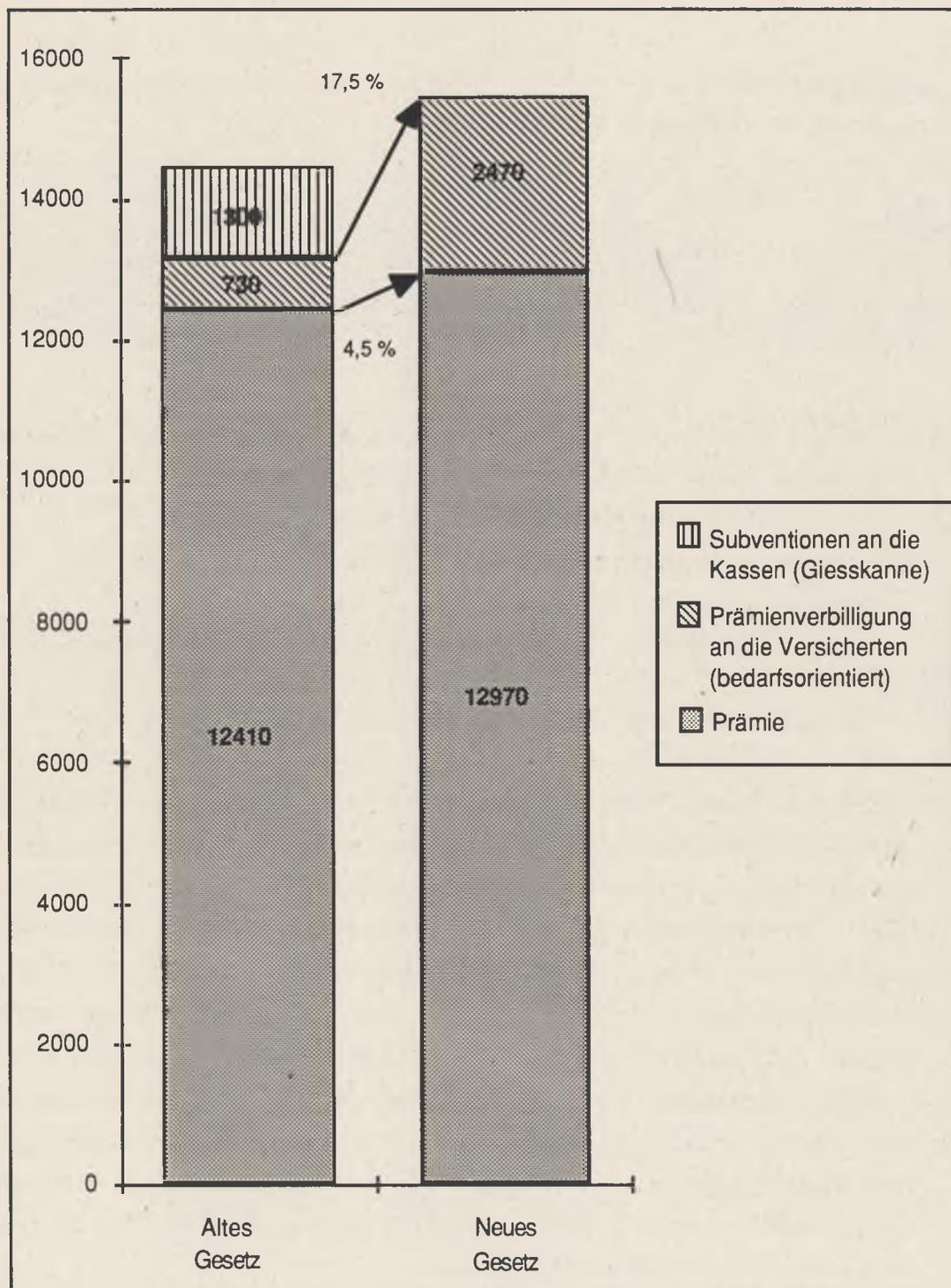
3.3 Wird der erweiterte Leistungskatalog nicht zu massiven Prämiensteigerungen führen?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Normen: Art. 24-31

Zugunsten einer lückenlosen Grundversicherung bringt das neue Gesetz einen – allerdings bescheidenen – Prämienanstieg.

- Durch die Erweiterung des Leistungskatalogs werden einige heute in der Grundversicherung bestehende Lücken geschlossen:
 - keine Vorbehalte für bestehende Krankheiten;
 - keine Aussteuerung mehr bei stationärer Behandlung;
 - Vergütung der Krankenpflege zu Hause und in Pflegeheimen;
 - Vergütung bestimmter zahnärztlicher Behandlungen bei schweren Erkrankungen;
 - Übernahme gezielter Leistungen der medizinischen Prävention.
- Dadurch werden Kosten, die heute anderweitig gedeckt werden (z.B. durch Zusatzversicherungen, durch die Patienten selber, durch die Sozialhilfe), zukünftig von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu decken sein. Das BSV schätzt, dass dies zu einer **einmaligen** Erhöhung der Kosten von gut **10 Prozent** in der Grundversicherung führen dürfte. Diese wird aber nicht voll durch Prämien finanziert werden, weil individuelle Prämienvergünstigungen eingeführt werden und weil die Kostenbeteiligung künftig auch auf das Spital ausgedehnt wird. **Alle Versicherten zusammen werden damit einmalig 4,5% mehr für die Prämien aufbringen müssen als nach geltendem Recht.** Eine massive Prämiensteigerung ist dies nicht. Dafür wird die Grundversicherung in Zukunft den medizinischen Grundbedarf für die gesamte Bevölkerung lückenlos abdecken.

Durchschnittlicher effektiver Anstieg des Prämienniveaus (in Mio. Fr.)

Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung (1996)**Tabelle 1**

	Altes Recht in Mio. Fr.	Neues Gesetz in Mio. Fr.	Veränderung in Mio. Fr.	Veränderung in Prozenten
Oeffentliche Hand	2'030	2'470	440	21.7%
Zusatzbelastung Haushalte (über Kostenbeteiligung und Prämien)	14'260	15'560	1'300	9.1%
Aufwand Grundversi- cherung (insgesamt)	16'290	18'030	1740	10.7%

Tabelle 2

	Altes Recht in Mio. Fr.	Neues Gesetz in Mio. Fr.	Veränderung in Mio. Fr.	Veränderung in Prozenten
Oeffentliche Hand	2'030	2'470	440	21.7%
Kostenbeteiligung	1'850	2'590	740	40.0%
Prämien	12'410	12'970	560	4.5%
Aufwand Grundversi- cherung (insgesamt)	16'290	18'030	1740	10.7%

Die Leistungserweiterung deckt sich mit der Zunahme der Ausgaben für die Krankenpflegegrundversicherung von 10,7%, die jedoch nicht mit der Prämienerrhöhung von 4,5% gleichzusetzen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand und der Kostenbeteiligung deutlich höhere Steigerungsraten aufweisen als der Aufwand der Grundversicherung insgesamt. Bei der öffentlichen Hand beträgt die Zunahme 21,7%. Die starke Zunahme bei der Kostenbeteiligung der Patienten (40%) ist auf deren Einführung im Spitalsektor zurückzuführen. Damit wird einerseits eine Gleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer, andererseits eine Verstärkung des Kostenbewusstseins bei den Versicherten erreicht (gleich lange Spiesse für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege), was zur Kosteneindämmung beiträgt.

3.4. Was bringt das neue Gesetz bei den Prämien (insbesondere mit den neu eingeführten individuellen Prämienverbilligungen)?

Zielgruppen: Versicherte, Kantone

Angesprochene KVG-Normen: Art. 65f.

Mit den vorgesehenen Mitteln von Bund und Kantonen können die Prämien bei einem Drittel der Bevölkerung monatlich um rund 90 Franken gesenkt werden.

Allgemeine Auswirkungen des neuen Gesetzes auf das Prämienniveau:

- Die konkrete Situation der einzelnen Versicherten hängt einerseits davon ab, wie hoch ihre heutigen Prämien sind. Hier gibt es bekanntlich grosse Unterschiede, die aber von den Versicherten oft nicht ausgenützt werden können, weil sie die Kasse nicht ohne Nachteile (Versicherungsvorbehalte, Umstufung in eine höhere Eintrittsaltersgruppe) wechseln können. Diese Versicherten werden im neuen Recht, selbst wenn sie keine Prämienbeiträge erhalten, zum Teil sehr deutlich entlastet werden. Für Versicherte, die heute in der höchsten Eintrittsaltersgruppe eingestuft sind, kann die Prämie um bis zu 40 Prozent sinken. Die Prämienbelastung hängt andererseits entscheidend von der Ausgestaltung des Subventionierungssystems des jeweiligen Kantons sowie von der Tarifpolitik und dem Kostenmanagement der einzelnen Kasse ab. Auch im neuen Recht wird es Prämienunterschiede zwischen den Kassen geben.
- Die gutsituierten Versicherten werden durch das neue Gesetz stärker belastet. Auch für diese Versicherten bestehen jedoch Einsparmöglichkeiten, da die Grundversicherung inskünftig eine lückenlose Grundversorgung auf qualitativ hohem Niveau abdecken wird und die Zusatzversicherungen nur für

einen allfälligen und freiwilligen Wahlbedarf der Versicherten nötig sind. Neben den Neuerungen, die für die Versicherten sofort nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes wirksam werden (Leistungserweiterungen, Kostenbeteiligung, Prämienverbilligungen), dürften die neu vorgesehenen Instrumente zur Kosteneindämmung durch die Kostenträger und Leistungserbringer sowie

durch die Kantone erst mittelfristig ihre Wirkung voll entfalten. Es wird einige Zeit brauchen, bis die Bemühungen der Partner im Gesundheitswesen zur Kosteneindämmung auf die Prämienentwicklung voll durchschlagen. Die Kostenzunahme der Jahre 1985 bis 1992 betrug in der Grundversicherung durchschnittlich 7 Prozent. Sie lag damit deutlich über der allgemeinen Lohnentwicklung (vgl. Frage 1.1.). Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt werden auch in Zukunft zur Folge haben, dass die Kosten der Krankenversicherung eher stärker ansteigen als die Löhne. Die zahlreichen neuen Instrumente zur Kosteneindämmung, insbesondere die Verstärkung der Konkurrenz zwischen den Krankenkassen, aber auch zwischen den Leistungserbringern, werden aber **mittelfristig zu einer Kosteneindämmung führen.**

Mögliche Auswirkungen der individuellen Prämienverbilligung:

- Grundsätzlich wird mit dem neuen Gesetz am System der Kopfprämien festgehalten. Für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen sorgen jedoch die Beiträge der öffentlichen Hand für den nötigen sozialen Ausgleich. Erstmals wird damit in der Krankenversicherung dem Gedanken der bedarfsgerechten Prämiensubventionierung vollumfänglich Rechnung getragen. Damit erreicht das Gesetz insbesondere bei Familien eine finanzielle Entlastung bei den Prämien.
- In der Botschaft zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 wurde ein Verfahren zur individuellen Prämienverbilligung vorgeschlagen. Dieses beruhte auf dem **Prinzip der Subventionsgrenze**: Nach diesem Modell darf die finanzielle Belastung eines Haushaltes durch die Prämien einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens nicht überschreiten (gemäss Botschaft z.B. 8 Prozent). Was über diese Belastungsgrenze hinausgeht, muss infolgedessen von der öffentlichen Hand übernommen werden.
- Nach der definitiven Version des Krankenversicherungsgesetzes sollen die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen gewähren. Ein bestimmtes Verfahren für die Prämienverbilligungen wird den Kantonen nicht vorgeschrieben.

3.5. Woher hat der Bund das Geld, um seine Subventionen an die Krankenversicherung zu erhöhen? Müssen die Versicherten nicht mit Steuererhöhungen rechnen?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Norm: Art. 106 Abs. 1

Wegen der neu bedarfsgerechten und gezielten Subventionen wird die Bundeskasse keine massive Mehrbelastung zu verkraften haben.

- Der Bund wird Beiträge von ungefähr 2 Milliarden Franken pro Jahr aufzubringen haben. Dies sind 600 Millionen mehr als nach dem alten Gesetz. Schon heute zahlt der Bund den Krankenkassen nämlich jährlich 1,3 Milliarden Franken an Subventionen; dazu kommt im Rahmen des Dringlichkeitsrechts ein Betrag von 100 Millionen Franken an die Kantone für die Gewährung von individuellen Prämienverbilligungen an die Versicherten.
- Der Löwenanteil der zusätzlichen Ausgaben wird durch zweckgebundene Erträge der Mehrwertsteuer finanziert werden können. Die Bundesverfassung sieht nämlich vor, dass 5 % des Mehrwertsteuerertrages, was nach vorsichtigen Schätzungen einem Betrag von rund 500 Mio. Franken jährlich entsprechen dürfte, für die Verbilligung von Krankenversicherungsprämien eingesetzt werden.
- Zu den 2 Milliarden Franken Bundesbeiträgen wird noch ein von den Kantonen aufzubringender Betrag von insgesamt 1 Milliarde Franken hinzukommen. Schon heute zahlen Kantone und Gemeinden zusammen ungefähr 600 Mio. Franken an die Krankenversicherung, und zwar etwa die Hälfte davon als allgemeine Beiträge und die Hälfte als individuelle Beiträge zur Prämienverbilligung.

3.6. Wer sind bei den Versicherten die "Gewinner", wer die "Verlierer" des neuen Gesetzes?

Zielgruppen: Versicherte

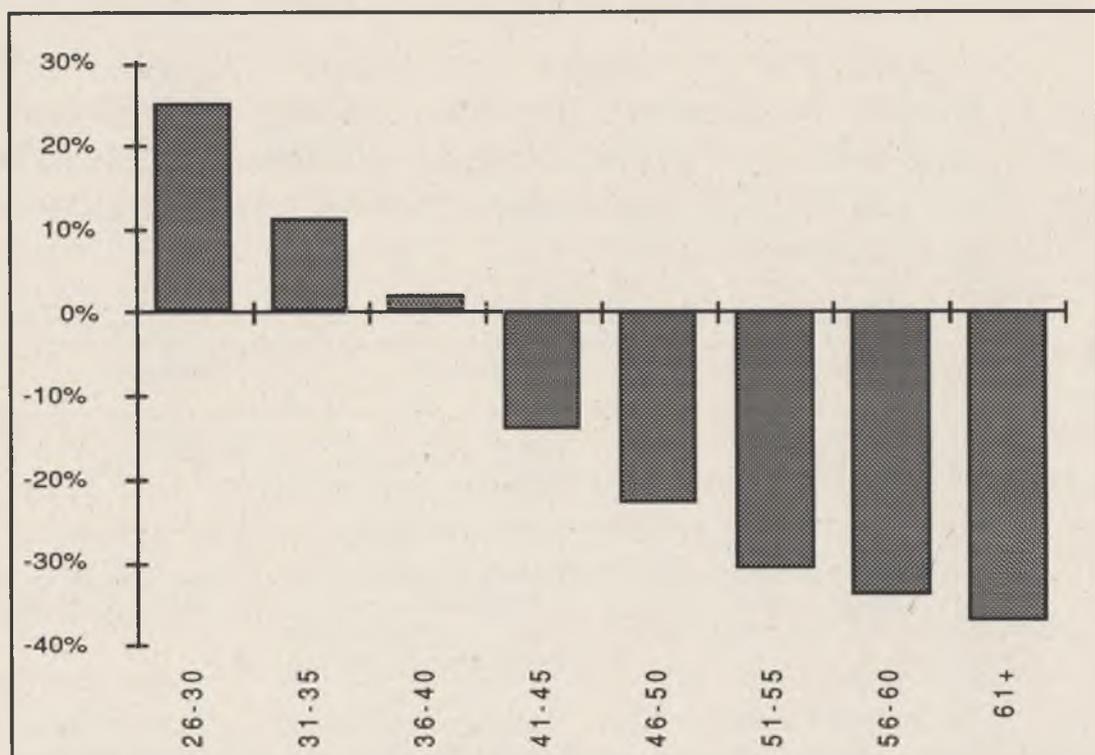
Das neue Gesetz wird allen Versicherten Vorteile bringen, in erster Linie aber den "Verlierern" des alten Gesetzes, den Familien, den Kranken und den älteren Menschen.

- Aussagen über die "Gewinner" und "Verlierer" des neuen Gesetzes sind grundsätzlich nur schwer möglich, da die Situation des Einzelnen stark von seiner jeweiligen Krankenkasse abhängt. Im Sinne von Trendangaben können folgende Aussagen über mögliche Gewinner- und Verliererkategorien gemacht werden:

Massnahme	"Gewinner"	"Verlierer"
Volle Freizügigkeit	Ältere Versicherte Kranke	keine
Aufhebung der Eintrittsaltersprämie	Versicherte in höheren Eintrittsaltersgruppen, Versicherte, deren Kassen fusioniert haben	Versicherte in der untersten Eintrittsaltersgruppe
Individuelle Prämienverbilligungen	Haushalte mit Kindern, finanzschwache Haushalte	einkommensstarke Zweipersonenhaushalte
Einheitsprämie	Frauen / Ältere Versicherte	keine
Aufhebung der Kollektivversicherung	Einzelversicherte	Mitglieder von Kollektivversicherungen

- **Kassenmitglieder in höheren Eintrittsaltersgruppen** werden durch die Einheitsprämie massiv **profitieren** (vgl. Abbildung unten). Dies zahlt sich insbesondere für Versicherte aus, die in höherem Alter aufgrund einer Kassenfusion oder eines Wechsels von der Kollektivversicherung in die Einzelversicherung in eine höhere Eintrittsaltersgruppe eingereiht wurden. Die volle Freizügigkeit wird es auch älteren Kassenmitgliedern ermöglichen, zu günstiger anbietenden Kassen zu wechseln. Heute wird ein Kassenwechsel für Kassenmitglieder ab dem 50. Altersjahr praktisch verunmöglicht.

Veränderung der Prämie nach Eintrittsalter (in %)



- Mit den individuell und bedarfsgerecht ausgerichteten Prämienverbilligungen (keine Giesskannensubventionen an die Kassen) direkt an die Versicherten werden vor allem **Haushalte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen und Familien mit Kindern in den Genuss von reduzierten Prämien** kommen.

-
- Verlieren werden die Kollektivversicherten, die wegen günstiger Risikostruktur der Kollektivversicherungen (viele insbesondere jüngere und erwerbsfähige Männer) wenig zur Solidarität beizutragen hatten und daher bis anhin im Durchschnitt 20 Prozent billigere Prämien bezahlten. **Aber schon heute erleiden die Kollektivversicherten oft Nachteile beim Wechsel von der Kollektiv- in die Einzelversicherung (z.B. bei Betriebswechsel, bei Arbeitslosigkeit).**
 - Die Mitglieder der heutigen "Billigkassen" werden eher zu den Verlierern gehören, jene der Familienkassen zu den "Gewinnern". Die von Kasse zu Kasse unterschiedlichen Prämien werden heute aufgrund der Krankenversicherung durch den Risikoausgleich abgeschwächt.

3.7. Wie sieht die Situation für Frauen aus?

Zielgruppen: Frauen

Angesprochene KVG-Normen: Art. 7; Art. 12 Abs. 2 und 3, Art. 29, Art. 61

Die Frauen profitieren vom neuen Krankenversicherungsgesetz wie alle anderen Versicherten.

- Von der Revision profitiert die Gesamtheit der Bevölkerung, weil die Krankenversicherung auf einer gesünderen und gerechteren Basis beruhen wird. Die obligatorische soziale Krankenversicherung sieht eine gute Grundversicherung für alle vor, was auch gewisse präventive Leistungen beinhaltet. Sie schliesst spezifische Leistungen bei Mutterschaft ein und kommt für eine grössere Zahl Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft auf.
- Diese Leistungen werden sich nicht einzig zu Lasten der Frauen auswirken, weil im neuen Gesetz die **Prämiengleichheit für Frauen und Männer in der obligatorischen Pflegeversicherung verankert** ist, welche für die Kassen erst seit dem Inkrafttreten der zeitlich befristeten dringlichen Bundesbeschlüsse 1993 Geltung hat.
Der Grundsatz der Prämiengleichheit **begünstigt die Frauen**; ohne diesen und bei Anwendung versicherungstechnischer Grundsätze müssten sie höhere Beiträge als die Männer bezahlen.

3.8. Wie sieht die Situation für die älteren und kranken Versicherten aus?

Zielgruppen: ältere Versicherte

Insbesondere die betagten und kranken Versicherten werden mit dem neuen Gesetz bessergestellt.

- **Betagte:**

Durch die Einführung der *Einheitsprämie pro Kasse* und die Aufhebung der Prämien nach Eintrittsalter werden die Betagten begünstigt. Man kann sogar eine Prämienverbilligung für Betagte erwarten, die nach ihrem Eintrittsalter in einer höheren Kategorie eingestuft wurden, als ihre Kasse aufgelöst wurde, oder die einer Krankenkasse angehören, die gegenwärtig einen hohen Anteil an älteren Versicherten aufweist. Zumindest ein Teil von ihnen wird auch von der Prämienverbilligung aufgrund der wirtschaftlichen Situation profitieren können. Durch das Schliessen von Leistungslücken werden vor allem die älteren Versicherten profitieren (Aufhebung der Aussteuerung, Aufhebung von Versicherungsvorbehalten, Förderung von Spitex usw.).
- **Kranke:**

Die wichtigste Neuerung für die Kranken, abgesehen von den neuen Leistungen, auf die sie Anspruch haben werden, ist die Einführung der Versicherungspflicht, die ihnen das Recht gibt, unter den Versicherern frei zu wählen (Freizügigkeit). Die Kranken können also von einer Kasse in die andere wechseln, ohne Risiko von Versicherungsvorbehalten.

3.9. Warum sind altersabgestufte Prämien, wie sie die Krankenkasse "Artisana" vorschlägt, "nicht realistisch"?

Zielgruppen: Betagte, Junge

Das "Altersrisiko"- und mit ihm auch ein erhöhtes Krankheitsrisiko - besteht für alle Versicherten.

