

Dokumentation zur Parole 2 x Nein

<u>Inhaltsangabe</u>	<u>Randziffer</u>
Gegenstand und Bedeutung der Abstimmung	1-2
Vorläufer der Krankenversicherung	3
Der geltende Verfassungsartikel	4-5
Der Misserfolg von 1900	6
KUVG 1911	7-8
Entwicklung und Stand der Krankenversicherung	9-11
Kantonale Obligatorien	12
Zur Situation der Krankenversicherung	13-14
Revisionsanliegen	15-16
Kosten heute und nach Revision	17-18
Kostenexplosion	19-24
Der Sinn der sozialen Krankenversicherung	25-27
Rückblick auf die Revisionsbestrebungen	28-33
Die Modelle (mit Uebersicht)	34-39
Unabdingbare Grundsätze	40-42
Initiative	43-48
Monstruöser Gegenvorschlag	49-59
Was ist die Begrenzung der Lohnprozente wert?	60-61
Lohnprozente = Fremdkörper	62
Risikodeckung statt anonyme Finanzierung	63
Lohnsteuer nicht überreissen	64
Woher die Lohnprozente kämen	65
Solidarität wird nicht gehoben	66
Gegenvorschlag = weitere Kostenexplosion	67
Kostenbeteiligung nach Gegenvorschlag offen	68
Ein bisschen viel plagierte	69
Milliardenrechnung nach Bundes- mathematik mit Fata Morgana	70-73
Was zu tun ist (unsere Vorschläge)	74-77
Insbesondere: unsere Zukunftslösung	78-83
Sozialausgleich: Frauen, Kinder	84-85
Schema einer Kostendeckung in der Kranken- versicherung	86
Krankengeldversicherung	87
Anhang:	
Text Bundesverfassung Artikel 34 bis	88
Text sozialdemokratische Initiative	89
Text Gegenvorschlag	90
Finanzhaushalt der Krankenkassen 1971	91
Erkrankungen + Pflegekosten pro Versicherten	92
Finanzielle Auswirkung einer allfälligen Jahres- franchise	93
Versicherungskosten nach verschiedenen Vorschlägen	94

Dokumentation zur Parole 2 x Nein

Gegenstand und Bedeutung der Abstimmung

(1) Am 8. Dezember 1974: Eidgenössische Abstimmung über sozialdemokratische Initiative betreffend Kranken- und Unfallversicherung sowie Gegenvorschlag Bundesversammlung. Annahme des einen oder andern Vorschlages würde ein Mehr von Volk und Ständen voraussetzen. Initiative wie Gegenvorschlag wollen den heutigen Artikel 34 bis der Bundesverfassung ersetzen. Texte 34 bis, Initiative, Gegenvorschlag: im Anhang, Ziffer 88-90.

(2) Am Bestehen der Krankenversicherung ändert die Abstimmung nichts. Für den Bürger ändert sich erst etwas, wenn das Gesetz (KUVG) revidiert wird. Wie zu revidieren ist, hängt allerdings von der Verfassung ab. Wir schlagen als Sofortmassnahme nach 2 x Nein eine Teilrevision des Gesetzes vor (dringlicher Leistungsausbau), und nachher eine sachgerechte Zukunftslösung. Siehe dazu Ziffer 74-87.

Vorläufer der Krankenversicherung

(3) In der Stadt Luzern wurde 1560 die "Bruderschaft lediger Mannspersonen" gegründet. Die Satzung bestimmte: "Jeglichem Bruder, wenn er siech wird oder krank, soll man leisten dritthalb Pfennige täglich, wenn es ihm nottut - hilft ihm aber unser Herrgott, dass er wieder gesund wird und arbeiten kann, so soll er die dritthalb Pfennige wieder bezahlen. Tut es ihm lange not und bedarf er mehr, so soll man ihm leihen auf Pfand; stirbt er, so soll man bezahlen von dem, was er hinterlässt". Das war alles andere als eine moderne Krankenversicherung, aber die Grundgedanken sind dennoch bemerkenswert: bei kurzfristiger Krankheit zahlt zwar die "Versicherung" Leistungen aus, wenn der Kranke ihrer bedarf, erwartet aber Deckung durch den "Versicherten"; bei schwerer Krankheit wird mehr geleistet und ein grösseres Risiko zulasten der Gemeinschaft übernommen.

Vor allem im letzten Jahrhundert kamen zahlreiche Hilfskassen auf, die noch keine richtige Versicherung boten. Sie wurden allmählich durch eigentliche Krankenkassen abgelöst.

Der geltende Verfassungsartikel

(4) 1890 wurde der heute noch geltende Verfassungsartikel 34 bis beschlossen. Er sieht vor, dass der Bund die Versicherung "einrichtet", und dass der Bund oder die Kantone Obligatorien einführen können.

(5) Der Verfassungsartikel geht weit in den Bundeskompetenzen, gibt aber dem Gesetzgeber keine konkreten Richtlinien. Das KUVG schöpft die verfassungsmässigen Kompetenzen nicht aus.

Der Misserfolg von 1900

(6) Ein erster Entwurf eines Bundesgesetzes wurde 1900 in einer Referendumsabstimmung hoch verworfen. Er sah ein Obligatorium für Arbeitnehmer, lohnprozentuale Prämien und eine weitgehend staatlichen Kassen übertragene Durchführung vor.