- Ein Prämienzuschlag von 50 Prozent, wie ihn die Artisana in ihrem Vorschlag von 1991 für alle Versicherten ab dem 56. Altersjahr vorsieht, ist ungerecht und führt dazu, dass für die älteren Versicherten, insbesondere für Altersrentnerinnen und Altersrentner, mehr individuelle Prämienverbilligungen benötigt werden.
- Zwischen den beiden Varianten "Einheitsprämie für alle" und "risikogerechte Prämie" gibt es verschiedene Möglichkeiten der Abstufung der Prämie. Das neue Gesetz sieht zwar eine Einheitsprämie vor, um die Solidarität zwischen den Versicherten zu gewährleisten. Die Einheitsprämie kann aber nach Kanton und Region abgestuft werden. Der Artisana-Vorschlag sieht eine Abstufung nach 4 Altersgruppen mit einer Bandbreite von 50 Prozent vor. Die Bildung dieser Altersgruppen ist jedoch nicht unproblematisch: Das Krankheitsrisiko ist im Alter sicher höher, aber das Risiko alt zu werden, ist für alle Menschen gleich. Die Solidarität der Jungen stellt somit eine Vorleistung für das eigene Alter dar. Junge, die nicht in der Lage sind, diese Solidaritätsleistungen im Rahmen einer Einheitsprämie zu leisten, werden durch die im neuen Gesetz vorgesehenen individuellen Prämienverbilligungen entlastet.
- Die Artisana spricht selber auch nicht von risikogerechten Prämien, sondern von einer Prämienabstufung nach dem Alter. Risikogerecht würde bedeuten, dass der 75jährige etwa die fünffache Prämie eines 25jährigen bezahlen müsste.

3.10. Wie sieht die Situation für die Jungen und Gesunden aus? Werden sie zur Kasse gebeten, damit die (reichen) Alten ein sorgenfreies Leben führen können?

Zielgruppen: Junge

Auch wer heute jung ist, wird einmal älter, und höhere Prämien in jungen Jahren bedeuten tragbare Prämien im Alter.

- Das Risiko einer Krankheit nimmt mit dem Alter zu. Die Krankheitskosten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Für das Jahr 1996 muss man im Durchschnitt für 20jährige Versicherte mit Kosten von ca. 900 Fr., für 60-jährige mit ca. 2500 Fr. und für 80jährige mit ca. 5000 Fr. rechnen. Aber auch ein 20jähriger kann schwer erkranken und ein 80jähriger kann noch kerngesund sein. Mit der Krankenversicherung wird dieses Risiko, das jeden Menschen das Leben lang begleitet, abgesichert. Es sind letztlich immer die Gesunden, die mit ihren Prämien die Kosten der Kranken bezahlen.
- Im neuen Gesetz wird nun ganz konsequent vorgesehen, dass spätestens ab dem 25. Altersjahr keine Prämienabstufungen nach Alter mehr erlaubt sind. Damit gibt es also nicht nur eine Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, sondern auch eine solche zwischen Jungen und Alten.
- Es wäre natürlich möglich, die Prämien nach den Alterskosten abzustufen, also sogenannte risikogerechte Prämien einzuführen. Wenn man die Zahlen über die mit dem Alter ansteigenden Kosten kennt, kann man sich ausmalen, was das für die Prämien bedeuten würde. Der Verzicht auf risikogerechte Prämien liegt nicht nur im Interesse der Alten, sondern auch der Jungen. Denn was wären die Folgen von risikogerechten Prämien? Betagte, die von ihrer Altersrente leben müssen, könnten diese Prämien gar nicht mehr bezahlen. Viele alte Menschen, es gibt eben nicht nur Reiche, müssten vom Staat auf die eine oder die andere Weise (höhere AHV-Renten, höhere Ergänzungsleistungen, mehr Sozialhilfeausgaben) unterstützt werden. Wer würde das bezahlen? Jene, die im aktiven Berufsleben stehen, also wieder die Jungen.

3.12. Gehört die Bergbevölkerung zu den Verlierern des neuen Gesetzes? Offenbar wird ja der Bergzuschlag aufgehoben?

Zielgruppen: Bergbevölkerung

Die individuellen Prämienverbilligungen, wie sie das neue Gesetz vorsieht, kompensieren den Bergzuschlag des alten Gesetzes.

- Das Subventionssystem des neuen Gesetzes bringt grundlegende Änderungen im Vergleich zu heute:
- Es macht Schluss mit dem viel kritisierten Giesskannensystem, das den Kassen Direktzahlungen sicherte. Dieses System war in der freiwilligen Versicherung notwendig, um die Solidarität zwischen kranken und gesunden Versicherten herzustellen.
- Die Einführung der Versicherungspflicht erlaubt eine gezieltere Subventionierung, nämlich die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Sie wird von den Kantonen durchgeführt und gemeinsam von Bund und Kantonen (ca. 3 Milliarden pro Jahr) finanziert. Die Bundesbeiträge an die Kassen werden also gestrichen. Darunter fällt auch der Bergzuschlag.
- Die Bedeutung des heutigen Bergzuschlages darf auch nicht überschätzt werden, bewirkt er doch in Bergregionen heute höchstens eine Entlastung von monatlich rund 2 Franken pro Versicherten (gesamthaft 22 Mio.), wobei der Bergbauer und der 5-Sterne-Hotelier gleichgestellt werden.

4. Leistungen

4.1. Das neue Gesetz enthält einen erweiterten Leistungskatalog; damit steigen die Kosten. Wollte man dies nicht ausdrücklich vermeiden?

Zielgruppen: Betagte, Leistungserbringer, Spitäler, Kassen

Angesprochene KVG-Normen: Art. 24 - 31

Das neue Gesetz schliesst lediglich sozialpolitisch unhaltbar gewordene Leistungslücken.

- Man hört und liest immer wieder, das neue Gesetz bringe einen Ausbau der Leistungen oder eine Erweiterung des Leistungskataloges. Richtiger wäre es zu sagen, dass mit dem neuen Gesetz verschiedene **Lücken**, die heute noch in der Grundversicherung bestehen, **geschlossen** werden sollen. Damit sollen zwei Ziele erreicht werden:
 - durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung erhalten alle Versicherten den Zugang zu einer kompletten, den Anforderungen der Zeit entsprechenden medizinischen Versorgung (**keine Zwei- oder Mehrklassenmedizin**);
 - alle Versicherer sind gehalten, in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das gleiche Leistungspaket anzubieten; damit können die Versicherten klare Preisvergleiche ziehen und dank der vollen Freizügigkeit zu dem Versicherer überwechseln, der die gleichen Leistungen zu günstigeren Prämien anbietet. Dadurch wird der Wettbewerb gefördert und ein Anreiz zur Kosteneindämmung gesetzt.
- Es trifft zu, dass das neue Gesetz den Leistungskatalog abrundet. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird den Grundbedarf für die gesamte Bevölkerung abdecken. Heute noch bestehende unsoziale Lücken werden geschlossen. Zu erwähnen sind insbesondere die folgenden Verbesserungen:
 - Keine Versicherungsvorbehalte mehr beim Eintritt in eine Kasse oder beim Kassenwechsel;
 - Keine Aussteuerung mehr bei stationärer Behandlung;
 - Vergütung der Leistungen beim Aufenthalt in einem Pflegeheim bei teilstationärer Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause (Spitex);

- Vergütung bestimmter zahnärztlicher Behandlungen bei schweren Erkrankungen;
 - Übernahme gewisser Leistungen der medizinischen Prävention.
- Dadurch werden nicht neue Kosten begründet; denn die erwähnten Leistungen werden bereits heute bezahlt, sei es durch:
 - Zusatzversicherungen (z.B. Zahnarztkosten);
 - die Patienten selber (z.B. Spitex);
 - oder die öffentliche Hand (z.B. unbeschränkte Behandlungsdauer im Spital).

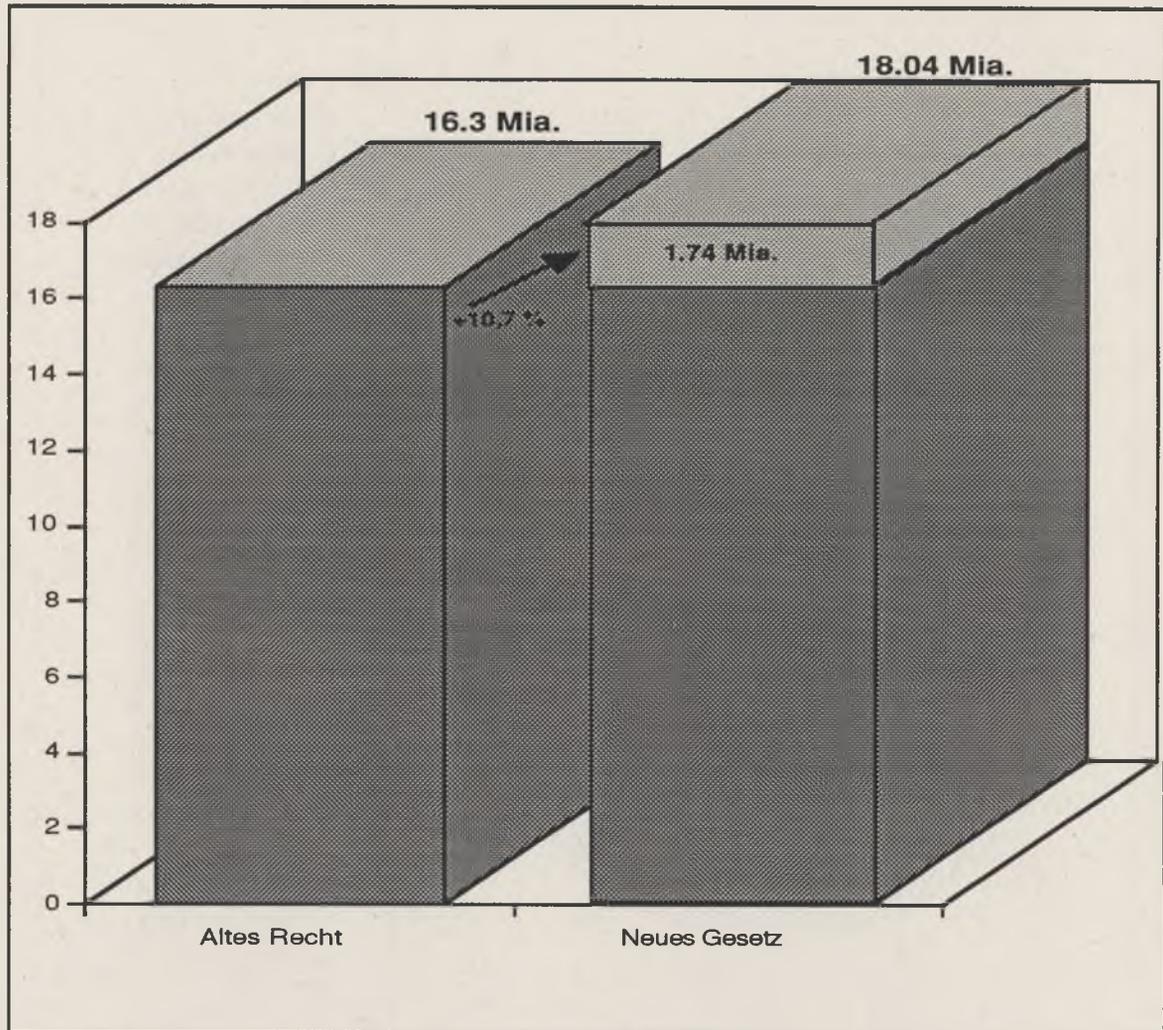
Die zusätzlichen Kosten belaufen sich auf 10,7 Prozent oder 1,74 Mia. Franken im Jahre 1996. Diese zusätzlichen Kosten müssen aber nicht voll durch Prämien erhöhungen finanziert werden, weil individuelle Prämien erhöhungen gewährt werden und weil die Kostenbeteiligung künftig auch auf das Spital ausgedehnt wird.

- Dies ist aber nur die eine Seite der zu erwartenden Auswirkungen. Andererseits trägt die Lückenschliessung in der Grundversicherung zur Kosteneindämmung bei.

1. Beispiel: Die Vergütung der Krankenpflegekosten in teilstationären Einrichtungen, zu Hause und im Pflegeheim sowie die Einführung der Kostenbeteiligung der Versicherten bei Spitalaufenthalten wird zu einer verminderten Belegung der Akutspitäler führen. Durch einen entsprechenden Abbau von Akutbetten sind Kosteneinsparungen möglich.

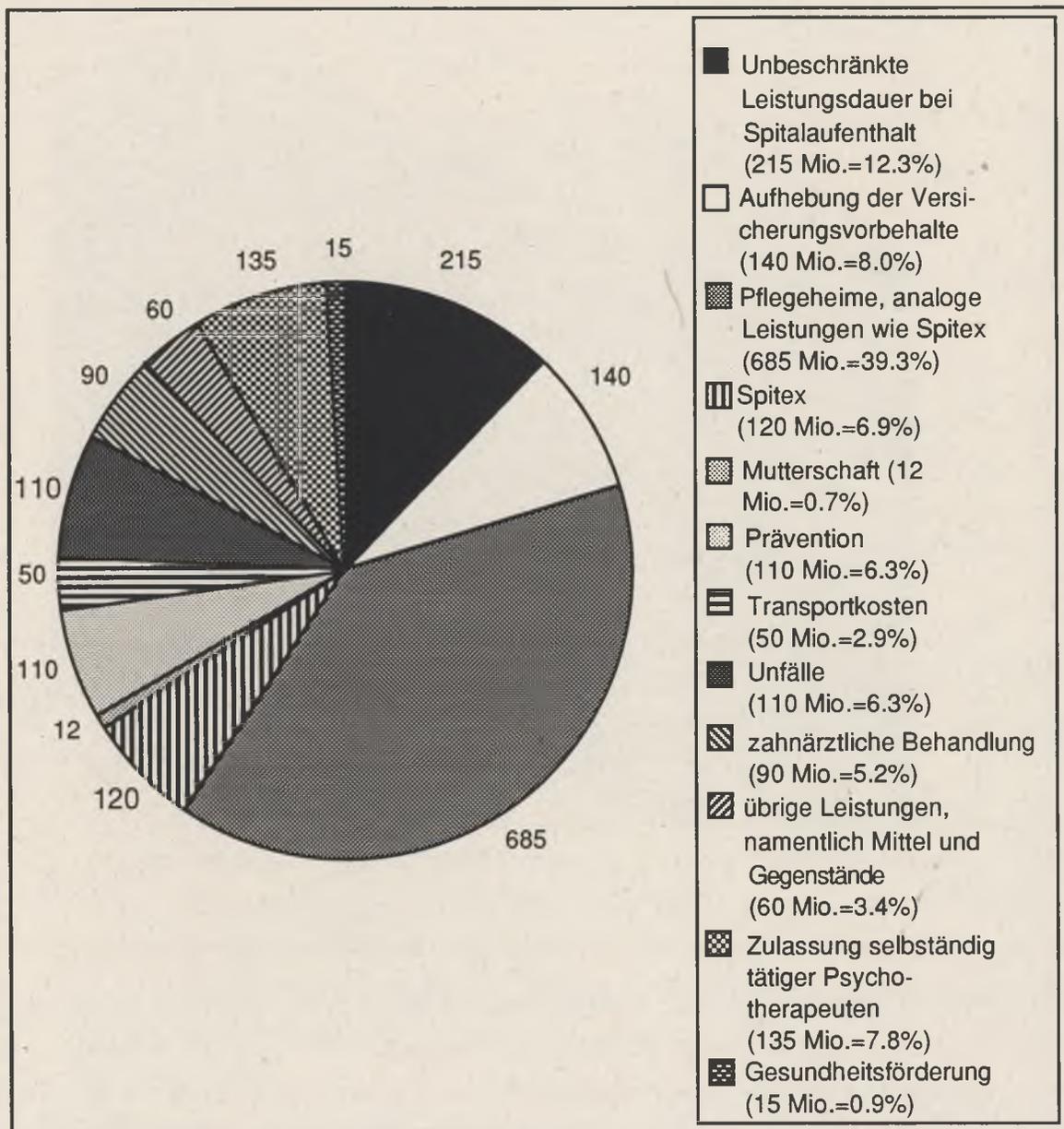
2. Beispiel: Die Prävention trägt dazu bei, Krankheiten zu verhüten oder ihre Behandlung effizienter zu gestalten. Damit können Behandlungskosten eingespart oder reduziert werden.

- Mit dem einheitlichen Leistungsangebot in der Grundversicherung werden echte Prämienvergleiche möglich. Die Versicherten können dank der vollen Freizügigkeit zu dem Versicherer wechseln, der die gleichen Leistungen kostengünstiger anbietet. Damit wird der Wettbewerbsdruck erhöht und die Kosteneindämmung gefördert.

Aufwand für die soziale Krankenversicherung (Grundversicherung 1996; in Franken)

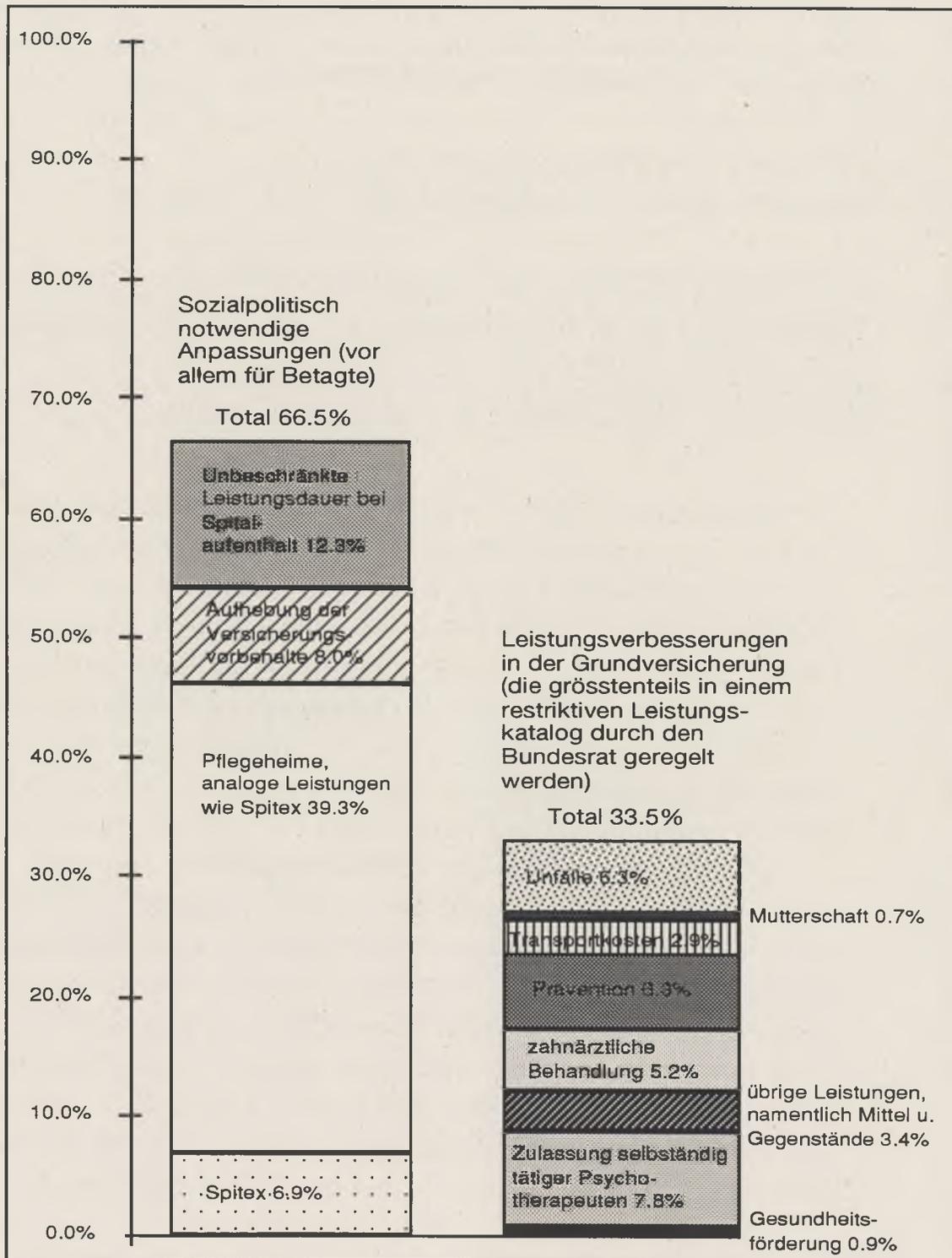
Im Vergleich zum alten Gesetz sieht das neue Gesetz zusätzliche Leistungen in der **Grundversicherung** vor, deren Aufwand für das Jahr 1996 auf 1.74 Milliarden Franken geschätzt wird. Dies erklärt einen Teil des Anstiegs der Prämien in der Grundversicherung. Zum grössten Teil handelt es sich dabei um eine sozialpolitisch unbestrittene Kostenübernahme von Leistungen für Betagte durch die Grundversicherung, die bereits heute zumeist im Rahmen von Zusatzversicherungen übernommen werden. Die Erweiterung des Leistungskataloges in der Krankenpflegeversicherung erfolgt dabei in erster Linie bezüglich der Leistungen, die für die Grundversorgung im Krankheitsfall notwendig sind (wie unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt, Spitex).

Verteilung der zusätzlichen Ausgaben von 1.74 Mia. Fr. gemäss dem neuen Gesetz (in Mio. Fr.)*



Hochrechnung der in der Botschaft berechneten Werte. Annahme einer Kostensteigerung in der Grundversicherung von 7 Prozent = Mittlere Veränderung in den Jahren 1985 - 1992 (gemäss Statistik über die Krankenversicherung, BSV, Bern 1993, S.8)

Neu in der Grundversicherung



4.2. Schliesst das neue Gesetz nicht die Komplementärmedizin (wie Akupunktur, Homöopathie usw.) mit dem Argument aus, auch die Krankenversicherung könne nicht alles übernehmen, obwohl solche komplementären Behandlungen doch vielfach günstiger sind?

Zielgruppen: Versicherte, Leistungserbringer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 32, 33

Das neue Gesetz lässt die Komplementärmedizin ausdrücklich zu, sofern sie wirksam ist.