KUVG 1911

(7) Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz von 1911 (KUVG) wurde 1912 in einer Referendumsabstimmung knapp angenommen. Samt den Revisionen aus den Sechzigerjahren steht es heute noch in Kraft.

(8) Grundzüge KUVG:

- Kein Bundesobligatorium (vorbehalten sind kantonale Obligatorien).
- Der Bund anerkennt Krankenkassen, welche die gesetzlichen Bedingungen erfüllen. Die Anerkennung bedeutet, dass er sie mit Beiträgen fördert (Kopfbeiträge). In weit geringerem Masse zahlen auch Kantone und Gemeinden Beiträge (von sich aus, nicht im KUVG vorgesehen).
- Die gesetzlichen Bedingungen bestehen u.a. in Aufnahmebestimmungen, Freizügigkeit für Mitglieder, Grundsätzen für Mitgliederbeiträge und namentlich auch in Pflichtleistungen.
- Pflichtleistungen in der Krankenpflege: bei ambulanter Behandlung (nicht bei Spitalaufenthalt) volle Deckung aller Kosten, zeitlich unbeschränkt. Bei Spitalaufenthalt ärztliche Behandlung, Heilmassnahmen, Analysen und Arzneimittel in vollem Ausmass und ein Mindestbeitrag an die übrigen Kosten. Leistungen während wenigstens 720 Tagen innert 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Spezielle Vorschriften für Tuberkulose- und Mutterschaftsversicherung. - Krankengeld: Pflichtleistungen gering.

Die Regel bilden

- Tarifschutz: Verträge zwischen Kassen und Aerzten, Apotheken, Spitälern; staatliche Vorschriften für vertragslosen Zustand.
- Selbstbehalt und Franchise: Selbstbehalt von 10 % in ambulanter Behandlung und Franchise von 20 Franken (obere Tarifgruppen 30 Franken, mehr für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen) je Krankheitsfall; Franchise ersetzt Selbstbehalt, wenn dieser niedriger wäre.

Entwicklung und Stand der Krankenversicherung (9)

(9) Ursprünglich lag das Gewicht der Krankenkassenleistungen auf dem Krankengeld. Man sollte Personen mit bescheidenem Einkommen vor allem den Verdienstausfall teilweise ausgleichen. Mit der Zeit trat aber mehr und mehr die Deckung der Pflegekosten in den Vordergrund; darauf entfallen heute gut 5/6 der Kassenleistungen.

Erkrankt ein Arbeitnehmer, so hat bei Arbeitsverhältnissen von mehr als drei Monaten der Arbeitgeber kraft Obligationenrecht (Artikel 324 a) den vollen Lohn während mindestens drei Wochen und nach dem ersten Dienstjahr während einer ^{angemessenen} längeren Frist zu entrichten. Es steht ihm frei, mittels Versicherung dieser Pflicht nachzukommen, aber auch ohne Versicherung muss er die Leistung erbringen.

(10) Eher mehr als 95 % der Bevölkerung sind bei einer anerkannten Krankenkasse versichert, unter Einrechnung der privaten Krankenversicherung etwa 97 bis 98 %. Dieser Versicherungsgrad ist höher als in Ländern mit "allgemeinem" Obligatorium. Oft schreiben Gesamtarbeitsverträge oder Betriebsordnungen die Versicherung der Arbeitnehmer vor.

Nur für Krankengeld versichert sind lediglich etwa 7 % der Bevölkerung. Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Privatversicherung umfasst neun Zehntel der Bevölkerung. Die nachstehenden Zahlen des Jahres 1971 bilden die neusten statistischen Angaben, sind aber durch die Entwicklung bereits überholt.

Krankenkassen

Mitglieder	6,229 Millionen
- davon in Krankenpflege versichert	5,732 Millionen
Ausgaben der Kassen in Millionen Franken	2,255 Millionen

Für 1974 wird der Aufwand mehr als 3000 Millionen Franken geschätzt, wovon der Bund über 600 Millionen beiträgt. Man rechnet, dass die Versicherten gut 70 % an die Einnahmen beisteuern, Bund und Kantone über 20 %, Arbeitgeberbeiträge und Zinserträge den verbleibenden Teil.

(11) Gegenwärtig bestehen rund 700 anerkannte Krankenkassen, grosse, mittlere und kleine.

Kantonale Obligatorien

(12) Die Mehrzahl der Kantone haben Versicherungsobligatorien eingeführt, zumeist aber nur Teilobligatorien (Kinder, Wenigbemittelte). Kantonale Obligatorien: LU, FR, SO, BS, BL, AR, AI, SG, TG, TI, VD, VS, NE, GE. Gemeinden können Obligatorium einführen: ZH, BE, UR, SZ, SH, GR. Keine Obligatoriumsbestimmungen: OW, NW, GL, ZG, AG. Obligatorisch versichert ist rund ein Viertel der schweizerischen Bevölkerung.

Zur Situation der Krankenversicherung

(13) Die organisatorischen Grundlagen sind gut. Eine leistungsfähige Krankenkasse ist längst nicht mehr die Nachfolgerin der alten Hilfskassen. Sie ist auch keine blosse Inkasso- und Zahlstelle, sondern ein eigenständiger Versicherungsbetrieb. Die Kassen stehen untereinander und zur reinen Privatversicherung im Wettbewerb, was den Versicherten zugutekommt. Sie versichern in aller Regel mehr als nur die Pflichtleistungen und haben Zusatzversicherungen eingeführt.

(14) Schwierigkeiten bereitet ein Leistungsausbau, dessen Finanzierung sozialen Erfordernissen gerecht werden soll. Da bedarf es einer Neuregelung.

Revisionsanliegen

(15) Folgender Leistungsausbau nötig:

- Volle Deckung der Spitalkosten (allgemeine Abteilung), ohne Zusatzrechnungen an die Versicherten.
- Zeitlich unbeschränkte Dauer der Spitalleistungen.
- Uebernahme einer Anzahl prophylaktischer Untersuchungen und Massnahmen.

(gewisser
- Einschluss) Zahnpflegeleistungen. Die Initiative spricht generell von "Zahnbehandlung", der Gegenvorschlag von "Zahnerkrankungen".

(16) Ferner: erleichterte Aufnahme von Kassenmitgliedern, z.B. auch von Betagten, Abbau von Vorbehalten wegen bestehender Gebrechen.

Kosten heute und nach Revision

(17) Die Kosten der gesamten sozialen Krankenversicherung belaufen sich gegenwärtig auf eine Summe, die etwa 4 % der AHV-pflichtigen Einkommen entspricht. Nach dem seinerzeitigen Expertenbericht ("Flimser Modell") wären künftig infolge Revisionen mit über 7 % zu rechnen. Stellt man nicht nur auf die AHV-pflichtigen Einkommen ab, sondern auf das gesamte Arbeitseinkommen und Ersatzeinkommen (d.h. Renteneinkommen), so würde sich die Belastung auf gut 6 % belaufen (heute gegen 4 %). Die Zunahme der Kosten beliefe sich auf eher mehr als zwei Drittel, allerdings unter Einschluss der Krankengeldversicherung, die besondere Verhältnisse aufweist; dies ändert jedoch nicht viel an den Grössenordnungen.

(18) Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht etwa um eine Steigerung der Krankheitskosten handeln soll, sondern um eine Umverteilung von Kosten. Einerseits würde die Versicherung die Versicherten von Kosten entlasten, die die Versicherten bisher selber deckten, andererseits würden ausserdem die Spitaldefizite der Kantone und Gemeinden dank den Versicherungsleistungen vermindert.

Kostenexplosion

(19) Daneben bleibt aber das Problem der Kostenexplosion bestehen. Verbesserte Leistungen der Versicherung können an sich die Kostenexplosion noch fördern, weil das Vorhandensein von mehr Geld das Ausgeben erleichtert. So sehr der Leistungsausbau zu begrüßen ist, muss darauf geachtet werden, dass die angestrebte Verbilligung der Pflege nicht infolge erneut starkem Kostenanstieg illusorisch wird. Sonst müssten die Versicherungskosten bald auf unerträglich hohe Summen hinaufgesetzt werden, um trotzdem noch einen Vorteil für die Versicherten zu erzielen. Und dieser Vorteil müsste letzten Endes auch wieder von den Versicherten finanziert werden.

(20) Will man sich nicht im Kreise herum drehen, so stellt sich als eine der wichtigsten Aufgaben die Eindämmung der Kostenexplosion und einer Ueberbeanspruchung der Krankenpflege. Sie würde gestattet, den Mehraufwand der Versicherung ganz erheblich zu reduzieren. Wohl spricht man auf allen Seiten von dieser Aufgabe, aber zu ihrer Realisierung wird zu wenig vorgekehrt, obwohl sie sogar die Priorität besitzen müsste. Zum weiteren Vorgehen siehe Ziffer 80.

(21) Drei Zahlen (weitere Zahlen im Anhang):

	<u>Zunahme 1970-1973 in %</u>
Konsumentenpreise	26
Löhne	40
<u>Spitaltarife</u>	58

(übrigen) Die Krankenpflegekosten (ohne die Spitalkosten) sind beträchtlich gestiegen, aber den steilsten Anstieg erfuhren die Spitalkosten.

(22) Gründe der Spitalkostenzunahme:

- Die unerlässliche Besserstellung des Personals (Arbeitszeit, Lohn, Sozialleistungen).
- Zunahme kurzfristiger Spitalaufenthalte (Gegenstück: Abnahme der Hauspflege) und Zunahme der Pflege Chronischkranker, unter anderem pflegebedürftiger älterer Leute.
- Verbesserte medizinische Einrichtungen.
- Mangelnde Spitalplanung und Betriebsrationalisierung.

(23) Es ginge auf keinen Fall an, die notwendigen Spitalleistungen zwecks Kostenersparnis zu verschlechtern. Aber nach dem Urteil von Fachleuten ist eine rationellere und kostensparende Organisation möglich, z.B. durch Koordination innerhalb einer Region. Beispielsweise mahnt die Meldung zum Aufsehen, dass wir in der Schweiz zuviel Betten in Akutspitälern (kurzfristige Behandlung) haben. Alles muss daran gesetzt werden, eine weitere Kostenexplosion zu verhindern.

(24) Aber auch in der ambulanten Behandlung, ausserhalb der Spitäler, sind Vereinfachungen und Kostenreduktionen möglich. Eine "surconsomma-

tion médicale", eine Ueberbeanspruchung des Gesundheitswesens, ist auch hier feststellbar. Da und dort besteht die Tendenz, medizinische Leistungen deshalb in Anspruch zu nehmen, weil sie auf Kosten der Versicherung zu haben sind.