- Das neue Gesetz schliesst die Methoden der Komplementärmedizin nicht von der Leistungspflicht der Krankenversicherung aus. Es behandelt sie vielmehr genau gleich wie die Schulmedizin und räumt ihnen damit eine **faire Chance** ein. Das neue Gesetz legt sich nicht mehr ausschliesslich auf die Schulmedizin fest. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird nicht mehr verlangt, eine Behandlungsmethode müsse wissenschaftlich, d.h. faktisch von der Schulmedizin anerkannt sein. Die Leistungen der Schulmedizin oder der Komplementärmedizin werden von Kassen vergütet, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Bestehen Zweifel an der Wirksamkeit, so ist diese nach wissenschaftlichen Methoden nachzuweisen. Wissenschaftlich bedeutet objektiv und seriös, es heisst aber nicht, dass nur naturwissenschaftliche Methoden in Frage kommen. Es genügt vielmehr, wenn die Wirksamkeit empirisch-statistisch nachgewiesen ist, wenn also erwiesen ist, "**dass** es wirkt"; man muss **nicht** unbedingt nachgewiesen haben, "**warum** es wirkt". In diesem Sinn wird z.B. eine Leistungspflicht für Akupunktur anerkannt. Dies ist z.B. ebenso für Homöopathie oder anthroposophische Medizin möglich, wenn deren Wirksamkeit erwiesen ist. Dies ist bei den Gesetzesberatungen im Parlament mit aller Deutlichkeit gesagt worden. Daran wird sich auch der Verordnungsgeber zu halten haben, wenn bei umstrittenen Leistungen über die Vergütungspflicht zu entscheiden ist.

-
- Eine andere Frage ist, wer versicherungspflichtige Leistungen erbringen darf. Das Gesetz hält diesbezüglich fest, dass, genau wie heute, nur die Ärztinnen und Ärzte zugelassen sein werden, die das **eidgenössische Diplom** besitzen. Eine solche Bestimmung ist schon zum Schutze der Patientinnen und Patienten notwendig. Die Leistungen der sog. Naturheilärztinnen und Naturheilärzte gehören somit nicht zur Pflichtleistung der Krankenversicherung.

4.3. Mit dem neuen Gesetz wird die Aussteuerung aufgehoben. Gleichzeitig muss die Krankenversicherung neu obligatorisch für Spitexleistungen bezahlen. Was bringt das den Versicherten, was der Krankenversicherung und was den anderen Beteiligten? Braucht die Schweiz eine Pflegeversicherung?

Zielgruppen: Betagte, Familien, Spitäler, Leistungserbringer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 29, 39, 49, 50

Die Schweiz benötigt keine Pflegeversicherung, weil die entsprechenden Kosten durch das Zusammenspiel verschiedener Sozialversicherungen – und nicht durch die Krankenversicherung allein – gedeckt werden.

- Das neue Gesetz verbessert die krankenversicherungsrechtliche Situation von Personen, die der Spitalpflege bedürfen, und von Chronischkranken. Es sieht einen vollständigen Fächer von Leistungen vor, die einander ergänzen oder ablösen können, die den Bedürfnissen der Versicherten entgegenkommen und dafür sorgen, dass die bestehenden Institutionen und Dienstleistungen optimal genutzt werden. Hierzu gehört insbesondere
 - die Behandlung akuter Krankheiten in Spitälern;
 - die medizinische Rehabilitation in geeigneten Kliniken;
 - die Pflege und die medizinische Betreuung sowie die Rehabilitation von Chronischkranken in Pflegeheimen;
 - Behandlung, Pflege oder Betreuung in Tages- oder Nachtkliniken;
 - die Krankenpflege zu Hause.
- Für keine dieser Leistungen ist eine zeitliche Beschränkung festgeschrieben. Entscheidend ist jeweils das effektive medizinische Bedürfnis. Verbleibt ein Patient aber beispielsweise zu lange in Spitalpflege, obwohl sein Zustand eigentlich die Überweisung in ein Pflegeheim rechtfertigen würde, so wird sein Spitalaufenthalt nach dem tieferen Pflegeheimtarif vergütet.
- Mit seinem fein abgestuften Leistungsfächer ist das neue Gesetz viel besser auf die Bedürfnisse der Praxis zugeschnitten als das alte Gesetz, welches nur zwischen der ambulanten Behandlung und dem Aufenthalt in einer Heilanstalt unterscheidet und bei letzterem die Vergütung auf 720 Tage (innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen) beschränkt.

-
- Die Pflegekosten von Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten werden in der Schweiz nicht von einem Zweig der Sozialversicherung alleine getragen. Für die medizinisch-pflegerischen Leistungen im Pflegeheim oder zu Hause hat grundsätzlich die Krankenversicherung aufzukommen. Das neue Gesetz schliesst hier die heute noch bestehenden Lücken. Hinzu kommen gegebenenfalls Hilflosenentschädigungen der AHV/IV. Für die Kosten des Aufenthaltes und der Verpflegung werden die persönlichen Einkünfte der Patientinnen und Patienten herangezogen, namentlich die Renten der AHV/IV, einschliesslich Ergänzungsleistungen, sowie gegebenenfalls die Renten der zweiten Säule. Nicht zu vergessen sind schliesslich die Beiträge des Bundes, der Kantone, der Gemeinden und privater Trägerschaften an Einrichtungen für Betagte und für pflegebedürftige Personen sowie an Institutionen der Hauskrankenpflege.

4.4. Mit welchen Kosten ist eigentlich im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung inskünftig zu rechnen? Hat man hier nicht ein Fass ohne Boden geschaffen?

*Zielgruppen: Junge, Frauen, Familien, Kassen, Kantone
Angesprochene KVG-Normen: Art. 19f., 26*

Gezielte Präventionsmassnahmen, wie sie das neue Gesetz vorsieht, sind wirkungsvoll, ohne viel zu kosten.

- Schon heute werden präventive Leistungen durch einzelne Kassen übernommen. Die Verhütung von Krankheiten durch Massnahmen der **individuellen Prävention** (z.B. Prostatauntersuchung bei über 50jährigen Männern) und der **generellen Gesundheitsförderung** (z.B. Anti-Tabak-Kampagnen, Volksgesundheitskampagnen) dienen dazu, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen oder in einem frühen Stadium zu erkennen. Damit können oft langdauernde Krankheiten und deren Behandlung verhindert und so ein Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden. Die Übernahme gewisser präventiver Massnahmen, die in einem durch den Bundesrat erstellten abschliessenden Leistungskatalog aufgeführt werden, stellt somit nicht ein Fass ohne Boden dar, sondern unterstützt im Gegenteil die Bemühungen zur Kosteneindämmung. Im Verhältnis zu den im Gesundheitswesen anfallenden Kosten nimmt sich der Aufwand für die Prävention zudem sehr bescheiden aus.
- Im neuen Gesetz ist auch die Unterstützung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung vorgesehen. Analog der langjährigen Praxis in der Unfallversicherung (Unfallverhütung) soll eine durch Kassen und Kantone gemeinsam beauftragte Institution Massnahmen zur Gesundheitsförderung anregen, koordinieren und evaluieren. Der Beitrag der Versicherten an diese Institution

wird durch den Bundesrat festgelegt. Sie unterliegt der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung. Somit ist eine umfassende Kontrolle gewährleistet. Von einem Fass ohne Boden kann deshalb wirklich keine Rede sein.

Zusätzliche Kosten für die Prävention und Gesundheitsförderung (1996)

	Zusätzliche Kosten (in Mio. Fr.)	In Prozent der Gesamtkosten in der Grundversicherung
Prävention	110	0,6
Gesundheitsförderung	15	0,1

- 4.5. Heute bieten die Krankenkassen spezielle Leistungen wie Rückengymnastik, Ernährungsberatung, Antistresskurse etc. an. Gewisse Krankenkassen geben offenbar sogar noch Ermässigungen für Fitnesszentrums-Besuche. Wie sieht das im neuen Gesetz aus? Wieweit dürfen die Kassen gehen in der Prävention und Gesundheitsförderung?

Zielgruppen: Versicherte, Kassen, Leistungserbringer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 19f., 26

Sportliche Freizeitaktivitäten dürfen auch in Zukunft nicht über die soziale Krankenversicherung finanziert werden

- Ein Zuschuss an den Besuch von Fitnesszentren hat in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sicher nichts zu suchen. Anders sieht es hingegen aus mit Leistungen wie Rückengymnastik, Ernährungsberatung und Entspannungstherapien. Hier kann eine Leistungspflicht durchaus in Frage kommen. Voraussetzung ist, dass die Massnahme vom Arzt angeordnet wurde und dass sie von entsprechend qualifizierten, zur Tätigkeit für die Krankenversicherung zugelassenen Personen durchgeführt wird. Wieweit die medizinische Prävention zur Pflichtleistung der Krankenversicherung gehören wird, muss noch auf Verordnungsstufe näher umschrieben werden. Man wird aber davon ausgehen können, dass insbesondere die in der Pädiatrie anerkannten Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, bestimmte Krebsuntersuchungen bei Frauen und Männern sowie eine internistische Gesamtuntersuchung bei Männern und Frauen zwischen dem 40. und 50. Altersjahr dazu gehören werden.

4.6. Viele Ärztinnen und Ärzte verdienen sich heute mit der Selbstdispensation ein reiches Zubrot. Wird hier mit dem neuen Gesetz ein Riegel geschoben?

Zielgruppen: Leistungserbringer, Versicherte

Angesprochene KVG-Norm: Art. 37 Abs. 3

Die Möglichkeit der Selbstdispensation hängt nach dem neuen Gesetz vom Zugang der Patientinnen und Patienten zu einer Apotheke ab.

- Die Bedingungen, unter denen Ärztinnen und Ärzte Medikamente direkt verkaufen dürfen, werden nicht auf Bundesebene geregelt. Diese Aufgabe obliegt weiterhin den **Kantonen**.
- Im neuen Gesetz ist jedoch ein Riegel eingebaut. Es wird nämlich die Richtung bestimmt, welche die kantonalen Gesetzgebungen einzuschlagen haben. Die neuesten Gesetze gehen bereits in diese Richtung.

Mit dem Ziel, die Vorteile eines Direktverkaufes von Medikamenten für Kranke, vor allem für Betagte und Behinderte, beizubehalten, wurde ein Kriterium ins Bundesgesetz aufgenommen: **die Zugangsmöglichkeiten zu einer Apotheke**. Die Kantone müssen dieses Kriterium berücksichtigen, wenn sie die Selbstdispensation regeln. Die Versicherten können als Stimmberechtigte nachprüfen, ob die kantonale Gesetzgebung sich daran hält.

5. Versicherer

5.1. Entsteht mit dem neuen Gesetz nicht eine Zweiklassenmedizin, indem sich immer weniger Leute eine (teure) Zusatzversicherung leisten können und wollen? Was können die Zusatzversicherungen inskünftig überhaupt noch Sinnvolles anbieten?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Normen: Art. 24 - 31; Art. 12 Abs. 2 und 3

Das neue Gesetz postuliert die "Einklassenmedizin": Eine qualitativ gute und umfassende Grundversorgung für alle.

- Das **alte Gesetz** kennt eigentlich eine "**Dreiklassenmedizin**" (Allgemeinversicherte, Halbprivatversicherte, Privatversicherte). Die medizinische Versorgung ist aber in allen Klassen heute schon nahezu gleichwertig. Das **neue Gesetz** beruht auf der Idee einer umfassenden Grundversorgung für alle Versicherten (**Einklassenmedizin**) mit Ergänzung des Wahlbedarfs durch die Zusatzversicherungen (z.B. grösserer Hotelkomfort, Zahnarztkosten, Kosten für Brillen).
- Einer der Vorzüge des neuen Gesetzes ist es gerade, allen Einwohnerinnen und Einwohnern des Landes zu finanziell tragbaren Bedingungen den Zugang zu einer zeitgemässen, auf hohem Niveau stehenden, vollständigen gesundheitlichen Versorgung zu gewährleisten. Dank der Abrundung des Leistungskatalogs enthält die Grundversorgung ein vollständiges Leistungsangebot im Bereich der ambulanten, der teilstationären und der stationären Versorgung, welches auch die Rehabilitation und die Prävention, soweit diese erwiesenermassen zur Krankheitsverhütung beiträgt oder eine wirksame Frühbehandlung ermöglicht, miteinbezieht. Obligatorium und Leistungskatalog sorgen also gerade dafür, dass es keine Zweiklassenmedizin geben wird.
- Zusatzversicherungen sind in Zukunft nur noch für die Deckung weitergehender Bedürfnisse erforderlich. Sie werden insbesondere gefragt sein, wenn jemand die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals abdecken, eine vollständige Übernahme der Zahnarztkosten versichern, eine weitergehende Vergütung von Bäduren, Brillen usw. erreichen will.

5.2. Wird nicht der Zusammenschluss grosser Krankenkassen (Swisscare, Swica, Arcovita) die Gesundheitskosten mehr beeinflussen als alle Massnahmen des KVG zusammen?

Zielgruppen: Versicherte, Leistungserbringer, Versicherer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 46 Abs. 1 - 3, Art. 61, Art. 62

Das neue Gesetz verzichtet auf dirigistische Markteingriffe, fördert aber die Bildung von starken, unabhängigen Krankenkassen.

- Heute ist der Gesundheitsmarkt sehr stark von Kartellen bei den Leistungserbringern geprägt. Das hat der Bericht der Kartellkommission aus dem Jahre 1993 klar aufgezeigt. Den Krankenkassen bleibt bei diesen Verhältnissen heute nichts anderes übrig, als sich zusammenzuschliessen, um bei den Tarifverhandlungen mehr Einfluss zu haben. Die Entwicklung zu den sogenannten Megakassen – Swisscare mit 2,35 Mio., Arcovita mit 2,2 Mio. oder Swica mit 0,57 Mio. Versicherten – ist deshalb eine typische Folge des heutigen Rechts.
- Im neuen Gesetz werden Kartellabsprachen unter den Leistungserbringern ausdrücklich verboten, zudem wird durch die volle Freizügigkeit der Versicherten endlich ein echter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erreicht. Der Zwang zu Megakassen wird also unter dem neuen Recht nicht mehr so stark sein wie heute, weil das neue Gesetz ermöglicht, dass die Kosten über den Wettbewerb beeinflusst werden können, auch über einen innovativen Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern (besondere Tarifverträge, alternative Versicherungsformen).

- Der Trend zu Megakassen birgt für die Versicherten noch eine andere Gefahr in sich. Kommt es unter dem alten Recht tatsächlich zu einer Fusion von mehreren Kassen zu einer Megakasse (bisher handelt es sich nur um eine Zusammenarbeit von Kassen, welche formell selbständig bleiben), dann können die älteren Versicherten massiv benachteiligt werden. Das alte Gesetz erlaubt bei Kassenfusionen nämlich Prämienzuschläge für ältere Versicherte, wobei ein maximaler Zuschlag von 100 Prozent zulässig ist. In den Fusionsverträgen, die in der Vergangenheit abgeschlossen worden sind, wurden die Zuschläge ab dem 56. Lebensjahr erhoben.
- Im neuen Gesetz besteht diese Gefahr von Prämienzuschlägen für ältere Versicherte nicht mehr, weil die Kassen von allen Versicherten ab dem 25. Altersjahr die gleiche Prämie verlangen müssen. Es sind nur noch Prämienabstufungen nach Kantonen und Regionen erlaubt. Zudem wird es Prämienunterschiede zwischen den Kassen geben.

Zum Konzentrationsprozess bei den anerkannten Krankenkassen:

Jahr	Anzahl anerkannter Kassen
1930	1148
1940	1147
1950	1154
1960	1088
1970	815
1980	555
1985	449
1990	246
1991	228
1992	213

Kennzahlen der grössten Kassen

Kassen	Risiko- ausgleich in Mio. Fr. 1993	Gesamtertrag in Mio. Fr.		Veränd in %	Ergebnis in Mio. Fr.		Versicherte in 1000		Veränd in %
		1992	1993		1992	1993	1992	1993	
Swisscare total	42.8	4578.2	5250.1	14.7	-138.8	299.1	2401	2351	-2.1
-Helvetia	39.5	2807.6	3288.0	17.1	-127.5	240.6	1407	1356	-3.6
-Konkordia	-1.4	927.3	1007.6	8.7	1.7	27.4	525	526	0.2
-KFW	4.7	843.3	954.5	13.2	-13.0	31.1	469	469	0.0
Arcovita total	103.2	4528.7	4925.1	8.8	-53.0	223.5	2275	2209	-2.9
-CSS	25.5	2022.9	2224.1	9.9	-6.8	92.6	1044	1020	-2.3
-Grütli	37.0	1176.6	1251.0	6.3	-29.5	61.2	585	561	-4.1
-KKB	10.0	833.2	926.5	11.2	-9.3	52.2	426	415	-2.6
-Evidenzia	30.7	496.0	523.5	5.5	-7.4	17.5	220	213	-3.2
Swica total	4.3	940.9	1026.6	9.1	3.4	21.7	570	572	0.4
-Oska	11.3	409.9	445.8	8.8	-1.5	9.5	250	247	-1.2
-SBKK	-7.6	349.0	362.1	3.8	0.6	4.4	227	217	-4.4
-Zoku	0.2	177.6	211.3	19.0	4.1	7.2	90	103	14.4
-Panorama	0.4	4.4	7.4	68.2	0.2	0.6	3	5	66.7
Artisana	-30.0	303.9	532.4	75.2	4.4	42.3	204	323	58.3
KPT	-15.3	453.2	534.4	17.9	8.7	19.2	237	245	3.4
Intras	-53.1	405.9	462.2	13.9	8.5	1.6	260	264	1.5
Sanitas	-44.0	272.0	352.7	29.7	31.0	26.4	182	198	8.8

Quelle: Jahresrechnungen 1992/93

5.3. Wird mit dem Risikoausgleich nicht "Artenschutz" betrieben? Bringt der überhaupt etwas? Was hat der Versicherte eigentlich davon?

Zielgruppe: Versicherte, Versicherer

Angesprochene KVG-Norm: Art. 105

Der Risikoausgleich unter den Krankenkassen ermöglicht einen fairen Wettbewerb, gerade auch in der Startphase des neuen Gesetzes.

- Bei Inkrafttreten des neuen Gesetzes sind die Startbedingungen nicht für alle Versicherer gleich. Die Billigkassen haben viele junge Versicherte (gute Risiken), während die Familienkassen mit älteren und kostenträchtigeren Versicherten (schlechte Risiken) belastet sind. In der Startphase des neuen Gesetzes – der Gesetzgeber hat diese auf 10 Jahre beschränkt –, in welcher die volle Freizügigkeit erst noch durch die Versicherten genützt werden muss, ist es deshalb sinnvoll, einen Ausgleich zwischen den Kassen herzustellen, denn nur so wird ein fairer Wettbewerb erst möglich. Nach dieser Startphase entfällt der Risikoausgleich, um nicht doch noch Strukturhaltung für unwirtschaftliche Kassen zu betreiben.
- Zum besseren Verständnis des Risikoausgleichs werden im folgenden die Zielsetzung, der Mechanismus und die ersten Erfahrungen im Rahmen des Dringlichkeitsrechts kurz dargestellt:
 - Sein Zweck besteht darin, Unterschiede in den Versichertenbeständen, die zu grossen Unterschieden bei den Prämien führen, auszugleichen. Es soll eine Solidarität zwischen den Versicherern hergestellt werden.

- Funktionsweise: Versicherer mit einer geringen Anzahl betagter Versicherter und Frauen haben über eine Ausgleichsstelle Beiträge an Versicherer mit vielen Betagten und Frauen zu bezahlen. Versicherer, die solche Beiträge erhalten, können die Prämien ihrer Versicherten ermässigen; ihre Stellung im Wettbewerb wird gestärkt.

- In der heutigen freiwilligen Krankenversicherung mit ihren nach Eintrittsalter abgestuften Prämien, den Eintrittsaltergrenzen und den gesundheitlichen Vorbehalten ist die Freizügigkeit sehr stark eingeschränkt. Dies hat zur Sammlung "schlechter Risiken" in bestimmten Kassen geführt. Mit dem Risikoausgleich erhalten diese nun einen Beitrag von seiten der "guten Risiken", d.h. von den jüngeren Männern.

5.4. Inwiefern wird sich das neue Gesetz auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen auswirken?

Zielgruppen: Versicherte

Angesprochene KVG-Norm: Art. 22

Das neue Gesetz bringt einen stärkeren Wettbewerb unter den Krankenkassen, was sich dämpfend auf die Verwaltungskosten auswirken wird.

- Die Begrenzung der Verwaltungskosten obliegt in erster Linie den Versicherern. Die Verantwortung hierfür wird ihnen vom Gesetz auferlegt. Die Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung unseres Landes verbietet Missbräuche in diesem Bereich. Jeglicher Missbrauch wirkt sich nämlich auf die Höhe der Prämien und indirekt auf den Anspruch auf kantonale Prämienverbilligungen aus und hätte einen Anstieg der Ausgaben der öffentlichen Hand zur Folge.
- Die Versicherer müssen wie jeder Unternehmer handeln, der sein Produkt verkaufen will. Damit die volle Freizügigkeit, die mit der Versicherungspflicht eingeführt wird, effizient ist und der Wettbewerb zwischen den Versicherern spielt, muss die Öffentlichkeit durch Marketing- und Public-Relations-Methoden informiert werden. Doch diese Information muss in einem angemessenen Rahmen bleiben, um den Interessen der Versicherten (niedrige Prämien) nicht zuwiderzulaufen.
- Die Versicherten werden im Endeffekt das entscheidende Wort sprechen, denn sie können inskünftig ohne Nachteil (Aufhebung der Vorbehalte und der Abstufung der Beiträge nach dem Eintrittsalter in die Krankenkasse) von einer Kasse in die andere wechseln und so die Kasse auswählen, deren Werbungs- und Informationspolitik ihnen am besten entspricht.
- Ein Eingreifen des Bundes ist nur in den Fällen vorgesehen, in denen die Verwaltungskosten nicht mehr in einem angemessenen Rahmen bleiben.

6. Kantone

6.1. Werden die Kantone nach dem neuen Gesetz bevormundet?

Zielgruppe: Kantone

Angesprochene KVG-Normen: Art. 46 - 48, 51, 53 - 55, 65 - 66

**Das neue Gesetz bringt keine neuen Eingriffe
In die kantonalen Kompetenzen.**

- Das neue Gesetz enthält verschiedene Vorschriften, die zur Kosteneindämmung bei gleichzeitiger Sicherung der Qualitätsstandards im Gesundheitswesen beitragen sollen. Dazu gehört insbesondere das Tarifwesen sowie die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung. Bereits nach dem alten Gesetz stehen den Kantonen in diesem Bereich massgebliche Kompetenzen zu. So liegt die **Gesetzgebungskompetenz im Gesundheitswesen** in erster Linie **bei den Kantonen**, was sich insbesondere auf die Durchsetzung von Planungen auswirkt. Die **Tarife** und Preise für die Leistungen in der Krankenversicherung sind von den Leistungserbringern und den Krankenkassen in Verträgen festzulegen, welche, soweit sie nicht gesamtschweizerisch gelten sollen, von der zuständigen **Kantonsregierung zu genehmigen** sind. Einigen sich die Tarifpartner jedoch nicht, so hat die zuständige kantonale Behörde nach altem wie nach neuem Gesetz den Tarif festzusetzen. Wie bis anhin besteht die Möglichkeit der Beschwerdeerhebung an den Bundesrat gegen die Entscheide der Kantonsregierung.
- Die **Globalbudgetierung** wird im neuen Gesetz ausdrücklich erwähnt. Dabei ist einerseits der Kanton von sich aus befugt, für den stationären Bereich (Spitäler und Pflegeheime) einen Gesamtbetrag für die Finanzierung festzusetzen (Globalbudget als dauerndes finanzielles Steuerungsinstrument). Andererseits können die Versicherer dies als ausserordentliche Massnahme beim Kanton beantragen, wenn die Kosten übermässig ansteigen (Plafonierung der Kosten).

- Die Kantone erhalten zudem bei den von ihnen genehmigten, d.h. im betreffenden Kantonsgebiet gültigen Tarifverträgen zusätzlich die Kompetenz, als **ausserordentliche Massnahme** einen **Tarif- und Preisstopp** für sämtliche oder bestimmte Leistungen zu verfügen. Diese Massnahme darf dann verfügt werden, wenn sich die Entwicklung der durchschnittlichen Krankenpflegekosten gegenüber der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung verdoppelt.
- Einen Schwerpunkt des neuen Gesetzes bildet die **individuelle Prämienverbilligung**. Den Kantonen kommt dabei die Aufgabe zu, das Verfahren der Festsetzung und Auszahlung der Prämienverbilligungen an die jeweiligen Kantonsangehörigen festzulegen. Die Ausgestaltung dieses Verfahrens wird den Kantonen überlassen. Es bestehen keine bundesrechtlichen Vorschriften. Einzig die Beiträge des Bundes an die Kantone werden detailliert festzuschreiben sein. Es ist daher jedem Kanton möglich, bestehende Systeme der Prämienverbilligung sowie die Bedürfnisse der Kantonsangehörigen angemessen zu berücksichtigen.

6.2. **Müssen auch die Kantone zu den Verlierern gezählt werden, indem sie vom Bund zur Prämienverbilligung gezwungen werden können. Wie hoch ist die administrative Mehrbelastung?**

Zielgruppe: Kantone

Angesprochene KVG-Normen: Art. 65 - 66

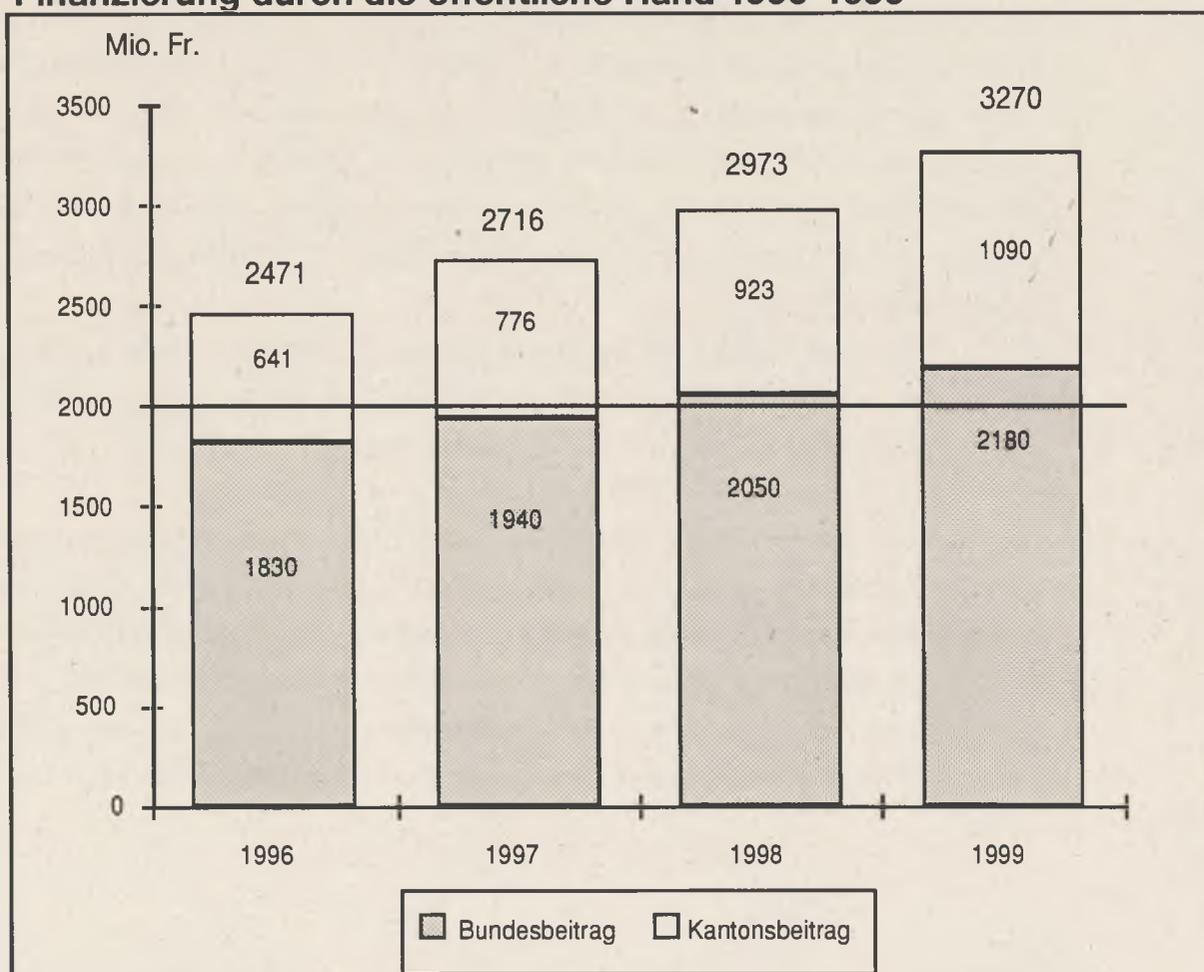
Die Kantone werden mit dem neuen Gesetz nicht nur belastet, sondern – zum Beispiel bei den Ergänzungsleistungen (EL) und der Sozialhilfe – auch entlastet.

- Das neue Gesetz verpflichtet die Kantone, den Versicherten, die durch die Prämien an die Krankenversicherung zu stark belastet werden, Prämienverbilligungen zu gewähren.
- Die Kantone bezahlen **schon heute** Subventionen von über 600 Millionen Franken (inklusive der Beiträge der Gemeinden) an die Krankenversicherung. Der Gesamtbetrag der Subventionen, die sie inskünftig gewähren werden, liegt bei rund 1 Milliarde jährlich. Die zusätzliche Belastung liegt also bei etwa 400 Millionen. Dieser Betrag wird jedoch erst im Jahre 1999 erreicht werden. Bis zu diesem Zeitpunkt wird sich der Beitrag der Kantone schrittweise erhöhen.
Die zusätzlichen Kosten, die der Bund übernimmt, liegen in einer ähnlichen Grössenordnung; der Bundesbeitrag wird von gegenwärtig 1,3 Milliarden auf 2,18 Milliarden Franken im Jahre 1996 ansteigen.
- Der Beitrag der Kantone an die individuelle Verbilligung der Prämien nach Einkommen ist von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich; die **Zusatzbelastung** wird demzufolge auch **sehr unterschiedlich** ausfallen. Einerseits entstehen durch das neue Gesetz zusätzliche finanzielle Belastungen für die Kantone, doch andererseits werden sie von bestimmten finanziellen Lasten im Bereich der **Ergänzungsleistung und der Sozialhilfe** entlastet.

Die Krankenversicherungsbeiträge der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen werden in Zukunft weitgehend subventioniert. Sie werden einen viel bescheideneren Prozentteil ausmachen, als heute. Sie werden daher nicht mehr vom Einkommen abgezogen, das Anspruch auf Ergänzungsleistungen gibt. Im Gegenzug werden die Einkommensgrenzen (die dem entsprechen, was die Versicherte und der Versicherte zum Leben brauchen) erhöht, um die Prämien der Krankenversicherung zu berücksichtigen. Überdies wird ein Teil der Prämien, die vom Bund und von den Kantonen finanziert werden, in Zukunft nicht mehr aus dem *kantonalen Sozialhilfbudget* stammen.

- Prämiengünstige Kantone können zudem, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen sichergestellt ist, die von ihnen aufzubringenden Beiträge um bis zu 50 Prozent kürzen. Das Argument, es würden den Kantonen unnütze Prämienverbilligungen aufgezungen, kann somit in keiner Art und Weise bestätigt werden.

Finanzierung durch die öffentliche Hand 1996-1999



- Der Bundesbeitrag von 2 Milliarden Franken wird in den ersten vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes so aufgeteilt, dass mit den zur Verfügung stehenden Bundesmitteln über die ersten vier Jahre trotz Teuerung ein möglichst gleichmässiger Subventionierungsgrad bei den Versicherten erreicht wird.

Prämienverbilligung insgesamt (1996)	2'470
Bundesbeitrag (1996)	1'830
Prämienverbilligung durch die Kantone nach KVG (1996)	640
Durch die Kantone heute geleistete Beiträge (1992)	630
Mehraufwand durch individuelle Prämienverbilligungen	10
Entlastung bei EL aufgrund der individuellen Prämienverbilligungen	-85
Subtotal (exkl. sonstige Auswirkungen KVG auf Kantone)	- 75
* Verwaltung	41
* Spitalfinanzierung (Einsparungspotential Art. 49 KVG)	-312
* Ausserkantonale Behandlungen	70
Bilanz (inkl. sonstige Auswirkungen KVG auf Kantone)	- 276

*Quelle: Schätzungen der Sanitätsdirektorenkonferenz und der Finanzdirektorenkonferenz

- Soweit die individuelle Prämienreduktion zu zusätzlichen Belastungen für die Kantone führt, werden Einsparungen im Bereich der Ergänzungsleistungen ermöglicht. Nicht berücksichtigt ist die Entlastung bei der Sozialhilfe (Aussteuerung, Bezahlung uneinbringlicher Prämien).

6.3. Die Einführung der Prämienverbilligung kommt ja eigentlich einem Systemwechsel gleich? Heisst das, dass die Krankenkassen und die Kantone im Bereich der Administration alles auf den Kopf stellen und ein Heer von zusätzlichen Beamten rekrutieren müssen?

Zielgruppe: Kantone, Versicherer

Angesprochene KVG-Normen: Art. 65 - 66

Die meisten Kantone können auf bestehenden Subventionssystemen aufbauen und werden deshalb auch unter dem neuen KVG keinen nennenswerten administrativen Mehraufwand zu verkraften haben.

- Das vorgeschlagene Subventionssystem ist auf Bundesebene neu. Auch für bestimmte Kantone (UR, OW, GL, ZG, AI, GR, AG), die bis anhin kein oder nur ein sehr limitiertes Prämienverbilligungssystem unter Berücksichtigung des Einkommens der Versicherten kannten. Andere Kantone (z.B. TI, NE, VD und ZH) kennen bereits ein Prämienverbilligungssystem unter Berücksichtigung der finanziellen Verhältnisse der Versicherten. Sie wurden vom Bund unterstützt (Art. 4, Beschluss vom 13. Dezember 1992), der 1993 eine Summe von 100 Millionen Franken an diejenigen Kantone verteilte, die bereits ein derartiges System hatten oder einführen wollten.
- Die Einführung dieses Systems wird also **unterschiedliche Auswirkungen** auf die einzelnen Kantone haben, je nachdem, ob die notwendige Infrastruktur (Informatik, Räumlichkeiten, Personal), die Zusammenarbeit zwischen den betroffenen Einrichtungen (Krankenkasse, kantonale Finanzbehörde) und die Auszahlungsverfahren (auf Antrag oder von Amtes wegen) bereits eingerichtet sind.
- Die Kantone sind frei, das Subventionssystem nach ihren eigenen Vorstellungen auszugestalten (Subventionsgrenze, Betrag der Subvention, Bewilligungsverfahren). Der Verwaltungsaufwand fällt also je nach Wahl unterschiedlich aus.

- Der Kanton Tessin zum Beispiel wendet ein Prämienverbilligungssystem basierend auf den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten an. Er braucht dafür 8 Personen. Im Kanton Neuenburg sieht es ähnlich aus: 11 Personen sind für die Durchführung des fein abgestuften Verbilligungssystems notwendig (Informationen aus dem Jahre 1993).

Alphabetisches Stichwortverzeichnis

Ärzte/Ärztinnen	1.7./4.2./4.6.
Alternativen zum KVG	1.3./1.4.
Alternative Versicherungsmodelle	2.7./2.8.
Altersprämien	3.9.
Arbeitgeberschaft	2.1.
Artisana	1.6./3.9.
Ausserordentliche Kostendämpfungsmassnahmen	2.1./6.1.
Bergzuschläge	3.12.
Billigkassen	1.1./3.6.
Eigenverantwortung der Versicherten	2.1./2.7.
Einheitsprämie	3.2.
Eintrittsalterprämie	2.3./3.6.
Entsolidarisierung	2.3.
Ergänzungsleistungen	6.2.
Familien	3.6./4.3./4.4.
Finanzierung der Krankenversicherung	2.13./3.3.
Frauen	3.7./3.11./4.4.
Freizügigkeit	1.1./2.4./3.8.
Geschichte der KVG-Vorlage	1.5.
Gesundheitsförderung	2.7./4.4./4.5.
Gesundheitskosten	2.12.
Globalbudget	2.9./6.1.
HMO	2.8.
Kantone	2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1./6.3.
Kartellverbot	1.7./2.1./2.2./5.2.
Kollektivversicherung	3.6./3.11.
Komplementärmedizin	4.2.
Kopfprämie	3.1.
Kostenbeteiligung	2.7./2.11.
Kostendämpfung	2.1./3.4.
Krankenpflegekosten, Entwicklung bis 1992	1.1.

Leistungen	3.3./4.1.
Leistungserbringer	2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1./4.3./4.5./4.6./5.2.
Lohnentwicklung	1.1.
Mengenausweitung	2.6.
Mutterschaft, Leistungen	3.7.
Notrecht	1.1.
Obligatorium	2.3.
Prämien	
- im allgemeinen	3.3.
- risikogerechte	3.9./3.10
Prämienerbilligung	3.1./3.4./6.3./6.2.
Prämiensteigerungen	3.3./3.11.
Prävention	4.4./4.5.
Preisentwicklung	1.1.
Privatversicherer	1.7.
Qualitätssicherung	2.5.
Risikoausgleich	5.3.
Selbstdispensation	4.6.
Sozialhilfe	1.2./6.2.
Spitäler	2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.
Spitex	4.3.
SPS/SGB-Initiative	1.4.
Spitalplanung	2.10.
Staatsmedizin	1.6.
Subventionen	3.5.
Tarifierung	1.7.

Versicherer	2.1./2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.
Versicherte	
- im allgemeinen	2.1./2.5./2.11./3.1./3.5./4.2./4.5./5.1./5.4.
- ältere	1.1./2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./3.10./4.1./4.3.
- jüngere	1.1./3.9./3.10./4.4.
- Kollektivversicherte	3.6./3.11.
Versicherungsvorbehalte	2.3./3.3./3.8.
Vertragsfreiheit	1.7./2.1.
Verwaltungsaufwand und -kosten	2.3./5.4./6.3.
Wettbewerb	1.1./2.1./2.2./5.4.
Wirtschaftlichkeit	2.5.
Zusatzversicherungen	2.4./1.2./3.7./3.4./5.1.
Zweiklassenmedizin	4.1./5.1.

Verzeichnis nach Zielgruppen

Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen	2.1.
Bergbevölkerung	3.12.
Familien	3.6./4.3./4.4.
Frauen	3.7./3.11./4.4.
Kantone	2.3./2.9./2.10./3.4./4.4./6.1./6.3.
Leistungserbringer	2.1./2.2./2.5./2.6./2.8./4.1./4.3./4.5./4.6./5.2.
Spitäler	2.1./2.9./2.10./4.1./4.3.
Versicherer	2.1.-2.6./2.8./2.10./4.1./4.4./4.5./5.2.
Versicherte	
- im allgemeinen	2.1./2.5./2.11./3.1.-3.5./4.2./4.5./5.1./5.4.
- ältere	1.1./2.3./2.4./3.6./3.8./3.9./3.10./4.1./4.3.
- jüngere	1.1./3.9./3.10./4.4.
- Kollektivversicherte	3.6./3.11.

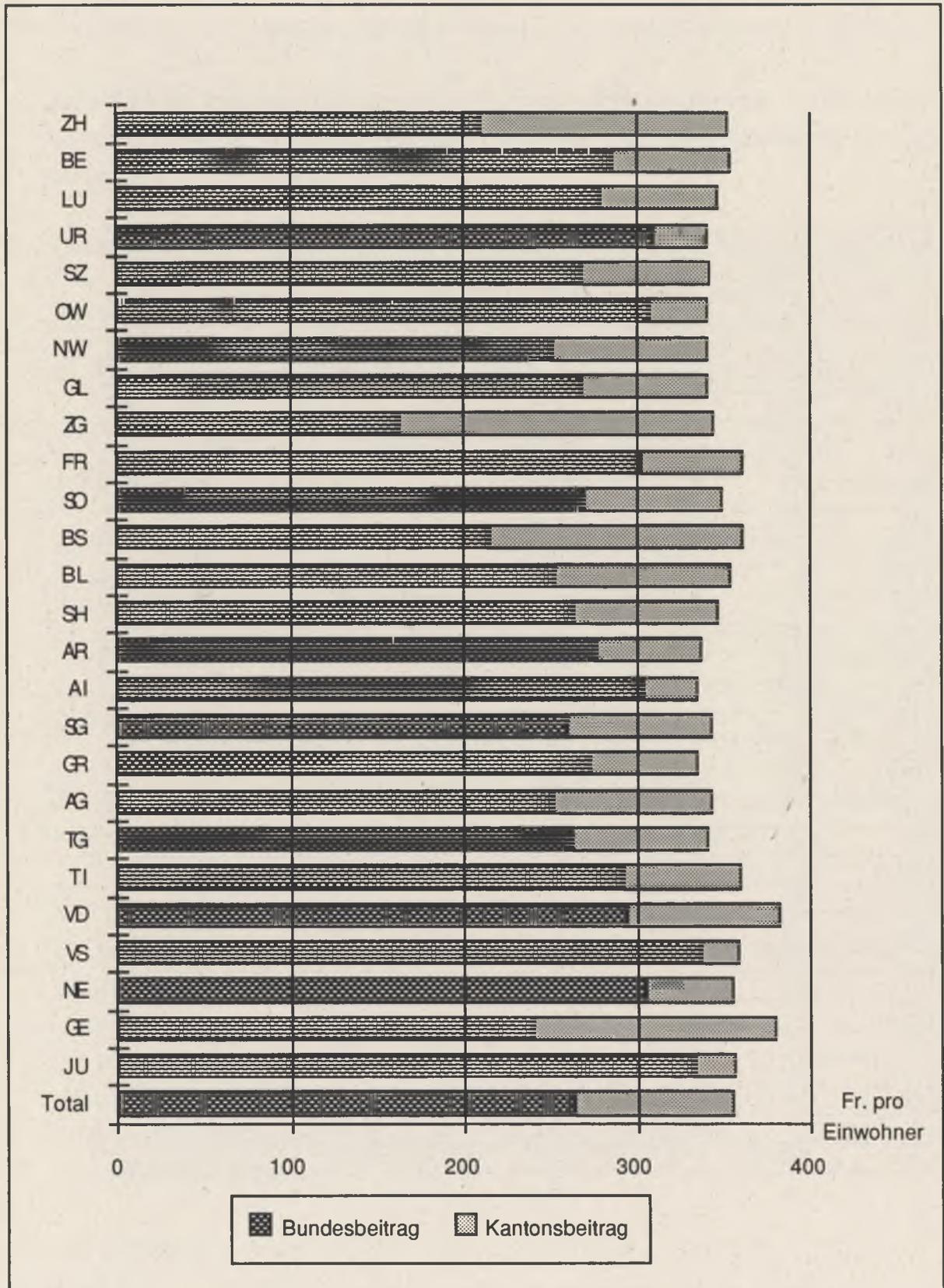
Gesetzesregister

Artikel		Artikel	
3ff.	2.3.	50	4.3.
7	2.4./3.7.	51	2.9./6.1.
12 Abs. 2+3	3.7/5.1.	53	6.1.
19	4.4./4.5.	54	6.1.
20	4.4./4.5.	55	6.1.
22	5.4.	56	2.5.
24ff.	3.3./4.1./5.1.	58	2.5
26	4.4./4.5.	61	3.1./3.2./3.7./5.2.
29	3.7./4.3.	62	2.8./5.2.
30	3.7.	64	2.11.
32	4.2.	65	3.4./6.1./6.2./6.3.
33	4.2.	66	3.4./6.1./6.2./6.3.
37 Abs. 3	4.6.	105	5.3.
39 Abs. 1 Bst. d	2.10./4.3.	106 Abs. 1	3.5.
42 Abs. 3	2.6.		
43	2.6.		
46 Abs.1-3	2.2./5.2./6.1.		
47	6.1.		
48	6.1.		
49	2.6./4.3.		

D Ergänzungsbericht: Individuelle Prämienverbilligungen

Inhaltsübersicht

Die Grundzüge der neuen Regelung	S. 97
Wieviel Geld haben die Kantone maximal zur Verfügung?	S. 98
Wieso sind genaue Aussagen zu den Auswirkungen der Prämienverbilligungen schwierig?	S. 100
Wer zahlt wieviel Monatsprämien pro Haushalt? Haushaltstypen: 2 Erwachsene 2 Kinder 2 Erwachsene 4 Kinder 1 Erwachsener	S. 102
Wie könnte die Prämienverbilligung durchgeführt werden? Das Beispiel des Kantons Tessin	S. 105
Anhänge	
Verteilung des steuerbaren Einkommens nach verschiedenen Haushaltstypen im Kanton Neuenburg (Abbildung)	S. 107
Prämiensituation bei einem steuerbaren Einkommen von 40'000 Franken (Abbildungen)	S. 108



Wieso sind konkrete Aussagen zu den Auswirkungen der Prämienverbilligungen schwierig?