Der Sinn der sozialen Krankenversicherung

(25) Ginge es nur um die Sicherung gegen kleinere und mittlere Risiken, so könnte man heute den meisten Schweizern eine private, unsubventionierte Versicherung der Krankenpflege (inklusive Zahnerkrankungen) zumuten. Dafür hätte eine Familie mit 2 Kindern ca. 1100 Franken im Jahr in Form von Prämien und Selbstbehalten zu bezahlen, bei einem Haushaltseinkommen von 33'000 Franken, wie es etwa dem schweizerischen Mittel entsprechen dürfte, gut 4,5 % des Einkommens. Die Kosten der normalen Gesundheitspflege sollten bei rechten Einkommensverhältnissen so gut wie der Aufwand für Nahrung, Kleidung, Miete und Auto im Grunde privat gedeckt werden.

(26) Indessen ist an die Bezüger kleiner Einkommen zu denken, denen bei der Ansetzung der Prämien und Selbstbehalte entgegengekommen werden muss. Ferner kann die Deckung grosser Risiken sogar für Bezüger von Einkommen über dem Durchschnitt eine schwere Last darstellen. Den Bezügern überdurchschnittlicher Einkommen ist allerdings zuzumuten, dass sie dieses Risiko durch Versicherung zu vollen Prämien abwenden. Hingegen ist zahlreichen Versicherten die Zahlung der versicherungsmässig voll ausreichenden Prämie nicht zumutbar. An diesem Punkt muss die soziale Komponente der Krankenversicherung zum Spiel kommen.

(27) Das heutige Finanzierungssystem genügt nicht, um die Sozialfunktion zu erfüllen. Die Individualbeiträge sind zuwenig nach sozialen Gesichtspunkten ausgerichtet, und die öffentlichen Beiträge stellen Kopfbeiträge dar, ohne Rücksicht auf die materielle Lage der Versicherten. Die Ausrichtung eines öffentlichen Beitrages für jeden Versicherten bedeutet ein "Giesskannenprinzip", d.h. eine unnötige Verzettelung der Mittel.

Rückblick auf die Revisionsbestrebungen

(28) Alle beteiligten Kreise beschäftigen sich seit längerer Zeit mit der Frage, wie die Krankenversicherung zu revidieren sei. Wir geben ei-

nen knappen Rückblick und gehen in der Folge auf die verschiedenen Modelle ein.

(29) Im Februar 1969 wurde eine grosse eidgenössische Expertenkommission eingesetzt.

Die sozialdemokratische Initiative, eingereicht im März 1970, fordert das Versicherungsobligatorium und ohne eine Limitierung die Erhebung von Lohnprozenten.

Die Expertenkommission arbeitete das "Flimser Modell" aus (veröffentlicht 1972). Sein Hauptbestandteil ist eine allgemeine obligatorische Spitalversicherung, finanziert durch Lohnprozente.

(30) Im Vernehmlassungsverfahren fiel das Flimser Modell durch. Der Bundesrat beantragte dem Parlament eine Variante: Obligatorium für Spitalbehandlung "und ähnliche aufwendige Untersuchungen und Behandlungen"; die Finanzierung wäre wiederum auf Lohnprozente hinausgelaufen.

(31) Die sogenannte "Allianz" des Konkordats schweizerischer Krankenkassen und der Verbindung der Schweizer Aerzte machte einen neuen Vorschlag, der von einer vorherigen Petition der Krankenkassen abwich. Der Vorschlag verlangte namentlich die Finanzierung der gesamten Versicherungskosten zu 30 bis 50 % durch Lohnprozente, eine Gesundheitssteuer zugunsten der Krankenversicherung und höhere Beteiligung der Versicherten an den Kosten.

(32) Das Parlament übernahm zum Teil den Vorschlag der "Allianz". Sein Gegenvorschlag zur Initiative sieht in der Krankenpflege kein Versicherungsobligatorium vor, aber ein Beitragsobligatorium für jedermann, ob versichert oder nicht, mittels Abzug von maximal 3 % des Lohnes, ferner ein Versicherungsobligatorium für Arbeitnehmer in der Krankengeldversicherung. Wie die Zwitterlösung - Beitragsobligatorium ohne Versicherungsobligatorium - funktionieren soll, blieb im Parlament ungeklärt. Die Gesundheitssteuer lehnte das Parlament ab, allerdings gegen eine starke Minderheit.

(33) Keine grosse Gegenliebe der Politiker fanden das "Modell 72", das "Solothurner Modell" und das "Modell Grütli". Gemeinsam ist ihnen die

⊗ Beim "Solothurner Modell" liegt das Schwergewicht auf der Deckung der Spitalkosten durch eine sozial gestaffelt subventionierte Spitaltaggeldversicherung.

33-38

eindeutige Ablehnung eines Obligatoriums der Krankenpflegeversicherung und von Lohnprozentualen Beiträgen. Die zusätzlich benötigten Mittel sollen nach "Modell 72" und "Modell Grütli" durch Spezialabgaben, namentlich Gesundheitssteuer, beschafft werden. Die drei Modelle vertreten soziale Abstufungen in der Versicherung wie auch eine ausreichende Beteiligung der Versicherten an den Kosten.

Die Modelle

(34) Den verschiedenen Modellen ist gemeinsam der Leistungsausbau (grundsätzlich volle und zeitlich unbegrenzte Deckung der Spitalkosten; Einbezug der Zahnpflege) und die erleichterte Aufnahme von Kassenmitgliedern, soweit nicht geradezu ein Obligatorium vorgesehen wird.