- Die Prämiensituation jedes einzelnen Versicherten unterscheidet sich nach dem alten Gesetz nach Kasse, Eintrittsalter des Versicherten und gewähltem Versicherungspaket.
- Die Prämien werden statistisch nicht erfasst.
- Die Kantone bestimmen das Prämienverbilligungssystem und bezeichnen damit auch, welches die Personen und Haushalte in bescheidenen Verhältnissen sind.
- Die Steuereinkommen werden nur in der Statistik der direkten Bundessteuern einheitlich erfasst. Die Nicht-Bundessteuerpflichtigen - Alleinstehende mit einem Einkommen unter 14'000 Franken, Verheiratete mit einem Einkommen unter 23'300 - werden statistisch nicht erfasst.
- Die kantonalen Steuerstatistiken sind uneinheitlich und von unterschiedlicher Aussagekraft.
- Die Schweiz kennt 26 Steuergesetze, womit Vergleiche schwierig sind (z.B. wegen unterschiedlichen Abzügen).
- Der Verteilungsschlüssel für die Bundesbeiträge ist noch nicht definitiv festgelegt.
- Die Situation bei Inkrafttreten des Gesetzes (1. Januar 1996) muss prognostiziert werden und wurde aufgrund eines Prämienindex und der Kostenschätzungen berechnet.
- Die Kostenschätzungen beruhen auf Annahmen, da der Leistungskatalog in der Verordnung zum neuen Gesetz erst noch festgelegt werden muss.

- Die Auswirkungen des neuen Gesetzes sind schwierig zu beurteilen, da es sich um eine Neuordnung des Systems handelt. Nicht die Auswirkung am ersten Tag des Inkrafttretens ist wichtig, sondern die mittel- und langfristige Sicherung des Systems.

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat trotz diesen Schwierigkeiten versucht, die mögliche Prämiensituation in den Kantonen darzustellen⁴.

Bei der Interpretation zu berücksichtigen:

- Ein jährlich steuerbares Einkommen von 40'000 Franken entspricht in etwa dem BIGA-Durchschnittslohn von monatlich 4'778 Franken.
- Der Anteil der Steuerpflichtigen mit einem steuerbaren Einkommen von unter 35'000 Franken bewegt sich gemessen am Total der Steuerpflichtigen je nach Kanton zwischen 34 und 61 Prozent.

⁴Vgl. dazu auch die Grafik zur Einkommensverteilung im Kanton Neuenburg (Beispiel) sowie zur Prämiensituation der einzelnen Haushaltstypen bei einem Einkommen von 40'000 Franken.

**Wer zahlt wieviel Monatsprämien?
Haushalt mit 2 Erwachsenen und 2 Kindern**

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6 %)
AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	326	326	326
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	200	250
Differenz in Prozent	-69.4	-38.7	-23.4

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%)
BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	460	460	460
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	367	458
Differenz in Prozent	-60.1	-20.2	-0.3

In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%)
GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	560	560	560
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	267	533	667
Differenz in Prozent	-52.4	-4.8	19.1

**Wer zahlt wieviel Monatsprämien?
Haushalt mit 2 Erwachsenen und 4 Kindern**

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6 %) AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	409	409	409
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	200	250
Differenz in Prozent	-75.5	-51.1	-38.9

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%) BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	576	576	576
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	367	458
Differenz in Prozent	-68.2	-36.3	-20.4

In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%) GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20'000	40'000	50'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	702	702	702
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	267	533	667
Differenz in Prozent	-62.0	-24.0	-5.0

**Wer zahlt wieviel Monatsprämien?
Haushalt mit 1 Erwachsenen**

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6 %) AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	122	122
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	142
Differenz in Prozent	-18.0	16.6

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%) BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	172	172
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	200
Differenz in Prozent	6.8	16.6

In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%) GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)

Steuerbares Einkommen	20'000	40'000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	209	209
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	244	244
Differenz in Prozent	16.6	16.6

Wie könnte die Prämienverbilligung durchgeführt werden? Das Beispiel des Kantons Tessin

- Der Kanton Tessin hat mit Gesetz vom 28. Mai 1986 (Inkrafttreten 1.1.87) für die ganze Bevölkerung die Krankenversicherung obligatorisch erklärt. Gleichzeitig hat er ein Prämienverbilligungssystem eingeführt, das sich auf folgende Grundsätze stützt:
- Die Prämien werden durch den Kanton subventioniert, wenn das steuerbare Einkommen des Versicherten unterhalb einer bestimmten Grenze liegt. Wenn das Einkommen für eine Einzelperson Fr. 16'000.-, für eine Familie Fr. 26'000.- nicht erreicht, besteht ein Anspruch auf diese Unterstützung.

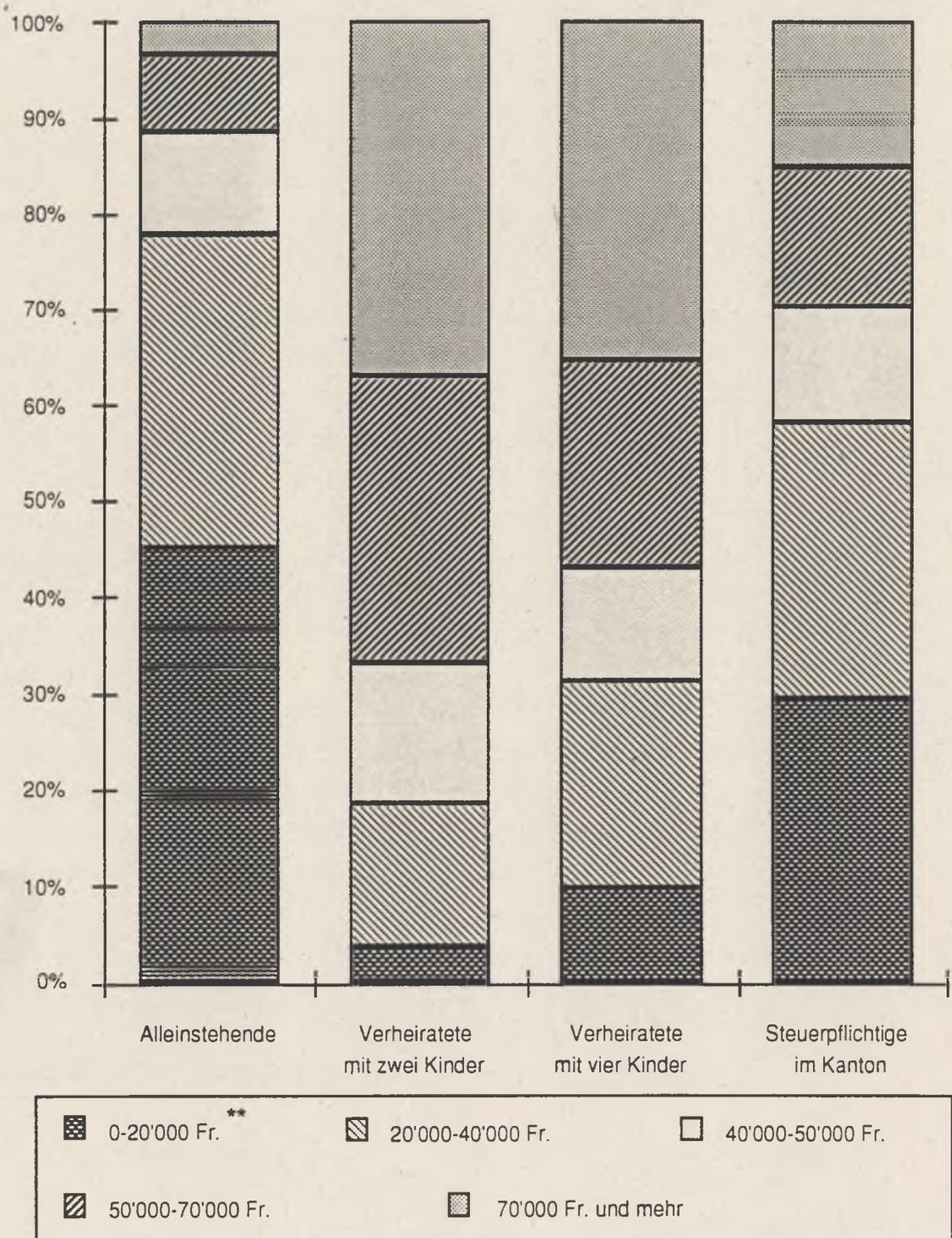
Die Höhe des kantonalen Zuschusses wird wie folgt berechnet:

- Einen Teil der Prämie, welcher vom steuerbaren Einkommen abhängt, bezahlt der Versicherte selber (quota minima). Für alleinstehende Erwachsene beträgt dieser Teil 7 Prozent des Einkommens, für erwachsene Familienmitglieder 4,5 Prozent und für Kinder 2 Prozent. Es handelt sich dabei also um einen Mindestbeitrag, welcher proportional zum Einkommen festgelegt wird.
- Auf der Basis der Gesamtsumme der von den Kassen im Kanton Tessin erhobenen Prämien legt der Kanton jedes Jahr eine gewichtete Durchschnittsprämie fest. Diese dient als Grundlage zur Bestimmung der Höhe des Zuschusses. Sie bildet die obere Grenze für die Uebernahme durch den Kanton. Für das Jahr 1994 ist sie auf Fr. 1'760.- für Erwachsene und auf Fr. 880.- für Kinder festgelegt. Verlangt die Kasse eines Versicherten, der Anspruch auf Prämienverbilligung hat, einen höheren Betrag, so bezahlt der Versicherte selbst die Differenz zwischen der gewichteten Durchschnittsprämie und der Prämie seiner Kasse.

Verlangt die Kasse beispielsweise Fr. 1'900.- für das Jahr 1994, bezahlt der Versicherte selber Fr. 140.- zusätzlich zu seinem Mindestbeitrag. Es ist für ihn also vorteilhaft, einer Kasse anzugehören, deren Beiträge nicht höher liegen als die gewichtete Durchschnittsprämie.

-
- Ausserdem sind Familien von der Bezahlung der Prämien für das zweite Kind befreit, wenn sie die Prämienverbilligung erhalten oder wenn sie ein Einkommen unter Fr. 35'000.- haben. Alle Familien sind von der Bezahlung der Prämien für das dritte und die weiteren Kinder befreit.
 - 1992 haben insgesamt 33 Prozent der Bevölkerung vom Kanton eine Prämienverbilligung erhalten; 1993 sind etwa 66 Millionen Franken aufgewendet worden. Aufgrund von Schätzungen werden nach dem neuen Gesetz 104 Millionen Franken zur Verfügung stehen.

Verteilung des steuerbaren Einkommens nach verschiedenen Haushaltstypen im Kanton Neuenburg (Abbildung)*

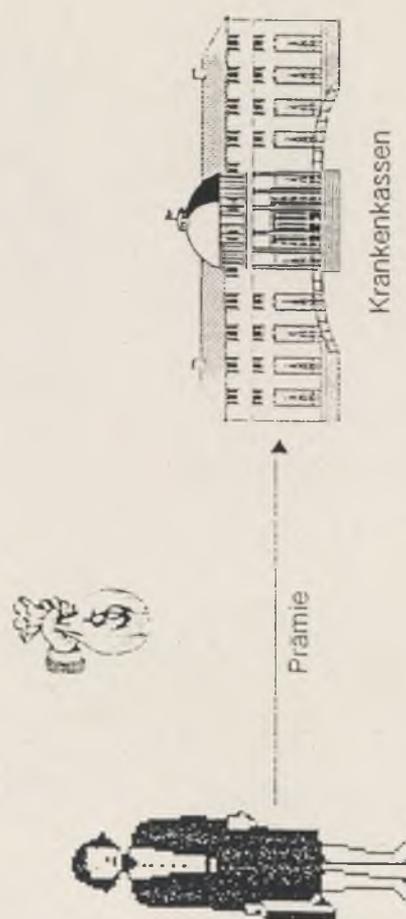
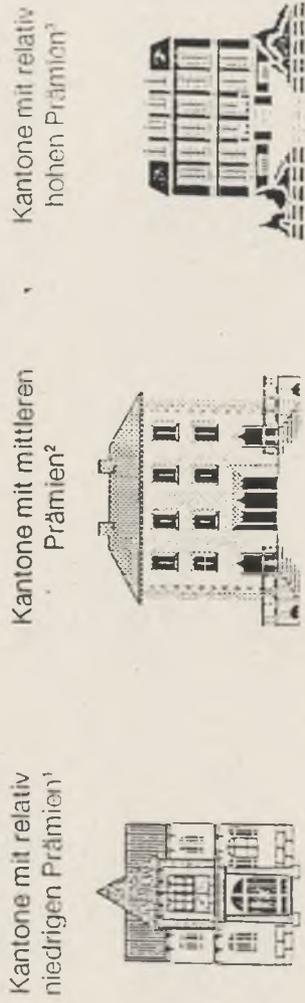


* Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung nach Angaben des Finanz- und Sozialdepartementes des Kantons Neuenburg (taxation 1993).

** Bei den Einkommen bis 20'000 Franken sind auch die über 17-jährigen Studenten und Lehrlinge ohne steuerpflichtiges Einkommen enthalten.

Monatsprämien: Differenz in Prozent

Haushaltstyp: 1 Erwachsener
 Steuerbares Einkommen: Fr. 40'000.-

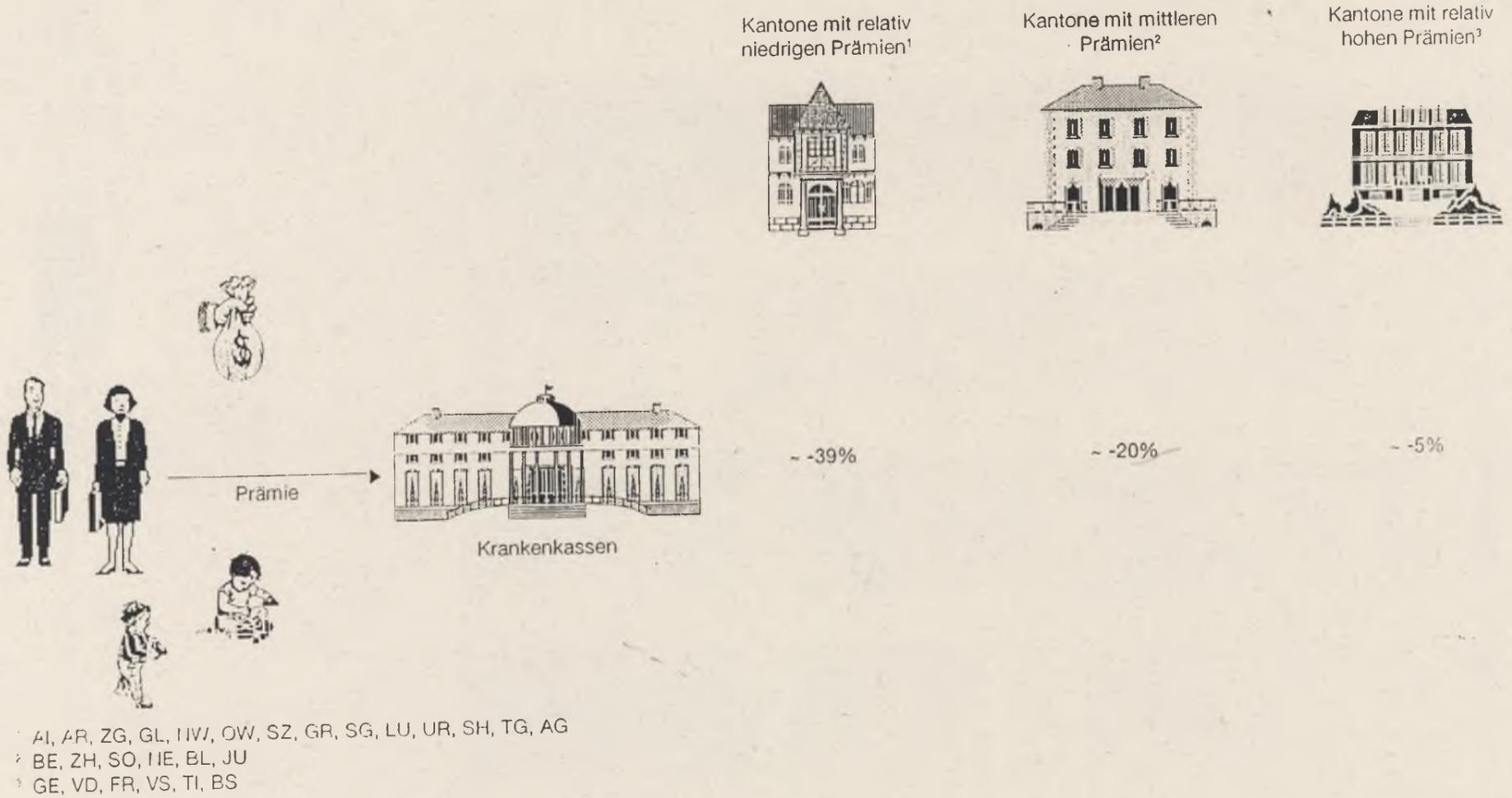


- ¹ AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG
- ² BE, ZH, SO, NE, BL, JU
- ³ GE, VD, FR, VS, TI, BS

Die Prämienzunahme ist in allen drei Kantonen gleich hoch, weil ein Haushalt mit einem erwachsenen Versicherten in allen drei Fällen keine Prämienverbilligungen erhält.

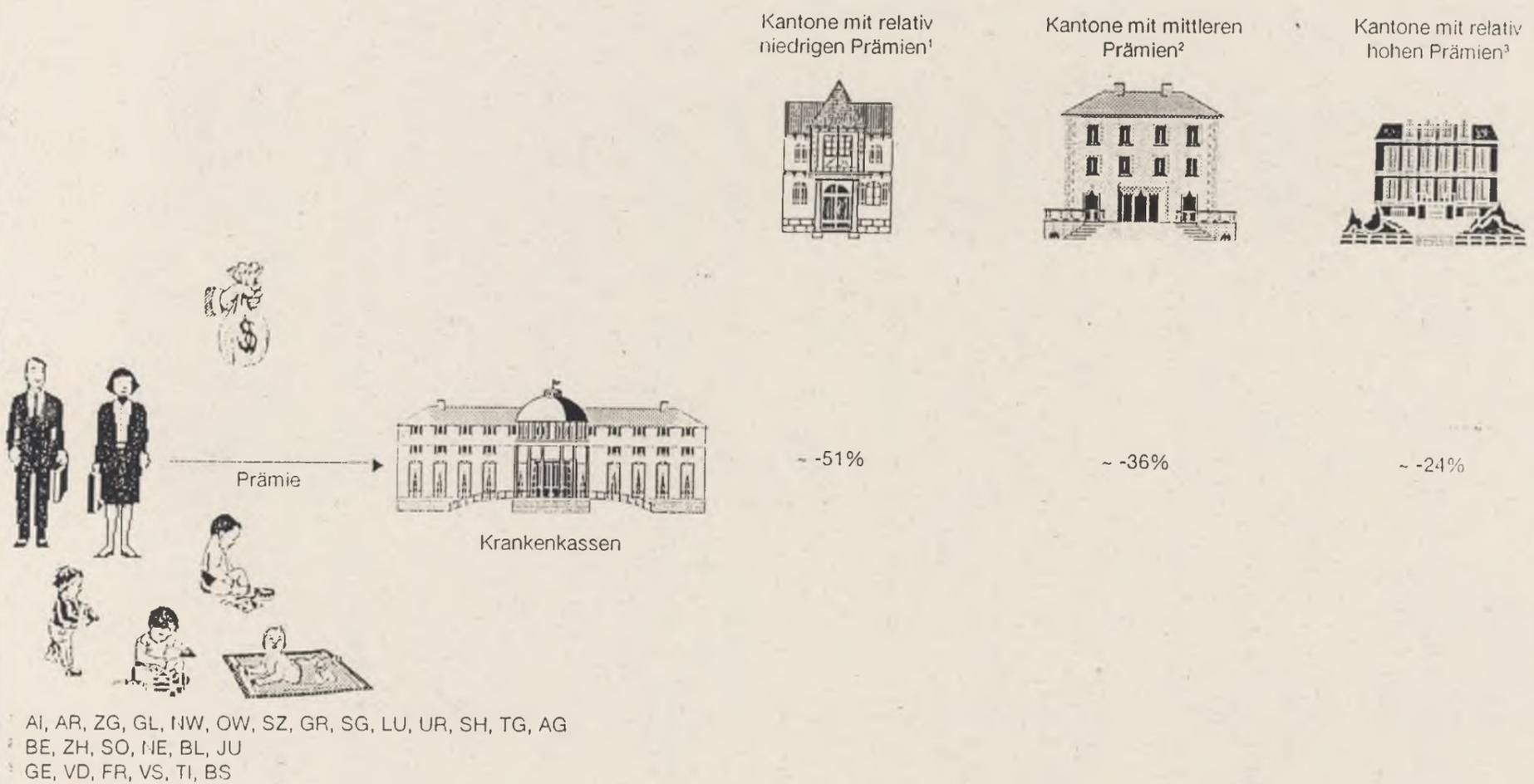
Monatsprämien: Differenz in Prozent

Haushaltstyp: 2 Erwachsene, 2 Kinder
Steuerbares Einkommen: Fr. 40'000.-



Monatsprämien: Differenz in Prozent

Haushaltstyp: 2 Erwachsene, 4 Kinder
Steuerbares Einkommen: Fr. 40'000.-



Anhang 1: Die "Leidensgeschichte" der KVG-Revision

Das aktuelle Krankenversicherungsgesetz stammt aus dem Jahr 1911 und wurde seither erst einmal, 1964, einer nennenswerten Teilrevision unterzogen. Zahlreich waren zwar die Versuche, das Gesetz den aktuellen Erfordernissen anzupassen – aber sie blieben alle erfolglos. Von 1969 bis 1974 wurde vor allem eine grundlegende Neuordnung der Krankenversicherung angestrebt; zwischen 1976 und 1987 standen Teilrevisionen in immer kleiner werdenden Schritten im Vordergrund.

Bereits fünf Jahre nach der Teilrevision von 1964, die im wesentlichen eine Verbesserung der Leistungen und eine Erhöhung der Bundesbeiträge brachte, begann eine Expertenkommission mit der Totalrevision. Daraus resultierte ein Gegenvorschlag zur Initiative der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz "für die soziale Krankenversicherung". Aber Volk und Stände verwarfen 1974 beide Vorlagen. Dreizehn Jahre später scheiterte auch das sogenannte KMVG-Sofortprogramm deutlich, das neu eine über Lohnprozente finanzierte Mutterschaftsversicherung vorsah. Vor zwei Jahren lehnten die Stimmberechtigten die Krankenkassen-Initiative "für eine finanziell tragbare Krankenversicherung" ab.