(35) Ein allgemeines Obligatorium der Krankenpflegeversicherung statuiert die Initiative. Flims und Bundesrat: obligatorische Spitalversicherung bzw. Grossrisikoversicherung. Allianz und Gegenvorschlag: Beitragsobligatorium im Rahmen der Lohnprozente. Grütli, Modell 72, Solothurn: kein Obligatorium.

(36) Krankengeldversicherung: Allgemeines Obligatorium in Initiative, andere Modelle: teils obligatorisch für Arbeitnehmer, mit Finanzierung der obligatorischen Versicherung durch Lohnprozente. Kein Obligatorium: Grütli + Solothurn.

(37) Die verschiedenen Modelle werden in der folgenden doppelseitigen Uebersicht charakterisiert. Darin sind der Leistungsausbau in der Pflegeversicherung und die Krankengeldversicherung nicht mehr erwähnt.

(38) Die Initiative als radikale Obligatoriumslösung steht für sich da. Das Flimser Modell war das Werk der grossen Expertenkommission, der Vorschlag Allianz ist ein Kompromiss zwischen Konkordat der Krankenkassen (gegen eine starke Minderheit von Kassen) und Verbindung der Schweizer Aerzte, dem Gegenvorschlag hat die Mehrheit der eidg. Parlamentarier zugestimmt. - Grütli: drittgrösste Krankenkasse. Modell 72: namentlich eine Berner Gruppe (Aktionsgemeinschaft für eine wirklich soziale Krankenversicherung). Solothurn: Solothurner Gruppe KUVG, aus einer Reihe von Persönlichkeiten bestehend.

System

Initiative Allgemeines Obligatorium für sämtliche Leistungen.

Flims (+ ähnlich
Bundesrat) Pflegeversicherung inklusive erste 5 Spitaltage
freiwillig.

Ab 6. Spitaltag obligatorische, zentral organisierte
Spitalversicherung, auf Grund von Kostenpauschalen.

Bundesrat: obligatorische Grossrisikoversicherung.

Konkordat Allgemeines Obligatorium

Allianz Pflegeversicherung freiwillig. Jedoch Beitragsobli-
gatorium mit Lohnprozenten, die auch den Nichtver-
sicherten zugute kommen. Bundesbeiträge aus den Lohn-
prozenten, Art der Verteilung offen.

Gegenvorschlag Pflegeversicherung freiwillig. Jedoch Beitragsobli-
gatorium mit Lohnprozenten, zur Verbilligung der
Spitalbehandlung etc. für alle, auch Nichtversicher-
te. Bundesbeiträge aus den Lohnprozenten, Art der
Verteilung offen.

Grütli Pflegeversicherung freiwillig. Einheitliche Versiche-
rung für ambulante Behandlung und Spitalpflege.

Modell 72 Pflegeversicherung freiwillig. Auch freiwillige Spi-
talversicherung, im Rahmen der Pflegeversicherung,
Gestaltung ähnlich Flims (ab 6. Spitaltag), ver-
stärkter Sozialausgleich.

Solothurn Pflegeversicherung freiwillig.

Ausserdem freiwillige Spitalversicherung; Arzt und
Arznei durch Krankenpflegeversicherung, sodann für
Spitalpflege besondere Spitaltaggeldversicherung;
wie Flims ab 6. Spitaltag. soziale Staffelung durch
Beiträge von Bund und Kantonen.

Kostenbeteiligung	Finanzierung
Ausgeschlossen für Unfälle, Mutterschaft und Spitalpflege.	Lohnprozente + Beiträge von Bund und Kantonen.
<p>Pflege allgemein: mindestens 15 %. - 30 bis 60 Fr. pro Rechnung Minderbemittelte 20 bis 40 Fr.</p> <p>Spital: fixer Beitrag an Verpflegungskosten, ausgenommen wirtschaftlich Schwächere.</p>	<p>Pflege allgemein: Individualprämien + Beiträge von Bund und Kantonen.</p> <p>Spital: Lohnprozente + Bundesbeiträge an Spitäler.</p>
Beteiligung = bisher.	<p>50 % durch Lohnprozente.</p> <p>20 % öffentliche Beiträge.</p> <p>Um die 10 % Individualprämien, Rest Kostenbeteiligung.</p>
"Angemessene Selbstbeteiligung".	<p>Versicherung: Individualprämien + Beiträge von Bund und Kantonen; wirtschaftlich Schwächere sollen sich zu tragbarer Bedingungen versichern können.</p> <p>Ergänzender Beitrag durch Lohnprozente (höhe offen) und durch Sondersteuern auf gesundheitsschädigenden Waren.</p>
"Angemessene Beteiligung"	<p>Versicherung: Individualprämien + Beiträge von Bund und Kantonen; wirtschaftlich Schwächere sollen sich zu tragbaren Bedingungen versichern können.</p> <p>Beitragsobligatorium: bis zu 3 Lohnprozente, bzw. "allgemeiner Beitrag" (von jedermann erhoben).</p>
<p>Pflege allgemein: Im prinzip 15 %, mindestens 30 Fr. pro Rechnung, jedoch differenziert durch eine soziale Abstufung.</p> <p>Spital: ähnlich Flims.</p>	<p>Individualprämien, sozial abgestuft.</p> <p>Beiträge von Bund und Kantonen aus allgemeinen Mitteln, nach sozialen Kriterien.</p> <p>Zusatzbeitrag des Bundes aus einer Gesundheitssteuer (Tabak und Alkohol).</p>
<p>Pflege allgemein: prozentualer Kostenanteil.</p> <p>Spital: Fixer Beitrag an Verpflegungskosten.</p>	<p>Pflege allgemein + Spital: Individualprämien + je 20 % Beiträge von Bund und Kantonen, mit sozialer Staffelung; Finanzierung teils aus Abgabe auf Tabak und Alkohol.</p>
<p>Pflege allgemein: Selbstbehalt (15%) + Franchise, diese sozial gestaffelt.</p> <p>Spital: Selbstbehalt für Arzt und Arznei; sozial gestaffelte Franchise, im Prinzip Kosten <u>eines</u> Spitaltages.</p>	<p>Pflege allgemein: Individualprämien + Beiträge von Bund und Kantonen.</p> <p>Spitaltaggeldversicherung: Individualprämien, 20 % Bundesbeitrag; kant. Beitrag nach sozialen Gruppen gestaffelt.</p>

(39) Nachdem das Flimser Modell, das ähnliche Bundesratsmodell ausgefallen sind, und nachdem der Allianz-Vorstoss im Wesentlichen vom Gegenvorschlag berücksichtigt worden ist, zeichnet sich folgendes ab:

- Initiative: Sozialdemokratische Partei, Schweiz. Gewerkschaftsbund, Christlichnationaler Gewerkschaftsbund.
- Gegenvorschlag: Allianz + zahlreiche Parlamentarier + wohlwollende Haltung Bundesrat.
- 2 x Nein: Grütli, Solothurn, Modell 72, welsche Kreise, Exponenten verschiedener Krankenkassen, darunter auch die Christlichnationale Kranken- und Unfall-Kasse (zweitgrösste Kasse), eine Anzahl Politiker (viele wollen sich nicht exponieren) und manche Aerzte.

Unabdingbare Grundsätze

(40) Bevor näher auf Initiative und Gegenvorschlag eingegangen wird, müssen die u.E. unabdingbaren Grundsätze festgehalten werden. Sie liegen der Beurteilung von Initiative und Gegenvorschlag zugrunde.

(41) Wir sind für

- eine leistungsfähige Versicherung und volle Deckung grosser Risiken;
- Möglichkeit der individuellen Anpassung der Versicherung;
- Verantwortung des Einzelnen;
- soziale Differenzierung;
- Ergänzung der öffentlichen Beiträge durch Gesundheitssteuer.

(42) Wir sind gegen

- Verstaatlichungstendenzen und unnötige Obligatorien;
- Lohnprozente, die gefährlich sind, keine soziale Verbesserung darstellen, und nur die Kostenexplosion fördern.

Initiative

(43) Die Initianten behaupten heute, nachdem sie in die Enge getrieben werden, das Vollobligatorium ändere nichts am System; auch nach der Initiative seien in der Durchführung die bestehenden Krankenkassen zu berücksichtigen. Diese Darstellung ist jedoch eine Beschönigung. Wir sind

zwar entschieden gegen das Obligatorium, weil es überflüssig ist (95 % der Bevölkerung versichert), und weil es die Versicherung keineswegs verbessert. Aber noch mehr als das Obligatorium als solches fällt die generelle Staatsgläubigkeit der Initiative und ihrer Befürworter ins Gewicht.

(44) Zweifellos enthält schon der geltende Artikel 34 bis der Bundesverfassung weitgehende Bundeskompetenzen; er stammt aber von 1890, aus einer Zeit, als man über die Erfordernisse der Krankenversicherung noch keine klaren Vorstellungen hatte. Wenn man ihn revidiert, sollte er tunlichst präzisiert werden. Soweit die Initiative präzisiert, fordert sie das Abrücken von der grundsätzlich freien Versicherung. Ein normaler Leser des Initiativtextes kann ohne weiteres zum Schluss gelangen, es sei prinzipiell eine Staatsversicherung angestrebt, mit etwas Einbau bestehender Versicherungsträger.

(45) Die Initiative würde auf die Erhebung von vorderhand etwa 6 Lohnprozenten hinauslaufen. Es gäbe keine Individualprämien mehr. Die Finanzen würden zu 100 % fiskalisch beschafft (Lohnprozente + Steuergelder). Der Bund würde das Ausmass der Lohnprozente bestimmen, und er würde natürlich ihre Verwendung festlegen. Während heute die Krankenkassen gesetzliche Mindestbedingungen einzuhalten haben, würde künftig der Bund, der die Lohnprozente vermittelt, zweifellos zu einer zentralistischen Vollreglementierung übergehen. Trotz formellem Weiterbestand wären die Kassen lediglich noch untergeordnete Verwaltungsstellen.

(46) Das schweizerische System der Krankenversicherung hat infolge freiheitlichen Aufbaues und gesunden Wettbewerbes zwischen den Versicherungsträgern dem Versicherten immerhin eine Schätzenswerte Wahlfreiheit geboten. Sie würde mit der Initiative entfallen, so sehr es die Initianten bestreiten. Zentral gelenkte Versicherung und nennenswerte Wahlfreiheit schliessen sich aus.

(47) Die Initiative enthält keine Garantie gegen die erwähnten Gefahren. Im Gegenteil, sie gibt sich bewusst etatistisch. Die verharmlosenden Interpretationen der Initianten, die Hinweise für das Ausführungsgesetz sein sollen, können angesichts des Initiativtextes nicht beruhigen; sie sind nicht nur unverbindlich, sondern stossen sich am Charakter der Initiative.