Die Eckdaten der Krankenversicherungsrevision:

- 1914** Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KUVG) vom 13. Juni 1911 tritt in Kraft. Es ist ein **Subventionsgesetz**, das die Rahmenbedingungen festlegt, welche die Krankenkassen zu erfüllen haben, um in den Genuss von Bundessubventionen zu gelangen.
- 1921/1947/
1952** Expertenkommissionen prüfen Revisionsprojekte. Eine **Revision kommt jedoch nicht zustande**.
- 1964** Das Parlament verabschiedet die **bisher einzige** nennenswerte **KUVG-Revision**. Damit werden der Zutritt zu den Kassen erleichtert, die Leistungen verbessert und die Bundesbeiträge erhöht.
- 1969** Eine **Expertenkommission** beginnt mit den Arbeiten "für eine Neuordnung der Krankenversicherung".
- 1970** Die Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS) reicht die **Volksinitiative "für die soziale Krankenversicherung"** ein. Sie verlangt ein Versicherungsobligatorium, finanziert über Lohnprozente.

- 1972 Die sogenannte Expertenkommission '70 stellt das **"Flimser Modell"** vor. Es enthält eine obligatorische Spitalversicherung, finanziert über einen Zuschlag auf den AHV-Beiträgen; ferner eine freiwillige Krankenpflegeversicherung und eine obligatorische Krankengeldversicherung für Arbeitnehmer.
- 1973 Der Bundesrat verabschiedet die Botschaft zur SP-Initiative aus dem Jahr 1970 und den eigenen Gegenvorschlag. Dieser geht von einer **obligatorischen Grossrisiko-Versicherung** in der Krankenpflege aus, finanziert über Lohnprozente.
- 1974 Die eidgenössischen Räte streichen das vom Bundesrat vorgeschlagene Obligatorium bei der Krankenpflegeversicherung.
- Volk und Stände lehnen** die SP-Initiative und den bundesrätlichen Gegenvorschlag **ab**.
- 1976 Eine Expertenkommission nimmt die Arbeiten "für eine **Teilrevision der Krankenversicherung**" auf.
- 1981 Botschaft des Bundesrates zur **Teilrevision der Kranken- und Mutterschaftsversicherung (KMVG)**: Die Krankenpflegeversicherung bleibt freiwillig, die Leistungslücken (Spitex, unbeschränkte Spitalpflege) werden geschlossen. Neben Massnahmen zur Kostendämpfung soll neu eine obligatorische Mutterschaftsgeld-Versicherung für Arbeitnehmer eingeführt werden. Die Finanzierung erfolgt über Lohnprozente.
- 1985 Die Krankenkassen reichen die **Volksinitiative "für eine finanziell tragbare Krankenversicherung"** ein. Diese sieht eine massive Erhöhung der Bundesbeiträge zur Verbilligung der Prämien vor.
- 1986 SPS und Gewerkschaftsbund reichen ihre **Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung"** ein. Sie verlangt eine obligatorische Krankenversicherung und für Arbeitnehmer eine obligatorische Krankentaggeld-Versicherung. Die Finanzierung erfolgt über Lohnprozente.
- 1987 In der **Volksabstimmung scheidet das KMVG-Sofortprogramm** deutlich. Wenig später beschliesst der Bundesrat eine grundlegende Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).
- 1991 Botschaft des Bundesrates an die eidgenössischen Räte zur Totalrevision des KVG.
Ein **dringlicher Bundesbeschluss** stoppt als Sofortmassnahme die massive Kostensteigerung.
- 1992 In der Volksabstimmung scheidet die Initiative der Krankenkassen deutlich.

-
- 1993** Die **Stimmberechtigten heissen** den **dringlichen** Bundesbeschluss "über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung" **gut**. Dieser bringt unter anderem einen Tarifstopp im ambulanten Bereich und Kostenbremsen für die Spitaltaxen. Der dringliche Bundesbeschluss ist bis Ende 1994 befristet.
- 1994** Die eidgenössischen Räte verabschieden am 18. März die KVG-Totalrevision. In der Schlussabstimmung passiert sie den Nationalrat mit 124 zu 38 und den Ständerat mit 35 zu 1 Stimmen.

Anhang 2: Musterreferat

Bezahlbare Qualitätsmedizin für alle

Die Krankenversicherung droht zum **Luxusgut** zu werden, wenn Betagte mit ihrer Altersrente die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlen können, wenn Familien mit Kindern wegen der hohen Gesundheitskosten an die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit stossen, wenn Chronischkranke, die ihre Krankenkassenprämien stets pünktlich bezahlt haben, plötzlich ausgesteuert werden: Dann stimmt etwas nicht mehr mit unserer Krankenversicherung.

Die Kosten unseres Gesundheitswesens steigen seit Jahren schneller als der Landesindex der Konsumentenpreise und die Löhne. Zwischen 1966 und 1992 erhöhten sich die Krankenpflegekosten jährlich um durchschnittlich 10 Prozent. Im gleichen Zeitraum belief sich die Preisentwicklung lediglich auf 4 Prozent. Allein die Grundversicherung wies zwischen 1985 und 1992 jährliche Steigerungsraten von rund 7 Prozent aus.

Gebremst wurde die "Kostenexplosion" erst durch Notrecht, die dringlichen Bundesbeschlüsse von 1991 und 1992. Der Deckel, den man damit der überkochenden Pfanne verpasste, hält nicht lange, wenn die Hitze unter dem Topf nicht reduziert wird. **Das alte Krankenversicherungsgesetz** – es stammt aus dem Jahr 1911 – vermag die aktuellen Probleme nicht mehr zu lösen. Deshalb hat der Bund bereits 1969 einen Revisionsversuch gestartet. Zweimal jedoch, 1974 und 1987, lehnten die Stimmberechtigten die entsprechenden Vorlagen ab.

Inzwischen sind die Probleme noch akuter geworden, besteht in der Krankenversicherung **ein eigentlicher Handlungsnotstand!** Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen belastet nicht nur die öffentlichen und privaten Haushalte immer stärker – sie führt auch zu einer Entsolidarisierung. Immer mehr Bürgerinnen und Bürger können sich eine gute Krankenversicherung und das heisst auch eine gute Krankheitsvorsorge nicht mehr leisten. Die Prämienlast wird zu gross und provoziert gerade bei jenen sozialen Schichten, wo dies am wenigsten erwünscht ist, einen Wegfall des Versicherungsschutzes.

Damit wächst die **Belastung für die Sozialfürsorge** auf Gemeinde- und Kantonsebene, für die Ergänzungsleistungen zur AHV und für andere soziale Auffangnetze. Diese drohen – nicht zuletzt auch wegen der Finanzknappheit der öffentlichen Hand – zu reissen. Bundesrat und Parlament stellen dieser

Entwicklung das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) entgegen. **Das totalrevidierte KVG sichert eine qualitativ gute und umfassende medizinische Versorgung, die für alle bezahlbar ist.**

Mit dem neuen KVG wollen Bundesrat und Parlament 3 Hauptziele erreichen:

1. Die Lücken in der Grundversicherung schliessen
2. Die Kostensteigerung eindämmen
3. Die Lücken in der Solidarität schliessen und die Entsolidarisierung stoppen

1. Die Lücken in der Grundversicherung schliessen

Seit Jahren wurden die Lücken in der Krankenversicherung, der Grundversicherung, immer offenkundiger: Sie haben teilweise sogar dazu beigetragen die Kosten anzuheizen, wo sie eigentlich das Gegenteil erreichen sollten. So war für viele Versicherte die **Hauskrankenpflege** unattraktiv, weil sie im Vergleich zu einem Spitalaufenthalt zu teuer ist. Denn die Krankenkassen übernahmen in der Grundversicherung für die – billigere – Spitex nur einen Teil der Kosten, während der – teurere – Spitalaufenthalt vollständig vergütet wurde. Mit solchen Widersprüchen räumt das neue KVG auf. Es schliesst jene Lücken in der Grundversicherung, die bisher nur über private Zusatzversicherungen gedeckt werden konnten.

Neu werden die Krankenkassen – ohne teure Zusatzversicherung – die Kosten für die **Spitex**, die spitalexterne Krankenpflege, umfassender vergüten. Die Leistungspflicht der Krankenversicherung bei einem Spital- oder Pflegeheimaufenthalt wird neu unbegrenzt sein. Bisher übernahmen die Kassen innert 900 Tagen maximal 720 Pflage tage, das heisst Chronischkranke wurden, wenn sie nicht über eine private Zusatzversicherung verfügten, nach 720 Tagen ausgesteuert und mussten für die restlichen Pflegekosten selber aufkommen.

Darüber hinaus werden die Kassen verpflichtet, auch **Präventionsmassnahmen** wie Vorsorgeuntersuchungen zu finanzieren. Weiter haben sie sich an den Kosten für Krankentransporte und – unter bestimmten Voraussetzungen – für alternative Heilmethoden zu beteiligen.

Freier Kassenwechsel

Mit der sogenannten vollen Freizügigkeit leistet das neue KVG einen entscheidenden Beitrag zur Deregulierung: Die Versicherten können neu jederzeit und ohne nachteilige Folgen ihre Krankenkasse wechseln. Denn wer heute im Alter

und bei Krankheit – freiwillig oder gezwungenermassen – in eine neue Krankenkasse eintreten möchte, hat zwei gewichtige Nachteile in Kauf zu nehmen:

- Die Prämien werden teurer.
- Bei bestehenden Krankheiten oder gesundheitlichen Risiken kann die neue Kasse einen Versicherungsvorbehalt verlangen. Dies trifft vor allem die über 45jährigen Versicherten. Für sie ist unter der heutigen gesetzlichen Regelung ein Kassenwechsel faktisch ausgeschlossen; besonders dann, wenn sie gleichzeitig unter gesundheitlichen Störungen leiden. Eine Herzpatientin zum Beispiel konnte bisher ihre einmal gewählte Kasse nicht mehr verlassen, weil die neue Versicherung sie nur mit einem sogenannten Vorbehalt in bezug auf ihre Herzkrankheit aufgenommen hätte. Sie hätte also die Pflegekosten im Zusammenhang mit dem bestehenden Leiden weitgehend selber zu tragen.

Wer in Zukunft – **unter dem neuen KVG** – seine Krankenkasse wechselt, darf dafür nicht mehr "bestraft" werden:

- Das neue Gesetz verbietet sogenannte **Versicherungsvorbehalte**. Jede Kasse muss alle Versicherten ohne Ausnahmeregelungen akzeptieren.
- Die einheitliche Prämie pro Kasse verhindert, dass ein Kassenwechsel mit einem tieferen Griff ins Portemonnaie bezahlt werden muss. Im Gegenteil: Die Versicherten können sich auf dem Markt frei bewegen und ohne sich Nachteile **für den kostengünstigsten Anbieter** entscheiden.

Diese Neuerungen – hier wurden nur die wichtigsten erwähnt – werden künftig in der Krankenversicherung den **Grundbedarf für alle Bürgerinnen und Bürger** decken. Die Leistungsverbesserungen werden sich jedoch bei den Prämien bemerkbar machen; wenn auch nur in geringem Ausmass. Das Bundesamt für Sozialversicherung rechnet mit einem Anstieg des durchschnittlichen Prämienniveaus **um rund 4,5 Prozent**. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass viele Versicherte im Gegenzug Ausgaben für private Zusatzversicherungen einsparen können.

2. Die Kostensteigerung eindämmen

Die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung kann vor allem dann gestoppt werden, wenn es gelingt, die Kostensteigerung einzudämmen. Das neue KVG bringt deshalb einen **breiten Fächer von Massnahmen**. Ihr Zusammenwirken soll zum Ziel führen. Dabei stehen die Eigenverantwortung der Beteiligten, nicht zuletzt auch der Versicherten, und ein massvoller, fairer

Wettbewerb im Vordergrund. Dass die Vorschläge nicht einfach "Theorie" sind, beweist die Tatsache, dass die grossen Krankenkassen mit **Kosteneinsparungen von 8 bis 10 Prozent** rechnen.

Das neue KVG bringt sowohl auf der Seite der Leistungserbringer – der Ärzte und Spitäler – als auch bei den Versicherungen **mehr Wettbewerb**. Von zentraler Bedeutung ist dabei das **Kartellverbot**. Wettbewerbsbeschränkende Absprachen, heute zum Teil gang und gäbe, sind in Zukunft verboten. Heute verbietet zum Beispiel die Ärztesgesellschaft ihren Mitgliedern, mit den Krankenkassen eigene Verträge abzuschliessen oder die bestehenden Tarife zu unterschreiten. Solche Kartelle heizen das Kostenwachstum an; sie werden ab 1. Januar 1996 – dann wird das neue Gesetz voraussichtlich in Kraft treten – unzulässig sein.

Die Kassen selber werden zu möglichst kostengünstiger Administration animiert, weil die Versicherten in Zukunft **jederzeit und ohne Einschränkung die Krankenversicherung wechseln** können. Die einheitliche Prämie für die neue, umfassendere Grundversicherung ermöglicht es jedem Kassenmitglied, ohne grosse Umtriebe die günstigste Kasse auszuwählen. Bisher war ein Kassenwechsel aufgrund der Prämienstruktur nach dem 45. Altersjahr praktisch unmöglich. Denn der Wechsel hätte mit einer viel teureren Prämie "erkauft" werden müssen. Zu den Leidtragenden dieser Praxis zählten in den vergangenen Jahren immer wieder jene Versicherten, die gezwungenermassen im hohen Alter die Kasse wechseln mussten; zum Beispiel wegen Fusionen.

Im Gegenzug erhalten die Krankenkassen eine grosse **Wahlfreiheit** bei der Ausgestaltung der Tarifverträge, was den Wettbewerb auf der Seite der Anbieter – Spitäler und Ärzteschaft – verstärken wird.

Aber auch die Versicherten werden vom neuen KVG zu mehr Verantwortungs- und Kostenbewusstsein angehalten. Das Gesetz sieht für sie – ausser bei der Mutterschaft – eine **Kostenbeteiligung** vor. Wer seine Prämien für die Grundversicherung senken möchte, hat zudem die Möglichkeit, freiwillig eine höhere Kostenbeteiligung auf sich zu nehmen. Das neue Gesetz sieht ferner ausdrücklich alternative Versicherungsformen (wie HMO/"Gesundheitskassen") vor. Auch in diesem Fall können die Versicherten mit tieferen Prämien rechnen. Um nicht eine neue Art von "Billigkassen" zu fördern, dürfen solche Prämienreduktionen ausdrücklich nicht auf Kosten der Versichertengemeinschaft vorgenommen werden.

Das Obligatorium

Das neue Versicherungs-Obligatorium ist **das eigentliche Fundament** des neuen Krankenversicherungsgesetzes. Es schafft erst die Voraussetzung dafür, dass die Hauptziele der Revision erreicht werden können: Erst die gemeinsame Beteiligung aller Bürgerinnen und Bürger an der Krankenversicherung schafft die gewünschte Solidarität. Erst durch das Obligatorium wird die volle Freizügigkeit für die Versicherten möglich und damit ein kostendämpfender Wettbewerb im Gesundheitswesen Realität.

Bereits heute sind rund 99 Prozent der in der Schweiz lebenden Personen einer Krankenversicherung angeschlossen. Das Obligatorium wird diesbezüglich also keine nennenswerten Änderungen bringen. Deshalb wird sich auch der Aufwand für diese Neuerung in Grenzen halten. Gemäss einer Berechnung der kantonalen Sanitäts- und der Finanzdirektoren werden die **zusätzlichen Kosten lediglich 0,2 Prozent** des Gesamtaufwandes für die Grundversicherung betragen. Das sind in absoluten Zahlen 40 Millionen Franken. Zum Vergleich: Das schweizerische Gesundheitswesen kostet im Jahr rund 30 Milliarden Franken.

3. Die Lücken in der Solidarität schliessen

Das neue Krankenversicherungsgesetz sieht eine Reihe von Massnahmen vor, um die in den letzten Jahren entstandenen Solidaritäts-Lücken zu schliessen. Im Mittelpunkt steht dabei die Prämie. Künftig sollen die Krankenkassenprämien für die Grundversicherung **in der gleichen Kasse und Region für alle Versicherten** – ob Mann oder Frau, ob alt oder jung – **gleich hoch** sein. Wer jung und gesund ist, soll nicht mehr in guten Jahren von tiefen Prämien "profitieren" können, um sich im Alter seine inzwischen hohen Krankheitskosten durch die öffentliche Hand bezahlen zu lassen. Mit anderen Worten: Die "Lebensprämie" wird neu und gleichmässiger verteilt. Denn wer dank der Lücken des heutigen Versicherungssystems in jungen Jahren Prämien "spart", wird – einmal älter geworden – mit um so höheren Krankenkassenrechnungen "bestraft".

Als Folge der einheitlichen Prämiensätze werden sogenannte "**Billigkassen**" **nicht mehr möglich** sein. Diese Krankenkassen sind in den vergangenen Jahren gegründet worden, um die sogenannten "guten Risiken" – das sind in erster Linie junge Männer – zu günstigen Bedingungen zu versichern. Im Gegenzug leiden vor allem angestammte Kassen zunehmend unter einer überalterten Mitgliederstruktur. Sie müssen ihre Prämien überdurchschnittlich anheben und werden damit für Neumitglieder zusätzlich unattraktiv. Die Solidarität zwischen Jung und Alt in der Krankenversicherung droht unter diesen Umständen vollständig zu auseinanderzubrechen.

Weil sich aber trotz einheitlicher Prämie die Mitgliederstrukturen der Krankenkassen zumindest vorläufig noch stark voneinander unterscheiden, sieht das neue Gesetz für die Dauer von 10 Jahren einen **Risikoausgleich** vor.

Die Kassen mit überdurchschnittlich vielen "guten Risiken" speisen einen Ausgleichsfonds, aus dem Kassen mit vorwiegend älteren Mitgliedern schöpfen können. Die Fachleute gehen jedoch davon aus, dass sich dieser Ausgleichsfonds schon nach wenigen Jahren erübrigen wird. Denn die rasant verlaufende Strukturbereinigung bei den Kassen wird schnell zu alters- und geschlechtsmässig ausgeglichenen Mitgliederbeständen führen. Zum Vergleich: 1950 waren in der Schweiz 1154 Krankenkassen um Mitglieder; 1992 waren es noch 213 – und seither sind weitere Fusionen erfolgt.

Der Risikoausgleich unter den Krankenkassen ist im neuen Gesetz so ausgestaltet, dass er für die Kassen nicht strukturerhaltend wirkt. Er hält also keine schlecht verwalteten Kassen oder solche mit (zu) teurer Administration künstlich am Leben. Die Anreize zum Kostensparen bleiben im Gegenteil ausdrücklich erhalten, damit die Gelder **in Form von Prämienvergünstigungen** den Versicherten zugute kommen und nicht in der Kasse selber versickern.

Gezielte Subventionen sind eine weitere wichtige Neuerung im KVG. Die Subventionen von Bund und Kantonen wurden bisher nach dem sogenannten "Giesskannen-Prinzip" verteilt: Alle Versicherten profitierten - ungeachtet ihres Einkommens oder Vermögens - von den staatlichen Prämienverbilligungen. Neu wird die öffentliche Hand dort helfen, wo Hilfe tatsächlich nötig ist. Das zur Verfügung stehende Geld soll möglichst **gezielt** und damit auch möglichst **wirkungsvoll** eingesetzt werden. Personen mit geringem Einkommen, Familien mit Kindern und Betagte werden auf diese Weise in Zukunft von direkten Prämienverbilligungen profitieren können.

Wer profitiert vom neuen Gesetz?

In Zukunft etwas tiefer in die Tasche greifen müssen all jene Versicherten, welche bisher vom mangelhaften alten Gesetz grundlos profitiert haben. Sie werden jedoch wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger damit entschädigt, dass sich mit dem neuen KVG die Kostensteigerung im Gesundheitswesen in Grenzen halten wird. Dies wird sich mittelfristig auch positiv auf ihre eigenen Prämien auswirken. Ausserdem stehen allen Versicherten alternative Möglichkeiten wie die HMO ("Gesundheitskasse") oder eine höhere Kostenbeteiligung zur Verfügung, wenn sie die Prämien tief halten möchten.

Eine Entlastung wird das neue Gesetz zum Beispiel den Kantonen bringen. Sie werden künftig weniger Geld für die Ergänzungsleistungen zur AHV und für die Sozialfürsorge aufwenden müssen. Allerdings stehen diesen Einsparungen Ausgaben für Direktsubventionen – die Prämienverbilligungen – gegenüber. Entlastet werden jedoch die Fürsorgekassen der Gemeinden. Zu den "Gewinnern" des neuen Krankenversicherungsgesetzes werden ferner auf der Anbieterseite jene Ärzte und Spitäler zählen, die qualitativ gute Medizin zu konkurrenzfähigen Preisen anbieten werden.

Unter den **Versicherten** werden die Folgen der Revision insbesondere Personen mit kleinem Einkommen, Betagte und Familien mit Kindern - die Benachteiligten unter dem alten Gesetz - positiv zu spüren bekommen. Ihr Portemonnaie wird deutlich entlastet werden.

Am Ende werden jedoch alle Beteiligten - Versicherte, Kassen, Ärzteschaft, Spitäler und die öffentliche Hand - davon profitieren, dass die soziale Krankenversicherung ihr Attribut "sozial" wieder verdient; dass Gesundheit und Krankheit wieder bezahlbar sind und es auch bleiben.

Der dritte Weg

Das totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz stellt unter den gegebenen Umständen **ein Optimum** dar, einen Kompromiss zwischen den verschiedenen, zum Teil divergierenden Interessen aller Beteiligten. Das neue KVG ist der geglückte Versuch, zwischen dem völlig freien Spiel der Marktkräfte und dem Diktat des Staates einen dritten Weg zu beschreiten: Der Staat greift nur notfallmässig ein und setzt die Rahmenbedingungen.

Bei einem Nein zur Vorlage wird in absehbarer Zeit kein wirksames Instrument zur Lösung der dringenden Probleme der Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Die Kostensteigerung und mit ihr die Entsolidarisierung werden fortschreiten - mit allen negativen finanziellen, sozialen und nicht zuletzt auch politischen Konsequenzen.

Anhang 3: Kurzreferat

Qualitätsmedizin zu einem tragbaren Preis

Die Krankenversicherung droht zum **Luxusgut** zu werden. Die Kosten unseres Gesundheitswesens steigen seit Jahren schneller als die Preise und Löhne. **Das alte Krankenversicherungsgesetz** aus dem Jahr 1911 kann die aktuellen Probleme nicht mehr lösen. Die steigenden Gesundheitskosten belasten die öffentlichen und privaten Haushalte immer stärker und führen in der Krankenversicherung zur Entsolidarisierung: Immer mehr Bürgerinnen und Bürger können sich eine gute Krankheitsvorsorge nicht mehr leisten. Es besteht deshalb ein eigentlicher **Handlungsnotstand**. Bundesrat und Parlament stellen dieser Entwicklung das neue Krankenversicherungsgesetz entgegen und wollen damit 3 Hauptziele erreichen:

1. Die Lücken in der Grundversicherung schliessen
2. Die Kostensteigerung eindämmen
3. Die Lücken in der Solidarität schliessen und die Entsolidarisierung stoppen

1. Die Lücken in der Grundversicherung schliessen

Das neue KVG schliesst die bestehenden, seit Jahren erkannten Lücken in der Grundversicherung. Im Vordergrund steht dabei die volle Freizügigkeit für alle Versicherten. Das heisst, wer will, kann jederzeit und ohne nachteilige Folgen für den Versicherungsschutz oder das Portemonnaie die Krankenkasse wechseln. Ein möglicher Versicherungsvorbehalt für bestehende Krankheiten entfällt ebenso wie die für ältere Personen höheren Prämien.

Die Krankenkassen werden ferner die Kosten für die **Spitex**, die spitalexterne Krankenpflege, umfassender vergüten. Die Leistungspflicht bei einem Spital- oder Pflegeheimaufenthalt wird neu zeitlich **unbegrenzt** sein.

Diese und die weiteren Neuerungen decken in der Krankenversicherung den **Grundbedarf** für alle Bürgerinnen und Bürger **umfassend** ab. Sie erhöhen zwar das Prämienvolumen um 4,5 Prozent. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass viele Versicherte im Gegenzug Ausgaben für private Zusatzversicherungen einsparen können.

2. Die Kostensteigerung eindämmen

Die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung kann vor allem dann gestoppt werden, wenn es gelingt, die Kostensteigerung einzudämmen. Für das neue KVG stehen die **Eigenverantwortung** der Beteiligten, nicht zuletzt auch der Versicherten, und ein fairer **Wettbewerb** unter den Leistungsanbietern (Ärztenschaft, Spitäler) und den Kassen im Vordergrund. Wettbewerbsbeschränkende Absprachen und Kartelle sind ab 1. Januar 1996 – dann wird das neue Gesetz voraussichtlich in Kraft treten – unzulässig. Die **Kassen** werden zu einer kostengünstigen Administration angehalten, weil die Versicherten jederzeit zu einem billigeren Angebot wechseln können. Den **Versicherten** selber offeriert das neue KVG mehr Selbstverantwortung. Sie können ihre Prämie durch die Wahl des Versicherungssystems direkt beeinflussen: Zum Beispiel dank HMO ("Gesundheitskasse") oder einer höheren Kostenbeteiligung.

Das neue **Versicherungs-Obligatorium** bildet das eigentliche Fundament des neuen Krankenversicherungsgesetzes und schafft erst die Voraussetzung dafür, dass die Hauptziele der Revision erreicht werden können: Erst das Obligatorium stellt die Grundlage für die volle Freizügigkeit beim Kassenwechsel dar. Erst wenn alle Beteiligten gemeinsam mitmachen, ist Solidarität möglich.

3. Die Lücken in der Solidarität schliessen

Künftig werden die Krankenkassenprämien für die Grundversicherung **in der gleichen Kasse und Region für alle Versicherten gleich hoch** sein. Sogenannte "Billigkassen", die ausschliesslich "gute Risiken" (in erster Linie junge Männer) zu günstigen Bedingungen versichern, sind nicht mehr möglich. Weil sich die Mitgliederstrukturen der Krankenkassen vorläufig noch stark voneinander unterscheiden, sieht das neue Gesetz für die Dauer von 10 Jahren einen **Risikoausgleich** vor. Die Kassen mit überdurchschnittlich vielen "guten Risiken" speisen einen Ausgleichsfonds, aus dem Kassen mit vorwiegend älteren Mitgliedern schöpfen können.

Gezielte Subventionen sind eine weitere wichtige Neuerung im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Die Subventionen wurden bisher nach dem sogenannten "Giesskannen-Prinzip" verteilt. Neu wird die öffentliche Hand dort helfen, wo Hilfe tatsächlich nötig ist: Besonders Personen und Familien mit bescheidenem Einkommen können von direkten Prämienverbilligungen profitieren.

Wer profitiert vom neuen Gesetz?

Eine Entlastung wird das neue Gesetz für die Ergänzungsleistungen zur AHV und für die Sozialfürsorgekassen der Kantone und Gemeinden bringen. Zu den "Gewinnern" des neuen Krankenversicherungsgesetzes zählen ferner jene Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler, die qualitativ gute Medizin zu konkurrenzfähigen Preisen anbieten. Unter den **Versicherten** werden besonders Personen mit kleinem Einkommen und Familien mit Kindern – die Benachteiligten unter dem alten Gesetz – deutlich entlastet.

Am Ende werden jedoch alle Beteiligten – Versicherte, Kassen, Ärzteschaft, Spitäler und die öffentliche Hand – davon profitieren, dass die soziale Krankenversicherung ihr Attribut "sozial" wieder verdient; dass Gesundheit und Krankheit bezahlbar bleiben.

Das totalrevidierte Krankenversicherungsgesetz stellt unter den gegebenen Umständen **ein vernünftiges Optimum** dar, einen Kompromiss zwischen den verschiedenen Interessen aller Beteiligten. Bei einem Nein zur Vorlage – es wäre nach 1974 und 1987 das dritte Mal – wird in absehbarer Zeit kein wirksames Instrument zur Lösung der dringenden Probleme der Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Die Kostensteigerung und mit ihr die Entsolidarisierung werden fortschreiten -- mit allen negativen finanziellen, sozialen und nicht zuletzt auch politischen Konsequenzen.

REFERAT VON BUNDESRAETIN RUTH DREIFUSS

PRESSESEMINAR 5. SEPTEMBER 1994

Am 4. Dezember 1994 stimmen wir über die Reform der Krankenversicherung ab. Die Reform ist notwendig und dringend. Das neue Gesetz ist ausgewogen: es ist liberal, föderalistisch und sozial.

- 1 Es ist **liberal**, denn es gewährleistet die Therapiefreiheit und die freie Wahl des Versicherers.

- 11 Jeder kann **den Versicherer frei wählen**. Auch Betagte und Kranke können einen kostengünstigeren Versicherer wählen. Er muss sie ohne Vorbehalt aufnehmen, darf keinen Prämienzuschlag für das Eintrittsalter, und für Frauen keine höheren Prämien als für Männer erheben. Kein Wunder, dass manche "Billigkassen" sich gegen das neue Gesetz wehren.

Jedem steht es auch frei, sich im Rahmen der obligatorischen Versicherung für eine "alternative" Versicherungsform, wie z.B. die HMO, zu entscheiden.

Die privaten Versicherungsgesellschaften können sich an der obligatorischen Versicherung zu den gleichen Bedingungen beteiligen wie die Krankenkassen.

- 12 Patienten und Patientinnen können auch in Zukunft ihren **Arzt oder ihre Aerztin frei wählen**. Aerzte und Aerztinnen können auch weiterhin **ihren Beruf frei ausüben**.

Die Autonomie der Aerzte und Aerztinnen wird sogar gestärkt: Sie sind in Zukunft nicht mehr durch die Tarifverträge ihrer Verbände gebunden und können eigene Verträge mit den Versicherern abschliessen.

Das neue Gesetz vertraut auf den Wettbewerb und auf die Vertragsfreiheit. Der staatliche Eingriff ist die Ausnahme; er ist befristet.

Wer, wie manche Gegner des Gesetzes, nunmehr das Gespenst einer Staatsmedizin an die Wand malt, liegt somit neben der Realität.

- 13 Wie sich zeigt, führt das Obligatorium nicht in ein starres, etatistisches und bürokratisches System. Hingegen braucht man es, um eine vollwertige Sozialversicherung, die nicht mehr die Nachteile der freiwilligen Versicherung aufweist, zu verwirklichen.

-
- 2 Das neue Gesetz ist **föderalistisch**, denn es nimmt Rücksicht auf die Unterschiede zwischen den Kantonen.
- 21 Die Kantone behalten die **Spitalhoheit**. Sie werden veranlasst, eine bedarfsgerechte Planung aufzustellen.
- 22 Die Kantone sind frei in der Ausgestaltung der **Prämienverbilligung** für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Die hierbei geübte Zurückhaltung des Bundes ist umso bemerkenswerter, als er es ist, der zwei Drittel der benötigten Beiträge aufbringt.

Ich bin überzeugt, dass auch die Kantone, welche heute noch von einem starken Prämienanstieg verschont zu sein scheinen, verstanden haben, dass dieses Problem früher oder später auch auf sie zukommen wird und dass eine Beibehaltung der heutigen Ordnung die öffentliche Hand dannzumal viel teurer zu stehen käme.

- 3 Das neue Gesetz ist **sozial**. Dies gilt für die Finanzierung und für die Leistungen.
- 31 Bei den **Prämien** wird es die heutigen Ungerechtigkeiten nicht mehr geben. Schluss wird auch sein mit der Jagd auf gute Risiken, wie sie heute von verschiedenen Kassen auf Kosten der Betagten, der Frauen und der Kranken betrieben wird.

Die Prämien werden auch künftig pro Kopf bemessen werden. Damit ist die Autonomie der Versicherer gewährleistet. Hingegen werden die **Beiträge der öffentlichen Hand** erhöht (von 2 bis auf 3 Milliarden Franken) und ausschliesslich für die Prämienverbilligung nach der wirtschaftlichen Situation der Versicherten verwendet. Hauptsächlichste Nutzniesser hiervon sind Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, Betagte und Familien mit Kindern.

Die Kreise, die ein besonderes Interesse daran haben, den Status quo beizubehalten, haben sich darauf verlegt, Aengste zu schüren. Sie behaupten, das neue Gesetz bringe eine Kostenexplosion für alle. Dabei erlaubt es eine Herabsetzung oder eine Stabilisierung der Prämien für diejenigen Personen und Familien, die heute durch die Krankenversicherungsprämien stark belastet werden. Der Bund hat zu diesem Zweck die Subventionen sogar zu einem Zeitpunkt erhöht, wo sonst nur von Kürzungen die Rede ist.

- 32 In der Grundversicherung nach altem Recht sind nicht alle **Leistungen** enthalten, die als notwendig betrachtet werden. Um vollständig gedeckt zu sein, schliessen deshalb diejenigen, die es sich leisten können, Zusatzversicherungen ab. Das neue Gesetz bringt demgegenüber eine komplette Grundversorgung für alle, die auch von allen finanziert wird.

Es stimmt also nicht, dass das neue Gesetz eine Zweiklassenmedizin einführt. Es gewährleistet vielmehr der gesamten Bevölkerung eine medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau.

Das neue Gesetz bringt auch eine Oeffnung für die Komplementärmedizin. Bestimmten Kreisen geht sie jedoch nicht weit genug, sodass diese nicht davor zurückschrecken, die gesamte Reform in Frage zu stellen, obwohl diese doch einen wichtigen Schritt in ihre Richtung tut. Für diese kompromisslose Haltung fehlt mir das Verständnis.

Verglichen mit den Vorteilen, welche die neuen Leistungen bringen, halten sich die Kosten dafür in vernünftigen Grenzen. Ich weiss nicht, wie die Gegner auf die überrissenen Zahlen gekommen sind, mit denen sie operieren. Nach unseren Berechnungen entsprechen die neuen Leistungen einem Plus von ungefähr 10% der heutigen Ausgaben. Die Lasten werden indes gerechter verteilt als heute, dank der Erhöhung und dem gezielten Einsatz der Subventionen.

- 33 Der soziale Charakter des neuen Gesetzes kommt schliesslich auch in den **kostendämpfenden Vorkehren** zum Ausdruck, denn die Kosten wirken sich auf die Prämien aus.

Es stimmt nicht, wenn behauptet wird, das Gesetz sei in diesem Punkt ungenügend. Sein kostendämpfender Charakter ist vielmehr im Laufe der parlamentarischen Beratungen noch verstärkt worden. Hierzu hat insbesondere die Kartellkommission mit ihrer Forderung nach mehr Wettbewerb beigetragen.

Es wird in Zukunft keine Angebotskartelle mehr geben, und der Wettbewerb zwischen Aerzten, Spitälern etc. wird sich kostendämpfend auswirken.

Auf der Nachfrageseite wird die Kostenbeteiligung weiterhin für die Selbstverantwortung der Versicherten sorgen. Die Versicherten haben überdies die Möglichkeit, kostensparende Versicherungsformen zu wählen. Sie können insbesondere ihren Versicherer frei wählen. Im Wettbewerb der Versicherer werden diejenigen am preiswertesten sein, welche die Kosten am besten im Griff haben.

- 4 **Abschliessend** möchte ich festhalten, dass dieses Gesetz nach den gescheiterten Reformversuchen der zurückliegenden 20 Jahre wohl die letzte Chance für die Verwirklichung einer ausgewogenen Lösung bietet.
- 41 Die bestehende Ordnung ist unhaltbar geworden. Durch ihre Mängel wird die Prämienlast für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung untragbar und die Belastung für die öffentliche Hand immer drückender. Mit dringlichen Bundesbeschlüssen sind die Probleme auf die Dauer nicht zu lösen.

- 42 Welches Rezept haben die Gegner des Gesetzes? Mit der Ankündigung, sie würden ihren Vorschlag am Tag nach der Volksabstimmung auf den Tisch legen, wecken sie Unverständnis und Unsicherheit. Unverständnis, indem sie dem Volk die Katze im Sack verkaufen wollen; von sehr viel Achtung vor den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern zeugt dies nicht. Unsicherheit, wenn man die Absicht der Gegner kennt, die darin besteht, die Prämien mit zunehmendem Alter der Versicherten anzuheben. Das wäre ein unsoziales System; es würde die Versicherten und die öffentliche Hand noch mehr kosten als die heutige Ordnung.
- 43 Es gilt nunmehr, Schluss zu machen mit den negativen Auswirkungen des alten Systems sowie unsozialen und kostspieligen Lösungsansätzen von vorneherein den Wind aus den Segeln zu nehmen. Wir brauchen eine vernünftige, zeitgemäße und gerechte Krankenversicherung. Deshalb befürworte ich mit Ueberzeugung, ein Ja zum neuen Krankenversicherungsgesetz am 4. Dezember.

Thema: Kosteneindämmung

Presseseminar vom 5. September 1994

Referat von Walter Seiler, Direktor des Bundesamtes für Sozialversicherung

Frau Bundesrätin

Sehr geehrte Bundeshausjournalistinnen und -journalisten

- Gestatten Sie mir einige einleitende Worte, bevor ich Sie über die Kostendämpfungsmaßnahmen im neuen Krankenversicherungsgesetz informiere. Wenn ich hier vor Ihnen spreche, so tue ich dies nicht um die Interessen derjenigen in unserer Gesellschaft zu vertreten, die, um den "Wortschatz" der Gegner des Gesetzes zu übernehmen, "Xund und clever" sind. Vielmehr möchte ich betonen, dass die soziale Krankenversicherung dasjenige unserer sozialen Auffangnetze ist, welches in erster Linie für die Kranken, Schwachen und alten Menschen unserer Gesellschaft dastehen sollte. Es tut dies aber nicht mehr! ---
- Das alte Gesetz kann nicht länger als soziale Versicherung bezeichnet werden. Sie kennen die Entwicklungen, die in den letzten Jahren zu Notrechtsmaßnahmen führten. Ich nenne Ihnen nurmehr Stichworte dazu - Prämienexplosion, Jagd nach jungen Versicherten, Kassensterben. Zwar wollen wir die Solidarität in unserer Gesellschaft nicht überstrapazieren. Wir denken aber, dass die Jungen und Starken, die "Xund und clever" sind, ihren Beitrag leisten sollten. Auch sie werden von der Neuordnung der Krankenversicherung profitieren können. Wir wollen keine Gesellschaft "à deux vitesses" - insbesondere nicht in der Krankenversicherung!
- Mit dem alten Gesetz droht Gesundheit für Teile unserer Bevölkerung zum Luxusgut zu werden. Wollen wir das? Für Betagte sowie Familien mit Kindern sind die Prämien oft nur mehr unter grossen persönlichen Einschränkungen und Opfern zu leisten. Ein untragbarer Zustand gegen den wir nur mit einem neuen Gesetz ankämpfen können!
- Die Kosten und damit folgerichtig auch die Prämien steigen seit Jahren stark an - trotz momentaner Beruhigung der rasanten Entwicklung. Die Kosten wachsen dabei schneller an, als die Volkswirtschaft wächst und dies seit über 20 Jahren. Die Prämien explodieren und stehen in keinem Verhältnis zur Lohnentwicklung und zur allgemeinen Preisentwicklung. Zwischen 1966 und 1992 resultierte ein durchschnittlicher Kostenzuwachs von 10 Prozent. Auch die Grundversicherung wies zwischen 1985 und 1992 jährliche Kostenschübe von 7 Prozent aus.

- Sie werden einwenden, dass die im Jahre 1991 ergriffenen *Notmassnahmen* (Tarif- und Prämienstopp) greifen. Sie haben recht: Die Prämien werden 1995 in der Grundversicherung nach heutigen Aussagen der Kassen nicht ansteigen. Einige Kassen haben sogar Rückzahlungen an die Versicherten angekündigt (z.B. Grütli 60 Franken).
- Es wäre jedoch falsch, diese Beruhigung der Situation bereits als Lösung der Probleme anzusehen. Die Notrechtsmassnahmen sind nur *kurzfristig wirksame Massnahmen*, die lediglich den Deckel auf den kochenden Kostentopf legen. Das System bleibt unverändert und stammt - wie Sie wissen - aus dem Jahre 1911. Was wir heute brauchen ist eine Reform an Haupt und Gliedern. Das Krankenversicherungssystem muss reformiert werden, sonst werden wir bald wieder Prämienzuweisungen von 10-15 Prozent pro Jahr haben.
- Das *neue Gesetz* - wir sind davon überzeugt - bietet eine qualitativ gute medizinische Versorgung, deren Kosten für alle Bürgerinnen und Bürger dieses Landes im Haushaltsbudget wieder Platz finden. Nebst der Neuordnung des Systems wird diese Zielsetzung durch eine breite Palette von Kostendämpfungsmassnahmen gewährleistet. Grosse Kassen rechnen denn auch mit möglichen Kosteneinsparungen von bis zu 10 Prozent pro Jahr.
- *Eines der wichtigsten Ziele des neuen Gesetzes ist die Kosteneindämmung.* Von den Gegnern wird behauptet, das neue Gesetz bringe für die meisten Versicherten vor allem höhere Prämien. Dies ist falsch. Richtig ist, dass durch die Neudefinition des Leistungskataloges ein einmaliger Kostenschub von gut 10 Prozent entsteht. Es werden dabei aber sozialpolitische Missstände behoben, was letztlich auch zur Kosteneindämmung beitragen wird (z.B. vermehrte Pflege zu Hause [Spitex]; keine Plazierung von Chronischkranken in Akutspitälern; Prävention). Zudem müssen diese Kosten auch heute schon übernommen werden. Die Herren Moser und Voegeli werden Sie im zweiten Teil der Veranstaltung noch eingehender über das sozialpolitisch unbedingt nötige Schliessen von gewissen Leistungslücken und die Finanzierung orientieren.
- *Wettbewerbsfördernde Faktoren* stehen im neuen Gesetz ganz klar im Vordergrund. Das neue Gesetz bringt soviel Wettbewerb - fairen Wettbewerb! - wie möglich und soviel Solidarität wie nötig!

Ich möchte Ihnen zur Illustration zwei *Wettbewerbsinstrumente* erläutern:

1. Dank der Einführung des Obligatoriums wird die *volle Freizügigkeit aller Versicherten* unabhängig von Gesundheitszustand, Alter, Einkommen oder anderer Faktoren möglich. Damit können die Versicherten, die mit Ihrer Kasse nicht mehr zufrieden sind - weil etwa die Prämien zu hoch sind, weil keine attraktiven Zusatzversicherungen geboten werden, weil die Verwaltungskosten zu hoch sind, weil keine alternativen Versicherungsmodelle angeboten werden, weil die

Versicherten schlecht informiert und betreut werden oder aber aus anderen Gründen - die Kasse wechseln, ohne dadurch - wie heute - gewaltige Nachteile in Kauf zu nehmen. Nicht zu vergessen sind auch jene Versicherten, die aufgrund der Schliessung oder Fusion von Kassen wechseln müssen und heute besonders schlecht dastehen. Diese Möglichkeit des freien Kassenwechsels wird unter den Kassen zu mehr Wettbewerb führen. *Sie werden einwenden, dass der Wettbewerb unter den Kassen heute schon spielt.* Damit haben Sie nur teilweise recht, denn die Kassen haben in den letzten Jahren vor allem *Rosinenpicken* - Jagd nach jungen Versicherten - betrieben. Mit dem neuen Gesetz wird der Wettbewerb durch Risikoselektion ausgeschlossen und in einen *fairen*, auf effektiven Leistungen - wie gutem Kostenmanagement, Vereinbarung günstiger Tarife und innovativer Geschäftspolitik - beruhenden, *Wettbewerb* überführt.