(48) Man tritt den Initianten wohl nicht zu nahe, wenn man annimmt, dass ihnen ein staatlicher Gesundheitsdienst gar nicht so unsympathisch wäre. Die Initiative schafft mit dem, was sie sagt und was sie nicht sagt (Fehlen von Garantien) alle Voraussetzungen für einen staatlichen Gesundheitsdienst. Eine zentral gelenkte Krankenversicherung führt geradewegs dahin. Ein staatlicher Gesundheitsdienst bedeutet aber nach allen ausländischen Erfahrungen, dass die medizinische Versorgung verschlechtert und erst noch verteuert wird.

Monstruöser Gegenvorschlag

(49) Das Parlament entschied sich für einen Gegenvorschlag, aus der - unbegründeten - Furcht, die Initiative könnte sonst von Volk und Ständen angenommen werden. Ständerat Honegger (freisinnig, Zürich) erklärte, er wersetze sich einem Gegenvorschlag nicht, obwohl er persönlich der Meinung sei, "dass gerade im vorliegenden Falle die sozialdemokratische Initiative ohne Gegenvorschlag hätte dem Souverän unterbreitet werden sollen".

(50) Zum Gegenvorschlag im gesamten zitieren wir Ständerat Amstad (CVP, Nidwalden): "Wenn man die bisherige knappe, klare und den Anforderungen genügende Bestimmung der Verfassung vergleicht mit den grauenhaft ausführlichen und komplizierten neuen Vorschlägen, steht für jedermann, der eine politisch einfache und juristisch klare Lösung wünscht, fest, dass man die neuen Vorschläge verwerfen und bei der alten Lösung bleiben sollte". Zwecks Bekämpfung der Initiative stimmte Ständerat Amstad allerdings dem Gegenvorschlag gleichwohl zu, was aber an seinem Urteil über diesen Vorschlag nichts ändert.

Der Gegenvorschlag ist mit seinen über 300 Worten ein Monstrum. Ein normaler Mensch kommt nicht draus; nicht einmal die Gelehrten sind sich über die Tragweite aller darin enthaltenen Vorschriften einig. Und trotz seines Volumens lässt er wichtige Fragen offen.

(51) Dies ist kein Zufall. Immer wieder betonen Befürworter des Gegenvorschlages - und wenige Befürworter sind von seiner Güte wirklich überzeugt -, er sei eben ein Kompromiss. Wir haben durchaus Verständnis dafür, dass man gelegentlich Kompromisse schliesst - es fragt sich nur wie. Der Ge-

⊙ Diese Rechnung ging nicht auf!

genvorschlag war für viele Politiker der Versuch, die Initianten zum Einlenken und zum Rückzug der Initiative zu bewegen, und für alle Fälle der Versuch, nahe an die Initiative heranzukommen, um ihr Wind aus den Segeln zu nehmen. Man ging aber mit dem Kompromiss so weit, dass er eher ein Auftrieb für die Idee der Initiative ist.

(52) Gewisse Bestimmungen des Gegenvorschlages erscheinen - isoliert betrachtet - durchaus akzeptabel, z.B. Arztfreiheit, Umschreibung der Pflegeleistungen, Tragbarkeit der Versicherung für jedermann. Der formelle Rahmen des Gegenvorschlages ist scheinbar eine Versicherung heutiger Art, mit bestimmten Ergänzungen. Aber materiell wird dieser Rahmen eindeutig durchbrochen durch das Aufstülpen obligatorischer Lohnprozente auf die bisherige Ordnung, die dadurch grundlegend verändert wird. Neben den Lohnprozenten würden indessen weiterhin Individualprämien bezogen.

(53) Dazu kommt, dass diese Lohnprozente über die AHV-Kassen vom Bund erhoben würden und in Form von Subventionen eingesetzt würden, und zwar für die ganze Bevölkerung, nicht nur für die Versicherten. Zum Beitragsobligatorium käme ein Leistungsobligatorium. Denn es ist klar, dass man auch beziehen will, wenn man zum Zahlen verpflichtet ist. Der allfällige Einwand, es brauche jemand ja nicht einen Bezug geltend zu machen, ginge daneben; dies ist nämlich auch bei formellem Obligatorium der Fall: selbs eine Obligatoriumseinrichtung zahlt nur, wenn sich jemand meldet. Der Einwand wäre die pure Theorie, und erst noch eine irrige. Bundesrat Tschudi nannte denn auch die Regelung des Gegenvorschlages "ein etwas verdecktes Leistungsobligatorium". Der Unterschied zur Initiative ist somit nur quantitativ (Begrenzung der Lohnprozente), nicht qualitativ. Wie wir noch sehen werden, ist auf den quantitativen Unterschied kein Verlass. Und entscheidend ist ohnehin das qualitative Moment. Der Gegenvorschlag mündet letzten Endes in die Konzeption der Initiative.

(54) Nach Gegenvorschlag dienen die Subventionen aus Lohnprozenten der Verbilligung der Spitalpflege, Hauspflege, Mutterschaftskosten und präventivmedizinischer Massnahmen. Dies ist aber nur eine allgemeine Zielsetzung. Wofür genau der Bund die Subventionen zahlen würde und an wen, ist offen. Der Einwand, dies entspreche der Natur eines Kompetenzenartikels in der Verfassung, ist deshalb zurückzuweisen, weil hier Grundsätzliches auf dem Spiele steht.