2. Ein weiteres wichtiges Element des Wettbewerbes wird im neuen Gesetz mit dem expliziten Kartellverbot eingeführt. Das neue Gesetz trägt damit den Vorstellungen der Kartellkommission Rechnung, die das neue Gesetz auch aus kartellrechtlichen Gründen befürwortet. Heute werden die Ärztinnen und Ärzte gezwungen, über den Verbandstarif abzurechnen, da die kantonalen Ärztegesellschaften ihren Mitgliedern verbieten, mit den Krankenkassen Sonderverträge abzuschliessen oder vereinbarte Tarife freiwillig zu unterschreiten. Mit dem neuen Gesetz wird dies verunmöglicht. Neben den Verbandsverträgen, die es mit dem neuen Gesetz weiterhin geben wird, sind separate Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern möglich. So könnte z.B. ein Gruppe von Ärztinnen und Ärzte mit einer oder mehreren Kassen einen Zeittarif vereinbaren - die Ärzteschaft würden dann nicht mehr wie heute für jede deklarierte Einzelleistung sondern pro Zeiteinheit entschädigt. Dies ermöglicht den Kassen eine einfachere Kontrolle der abgerechneten Stunden. Dies ist nur ein Beispiel; es gibt noch andere Möglichkeiten. Auch die Versicherten können zur Kostendämpfung beitragen, indem sie freiwillig dazu bereit sind, die Arztwahlfreiheit einzuschränken und sich in einem Gesundheitszentrum (HMO) behandeln zu lassen, oder sich verpflichten, sich bei einer Erstbehandlung immer zuerst bei der Hausärztin oder dem Hausarzt zu melden (Hausarztssystem bzw. Gatekeeper-Modell). Sie sehen, den Tarifpartnern stehen mit dem neuen Gesetz viele interessante Möglichkeiten offen. Damit wird der Weg frei für eine aktive und innovative Tarifpolitik der Kassen und einen Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Die Versicherten werden davon profitieren.
- Falls die Wettbewerbsinstrumente von den Partnern des Gesundheitswesens wider Erwarten zu wenig genutzt werden sollten, sieht das neue Gesetz staatliche Eingriffsmöglichkeiten vor. Hier stehen mit dem neuen Gesetz in bester föderalistischer Tradition den Kantonen auch ausserordentliche Instrumente zur Verfügung. So können die Versicherer bei grossen Kostenschüben in Spitälern und Pflegeheimen dem jeweiligen Kanton beantragen, ein Globalbudget einzuführen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass bei Kostenstei

erungen, die das Doppelte der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung ausmachen, die Kantone die Tarife für sämtliche oder bestimmte Leistungen festsetzen können, bis sich die Situation wieder beruhigt hat.

- Inwieweit der durch *sozialpolitische Leitplanken gesteuerte Wettbewerb* im Gesundheitswesen zur Kosteneindämmung beitragen wird, hängt im wesentlichen von *allen* Beteiligten im Gesundheitswesen ab.
- Der freie Kassenwechsel der Versicherten wird dabei eine besondere Rolle spielen. Dieser wird dafür sorgen, dass die Versicherten mit den Füßen abstimmen können und die Möglichkeit haben, zu jener Krankenkasse zu wechseln, die die interessanteste Prämie und die beste Dienstleistung anbietet. Dies wird dazu führen, dass die Krankenkassen den Anreiz haben, auf den Abschluss betriebswirtschaftlich gerechneter - aber auch volkswirtschaftlich tragbarer - Tarifverträge und damit auf kosteneinsparende Leistungserbringung hinzuwirken.

Lassen Sie mich zum Abschluss meiner Ausführungen nochmals betonen, dass das neue Gesetz den Weg frei macht für eine solidarische, freiheitliche Krankenversicherung und einen fairen Wettbewerb!

Thema: Auswirkungen im Bereich der Finanzierung

Presseseminar vom 5. September 1994

Referat von Markus Moser, Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherung, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung

Die Krankenversicherung wird auch in Zukunft finanziert durch:

- Kopfprämien je Versicherten (keine Lohnprozentualen Prämien)
- Subventionen von Bund und Kantonen
- Kostenbeteiligung der Patienten.

Die wichtigsten Änderungen:

1. Prämien der Versicherten

In Zukunft wird es innerhalb einer Krankenkasse nur noch Prämienunterschiede nach Kantonen (allenfalls noch differenziert nach Regionen innerhalb eines Kantons) geben sowie Prämienabstufungen für Kinder und für Jugendliche. Abgeschafft werden also insbesondere die Prämienabstufungen nach dem Eintrittsalter in die Krankenkasse und die günstigeren Prämien in der Kollektivversicherung. Sowohl das System der Eintrittsaltersprämie wie die Kollektivversicherung führen heute zur Entsolidarisierung in der Krankenversicherung, weil dadurch ältere und kranke Versicherte benachteiligt werden.

2. Subventionen von Bund und Kantonen

Die Subventionen des Bundes gehen nicht mehr an die Krankenkassen und führen so zu einer allgemeinen Senkung der Prämien (sog. Giesskanneneffekt), sondern sie gehen an die Kantone mit der Auflage, damit unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation der Versicherten die Prämien gezielt zu verbilligen. Gleichzeitig werden die Kantone verpflichtet, ebenfalls Subventionen für diese gezielte Prämienverbilligung auszurichten. Die Summe der Beiträge der Kantone soll grundsätzlich 50 Prozent des Bundesbeitrages ausmachen. Heute sind die Regelungen der Kantone über die Subventionen an die Krankenversicherung sehr unterschiedlich. Einige Kantone haben, vor allem weil bei ihnen die Bevölkerung in den letzten Jahren zunehmend unter den hohen Prämien leiden musste, bereits solche Prämienverbilligungen nach der wirtschaftlichen Lage der Versicherten eingeführt. Andere Kantone richten

den Krankenkassen eine Art minimaler Giesskannensubvention oder eine Subvention für bestimmte Leistungen (z.B. für ausserkantonale Spitalbehandlung oder Spitex) aus und eine dritte Gruppe von Kantonen kennt überhaupt keine Subventionen zugunsten der Krankenversicherung. Alle Kantone leisten aber in der einen oder anderen Weise Beiträge an das Gesundheitswesen als Ganzes, insbesondere an die Spitäler.

3. Kostenbeteiligung der Patienten

Die wichtigste Neuerung ist hier, dass die Kostenbeteiligung auch auf die stationäre Behandlung ausgedehnt wird. Ambulante und stationäre Behandlung werden also künftig gleich behandelt. Es gibt heute mehr und mehr Behandlungen, die sowohl ambulant wie stationär durchgeführt werden können. Die Wahl der einen oder der anderen Behandlungsart soll nicht durch den Umstand beeinflusst werden, dass man im einen Fall eine Kostenbeteiligung schuldet und im anderen nicht. Im übrigen bleibt es grundsätzlich bei der heutigen Regelung. Die Kostenbeteiligung besteht aus einer Franchise, deren Höhe der Bundesrat festlegt (heute Fr. 150.-) und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der darüber hinausgehenden Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr. Auch dieser wird vom Bundesrat festgelegt. Im Spital ist überdies noch ein Beitrag an die Aufenthaltskosten zu entrichten.

Die finanziellen Auswirkungen für den Bund, die Kantone und die Versicherten

Die kurzfristige Betrachtung

(Auswirkungen beim Inkrafttreten des Gesetzes)

1. Bund

Die Bundesbeiträge an die Krankenversicherung steigen von heute 1,4 Milliarden auf 1,83 Milliarden mit anschliessender Steigerung bis zum Jahr 1999 auf 2,18 Milliarden. Die Steigerung des Bundesbeitrages wurde mit dem Beschluss über die Einführung der Mehrwertsteuer finanziell abgesichert. 5 Prozent des Ertrages der Mehrwertsteuer sind für gezielte Prämienverbilligungen in der Krankenversicherung bestimmt.

2. Kantone

Die Summe der Beiträge aller Kantone wird bei Inkrafttreten des Gesetzes ungefähr gleich sein wie heute (630 Mio. heute, 640 Mio. bei Inkrafttreten). Bis zum Jahr 1999 werden die Beiträge der Kantone auf 1090 Mio. ansteigen. Die Steigerungsrate ist deswegen höher als jene des Bundes, weil die Kantone gestützt auf eine Uebergangsbestimmung zunächst noch nicht 50 Prozent des Bundesbeitrages aufwenden müssen.

Das neue Recht wird sich für die einzelnen Kantone sehr unterschiedlich auswirken. Kantone, die bereits heute sehr hohe Beiträge an die Krankenversicherung leisten (TI, NE, VD, GE, BS) werden zum Teil markant entlastet, am deutlichsten der Kanton Tessin. Für Kantone, welche heute noch keine oder nur sehr geringe Beiträge an die Krankenversicherung leisten, wird die Belastung hingegen zunehmen. Genaue Angaben zu den finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Kantone sind deshalb schwierig, weil man dabei auch die Auswirkungen bei den Ergänzungsleistungen und bei der Sozialfürsorge berücksichtigen müsste. Hier werden alle Kantone mit Sicherheit mehr oder weniger stark entlastet werden. Zudem wären auch noch die Auswirkungen des neuen Gesetzes bei der Spitalfinanzierung zu berücksichtigen. Hier sind die Leistungen der Kantone bisher ebenfalls sehr unterschiedlich, während das neue Recht eine gewisse Harmonisierung bringen wird (Leistungen der Krankenkassen höchstens 50 Prozent der Betriebskosten der Spitäler).

3. Auswirkungen für die Versicherten

Es ist zu unterscheiden zwischen der generellen Auswirkung auf die Versicherten insgesamt und der Auswirkung auf den einzelnen Versicherten.

Generelle Auswirkung

Wir schätzen, dass die Leistungserweiterungen im Jahr des Inkrafttretens des Gesetzes zu einer einmaligen Aufwandsteigerung von 16,3 auf 18,03 Milliarden führen wird. Das ist ein Anstieg von 10,7 Prozent. Diese Aufwandsteigerung wird aber nicht voll auf die Prämien durchschlagen, weil ja auch die Beiträge der öffentlichen Hand ansteigen und zwar um 21,7 Prozent. Zudem wird auch der Ertrag aus der Kostenbeteiligung wegen der Ausdehnung auf das Spital um etwa 40 Prozent ansteigen. Die Belastung der Versicherten durch Prämien wird daher insgesamt nur um etwa 4,5 Prozent ansteigen. Prämien und Kostenbeteiligungen zusammen werden die privaten Haushalte um etwa 9,1 Prozent stärker belasten als heute. Das ist immer noch weniger als die Steigerung durch zusätzliche Leistungen (10,7 Prozent).

Individuelle Auswirkungen

Den Versicherten interessiert natürlich in erster Linie die Auswirkung auf seine eigene Prämie. Die Antwort hängt zunächst davon ab, ob dieser Versicherte heute im Vergleich zu den übrigen Versicherten in seinem Kanton eine höhere, eine niedrigere oder ungefähr eine durchschnittliche Prämie bezahlt. Eine höhere Prämie bezahlen Versicherte, die erst in einem höheren Alter der Kasse beigetreten sind, beispielsweise weil ihre frühere Kasse sich aufgelöst und mit einer anderen Kasse fusioniert hat. Niedrigere Prämien bezahlen Kollektivversicherte und Versicherte in sogenannten Billigkassen. Versicherte in den grossen traditionellen Krankenkassen bezahlen in der Regel eine Prämie, die leicht über dem kantonalen Durchschnitt liegt.

Die Einführung der Einheitsprämie pro Kasse und Kanton (in grösseren Kantonen allenfalls noch abgestuft nach Regionen), der Risikoausgleich und die volle Freizügigkeit der Versicherten werden zu einer Verringerung der heute noch bestehenden Prämienunterschiede führen. Wer also heute eine überdurchschnittlich hohe Prämie bezahlt, wird vom neuen Gesetz profitieren. Wer eine sehr tiefe Prämie bezahlt, dürfte künftig eher stärker belastet werden.

Die individuelle Auswirkung hängt im weiteren auch vom Einkommen und Vermögen des Versicherten sowie der Grösse des Haushaltes ab, weil neu nur noch wirtschaftlich schwächere Versicherte von den Subventionen der öffentlichen Hand profitieren werden und weil grössere Haushalte eher in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen werden. Für Versicherte, die keine Subventionen erhalten, wird die Prämie unter Einbezug der Leistungserweiterungen im Schnitt um etwa 17 Prozent ansteigen.

Eine Darstellung der konkreten Auswirkungen der individuellen Prämienverbilligung ist erst möglich, wenn die Regelungen der einzelnen Kantone bekannt sind. Die Kantone können das Subventionssystem nämlich frei wählen. Sie können also den Kreis der Anspruchsberechtigten eng ziehen und diesen dafür die Prämien stark verbilligen oder sie können den Kreis weiter ziehen und dafür die Prämien je Versicherten entsprechend geringer verbilligen. Im weiteren können die Kantone innerhalb einer bestimmten Bandbreite die Summe der Subventionen nach ihrem Bedarf selber bestimmen (vgl. Art. 66 Abs. 5 des Gesetzes). Zudem sind die Auswirkungen auch abhängig von den kantonalen Unterschieden bei den Prämien sowie bei der Einkommens- und Vermögensverteilung.

Zusammengefasst dürfte etwa die folgende Feststellung zutreffen: Das bezüglich Einkommen und Vermögen unterste Drittel der Bevölkerung wird geringere Prämien bezahlen als heute. Beim nächsten Drittel hängt die Auswirkung von der konkreten Ausgestaltung der Prämienverbilligung im Kanton ab. Beim obersten Drittel der Bevölkerung wird die Umverteilung der Subventionen auf jeden Fall zu einer Prämienhöhung führen. Der höheren Prämie steht aber wie erwähnt ein "Mehrwert" der Versicherung in Form von Leistungserweiterungen gegenüber.

Langfristige Betrachtung

Der Stimmbürger sollte aber nicht nur die Aenderung seiner Situation im Zeitpunkt des Inkrafttretens berücksichtigen, sondern auch den längerfristigen Einfluss der Revision der Krankenversicherung auf seine persönliche Situation beachten. Wer heute von der Entsolidarisierung profitiert (Mitglieder von Billigkassen und Kollektivversicherte), wird unter dem geltenden Recht die andere Seite der Medaille kennenlernen, wenn er selber älter und krank wird. Vor allem dürfen die Auswirkungen des Konzentrationsprozesses bei den Krankenkassen nicht vergessen werden. Kommt es tatsächlich zu einem gewaltigen Kassensterben mit dem Resultat, dass es in zehn Jahren nur noch etwa 10 bis 20 Krankenkassen

geben wird, wie das gewisse Experten voraussagen, so werden dies hundertausende von älteren Versicherten in Form von Umstufungen in höhere Eintrittsaltersgruppen spüren. Das geltende Recht erlaubt für höhere Eintrittsaltersgruppen eine Verdoppelung der Prämie gegenüber der untersten Altersgruppe für Erwachsene. Auch wenn es vielleicht nicht gerade zu einer Verdoppelung der Prämien kommen wird, mit Prämienabstufungen von 20 bis 50 Prozent zulasten von älteren Versicherten muss auf jeden Fall gerechnet werden. Dafür wird der Markt, das heisst die Konkurrenz mit den Billigkassen und bei den Kollektivversicherungen sorgen.

Das neue Gesetz stoppt diesen Trend zur Entsolidarisierung. Es bietet allen Versicherten die Gewähr, dass sie im Alter und bei Krankheit die gleiche Prämie bezahlen wie die jüngeren Versicherten, dass sie also später nicht zu den Verlierern gehören werden.

Diese langfristigen Auswirkungen der heutigen Entsolidarisierung sollten übrigens auch die Kantone bei der Beurteilung des Gesetzes in ihre Überlegungen einbeziehen. Entsolidarisierung bedeutet ja, dass Alte und Kranke das zusätzlich an Prämien bezahlen müssen, was Junge und Gesunde einsparen. Diese hohen Prämien werden aber zahlreiche Versicherte gar nicht mehr selber tragen können. Das heisst, der Trend zur Entsolidarisierung wird auch den Bedarf nach Prämienverbilligungen durch die öffentliche Hand erhöhen. Die Kantone würden auch unter dem geltenden Recht mehr und mehr gezwungen sein, die Prämien der Krankenversicherung für bestimmte Bevölkerungsgruppen zu verbilligen. Nur würden sie dann vom Bund nur in geringerem Ausmass unterstützt, weil der Bund weiterhin den Krankenkassen Giesskannensubventionen entrichten müsste.

Diese langfristige Betrachtungsweise scheint mir für die Beurteilung des neuen Gesetzes sehr wichtig. Das alte KUVG ist schlicht und einfach keine Grundlage mehr für eine Krankenversicherung, die auch im nächsten Jahrhundert ihre Aufgabe noch erfüllen soll.

Thema: Die Leistungen nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz

Presseseminar vom 5. September 1994

Referat von Claude Voegeli, Chef der Abteilung Krankenversicherung, Bundesamt für Sozialversicherung

- 1 In einer obligatorischen Versicherung muss man einen **einheitlichen Leistungskatalog** festlegen.
- 11 Damit wird niemandem eine Zwangsjacke angelegt; denn die Therapiefreiheit bleibt gewährleistet. Der Leistungskatalog schafft Transparenz. Er erlaubt den Versicherten klare Prämienvergleiche und erleichtert ihnen die Ausübung ihres Freizügigkeitsrechtes.
- 12 Der Leistungskatalog der obligatorischen Versicherung des neuen Gesetzes ist im Vergleich zur Grundversicherung des alten Gesetzes **erweitert** worden. Mit den "neuen" Leistungen werden Bedürfnisse abgedeckt, die schon seit langem bestehen. Es handelt sich dabei vor allem um die folgenden Leistungen:
 - 121 Spitalleistungen werden **ohne zeitliche Beschränkung** gewährt. Heute besteht eine Beschränkung auf zwei Jahre.
 - 122 Die obligatorische Versicherung übernimmt die Kosten für **spitalexterne Krankenpflege** (zu Hause oder im Pflegeheim). Im Bereich der spitalexternen Krankenpflege sind auch andere Institutionen tätig, wie z.B. gemeinnützige Einrichtungen, Gemeinden, AHV, IV etc. Das neue Gesetz sieht vor, dass die eigentlichen Krankenpflegeleistungen (einschliesslich der Alterskrankenpflege) von der obligatorischen Krankenversicherung zu übernehmen sind. Nach dem alten Gesetz werden sie nur teilweise von der Grundversicherung abgedeckt. Der übrige Teil wird durch Zusatzversicherungen aufgrund statutarischer Bestimmungen der Kassen oder aus Finanzquellen ausserhalb der Krankenversicherung abgedeckt. Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten der *Behandlungspflege* (Injektionen, Anlegen von Verbänden, Massagen etc.; die heutige Liste wird ergänzt werden); sie übernimmt aber auch die Kosten der *Grundpflege* (Körperpflege des Patienten, Hilfe beim Aufstehen, beim Essen etc.; dieser Bereich wird neu in die Krankenversicherung aufgenommen). Die Krankenversicherung übernimmt dagegen nicht die Kosten der Hilfe im Haushalt (Küche, Wäsche etc.). Die Leistungen werden in der Verordnung noch näher bestimmt. Sie müssen durch qualifiziertes Personal erbracht werden, welches selbständig oder im Rahmen einer Hauskrankenpflege-Organisation tätig ist.

- 123 Beim Aufenthalt in einem **Pflegeheim** trägt die Krankenversicherung die gleichen Kosten wie bei Krankenpflege zu Hause. Die Versicherer können mit den Pflegeheimen Pauschalvergütungen vereinbaren. Die "Hotelkosten" (Unterkunft und Verpflegung) werden, genau wie bei der Hauskrankenpflege, nicht durch die Krankenversicherung übernommen. Sie werden aus den Einkünften der Patienten, d.h. aus den AHV/IV-Renten und gegebenenfalls aus den Ergänzungsleistungen abgedeckt.
- 124 Eine wesentliche Neuerung ist die Kostenübernahme für Massnahmen der **medizinischen Prävention**. Nach dem alten Gesetz deckt die Grundversicherung nur die Kosten der Untersuchung und der Behandlung, jedoch nicht von vorsorglichen Massnahmen, die ergriffen werden, noch bevor irgendein Krankheitsverdacht besteht. Derartige Massnahmen erlauben indes Kosteneinsparungen, soweit sie selber nicht zu kostspielig sind. Die Verordnung wird sich daher darauf beschränken, Massnahmen aufzuzählen, deren Notwendigkeit und Effizienz klar erwiesen ist (z.B. Gewebeabstriche zur Krebsvorsorge an bestimmten Organen). Die Kantone sollen aber ihre bisherige Verantwortung im Bereiche des Gesundheitswesens durchaus weiterhin wahrnehmen.
- 125 Die **Zahnkrankenpflege** gehört grundsätzlich nicht in den Bereich der sozialen Krankenversicherung. Karies, eine der hauptsächlichsten Zahnerkrankungen kann nämlich im allgemeinen durch regelmässige Zahnhygiene vermieden werden. Dagegen sind inskünftig die Kosten für die zahnärztliche Behandlung als Folge einer schweren allgemeinen Krankheit oder einer schweren Erkrankung des Kausystems zu übernehmen. Es muss sich dabei um schwere, in der Verordnung näher umschriebene Krankheiten handeln (z.B. die Folgen einer radiologischen Krebsbehandlung).
- 126 Zu den Neuerungen bei den Leistungen gehört auch noch:
- Das neue Gesetz sieht keine Beschränkung der Anzahl der Kontrolluntersuchungen bei **Mutterschaft** vor (das alte Gesetz sieht höchstens 5 Untersuchungen vor); es ist aber selbstverständlich, dass die Krankenversicherung nur die medizinisch notwendigen Untersuchungen übernimmt;
 - die Krankenversicherung zahlt einen Beitrag an die **Transportkosten** (nicht die gesamten Kosten); es geht hier vor allem um Transporte bei Notfällen.

- 2 Die Neuerungen im Leistungsbereich haben natürlich auch **Kostenfolgen**.
- 21 Es sei jedoch daran erinnert, dass sich die Kosten im Vergleich zu den Vorteilen, die mit den neuen Leistungen verbunden sind, in einem **vernünftigen Rahmen** halten: Es handelt sich um Mehrausgaben von ungefähr 10 %.
- In den Unterlagen befindet sich eine graphische Darstellung des Anteils der verschiedenen neuen Leistungen an den Mehrkosten. Man sieht dort, dass mehr als die Hälfte der Mehrausgaben den Betagten und den Chronischkranken zugutekommt (Aufhebung der zeitlichen Beschränkung bei Spitalleistungen, Krankenpflege zu Hause und in Pflegeheimen, Wegfall der Versicherungsvorbehalte).
- 22 Zu diesen Zahlen seien noch drei abschliessende Bemerkungen angebracht:
- 221 Es handelt sich dabei nicht um eine allgemeine Zunahme der Gesundheitskosten, sondern es geht zum Teil um eine **Kostenverlagerung** durch die Entlastung der öffentlichen Hand oder der privaten Haushalte (z.B. spitalexterne Krankenpflege).
- 222 Durch einen Teil der neuen Pflichtleistungen werden **Zusatzversicherungen** unnötig. Ein anderer Teil ist bereits heute in der **statutarisch** erweiterten Grundversicherung verschiedener Krankenkassen enthalten und somit auch in den entsprechenden Prämien.
- 223 Einige der neuen Leistungen erlauben langfristig **Einsparungen** in anderen Bereichen (z.B. spitalexterne Krankenpflege bei entsprechender Koordination der Spitalpolitik). Schliesslich sei daran erinnert, dass die Kostendämpfungsmassnahmen auch bei den neuen Leistungen Anwendung finden.