(55) Bundesrat Tschudi: Die Frage der Verwendung sei "noch offen". Und weiter: "Auf die Frage von Nationalrat Brosi kann ich jetzt nicht eindeutig antworten. Der Gesetzgeber wird erst bestimmen, wie diese Beiträge, die für die ganze Bevölkerung zu verwenden sind, eingesetzt werden" (Stenographisches Bulletin Nationalrat, Wintersession 1973, Seite 1455).

Bundesrat Hürlimann: "Es ist nicht entschieden, in welcher Art das Geld, das wir nachher erheben, auf die vier Bereiche, die wir jetzt abschliessend umschrieben haben, verteilt wird, und es steht auch nicht fest, in welcher Weise das Geld letztlich fliessen soll. Ich für mich möchte auch bei dieser Gelegenheit feststellen, dass wir alles Interesse daran haben, beispielsweise die bisherigen Versicherungsträger in die ganze Verteilung dieser Mittel miteinzubeziehen, um ja nicht die Administration des Bundes in diesem Bereich über Gebühr anwachsen lassen zu müssen" (Stenographisches Bulletin Ständerat, Frühjahrssession 1974, Seite 62).

Diese Antworten bestätigen: der Gegenvorschlag lässt offen, wie die Lohnprozent-Milliarden eingesetzt würden. Wohl sagt man heute, natürlich sollten sie auch an die Krankenkassen geleitet werden; man wolle die bisherigen Versicherungsträger in die Verteilung "miteinbeziehen". Aber nicht einmal für den zurückhaltend formulierten "Einbezug" enthält der Gegenvorschlag eine Garantie. Und was man später aus einer Verfassungskompetenz macht, hängt nicht davon ab, welche Erklärungen vor einer Abstimmung gegeben werden. Der Verfassungstext wäre allein massgebend, nicht unverbindliche Erklärungen.

Der Gegenvorschlag schliesst auch nach den bundesrätlichen Erläuterungen mitnichten aus, dass die Milliarden überwiegend oder zu einem erheblichen Teil nicht der eigentlichen Versicherung, sondern direkt den Spitälern usw. zugeführt werden. ☉

(56) Wenn schon beteuert wird, man wolle die Lohnprozente in die Krankenversicherung leiten, weshalb hat man dies im Gegenvorschlag nicht gesagt? Soweit man dem Gegenvorschlag eine Konzeption entnehmen kann, ist es die, dass der Bund annähernd die Hälfte der Finanzmittel der Krankenversicherung über Lohnprozente bezieht und nach erst noch zu erlassenden Vorschriften verteilt, und zwar im Sinne eines Leistungsobligatoriums. Dies bedingt, sehr ähnlich wie nach der Initiative, einen vom Bund gelenkten

☉ Es brauchte auch einen neuen Bundesapparat, um die jährlichen 3 Milliarden Lohnprozente zu verwalten und zu verteilen.

Gesundheitsdienst. Es wäre ja eine Ordnung nicht nur der Krankenkassenbedingungen, sondern generell des Einsatzes von mehreren Milliarden Franken. Total würden ca. 65 bis über 70 % der Pflegeversicherung fiskalisch finanziert (Lohnprozente + Steuergelder). Der Bund würde dominieren. Er müsste zwangsläufig zu einer ausgedehnten Reglementierung der Bedingungen für den Bezug der Lohnprozent-Erträge gelangen, im Prinzip nicht anders als nach der Initiative. Im Vergleich dazu ist die heutige Einflussnahme über die Subventionsbedingungen bescheiden.

(57) Ein bezeichnendes Detail: in der parlamentarischen Debatte wurde gefragt, wie denn die Nichtversicherten zu den Bundesleistungen kämen. Eine klare Antwort erfolgte nicht. Es war u.a. die Rede von einer eidgenössischen Auffangkasse. Die angeblich Nichtversicherten wären damit sogar formell versichert, in einer Staatseinrichtung. Deutlicher könnte der Widerspruch zwischen dem angeblich "freiheitlichen" Gegenvorschlag ("freiheitlich" dort im Komiteenamen!) und seiner Realität nicht ausgedrückt werden.

(58) Eine paradoxe Folge: Da man im Ausmass der Lohnprozente - und das wäre der grössere Teil der Krankenpflegemittel - obligatorisch versichert wäre, könnte sich ein Versicherter sagen, er brauche die freiwillige Versicherung nicht mehr; er erspart sich die Individualprämien und deckt die Kosten der ambulanten Behandlung von Fall zu Fall, unversichert, aus dem eigenen Sack (aber auch an die Hauspflege und Gesundheitsvorsorge erhielte er noch Leistungen aus Lohnprozenten). Diese Möglichkeit ist durchaus ernst zu nehmen, namentlich für Versicherte, die gemessen an ihren häuslichen Verhältnissen gut verdienen (allgemein Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen, und z.B. auch jüngere Angestellte). Die Freiwilligkeit würde zugunsten des Obligatoriums beeinträchtigt. Das mag nicht gerade sofort eintreten, ist aber im Gegenvorschlag angelegt ... erst recht bei einer voraussehbaren Erhöhung der Lohnprozente.

(59) Wohl sagt der Gegenvorschlag, der "allgemeine Beitrag" werde nach den Regeln der AHV erhoben. Heisst das aber, dass nur die Erwerbstätigen den "allgemeinen Beitrag" zahlen, nicht auch die Rentner? Im Flimser Modell, das bereits Lohnprozente vorsah und diesbezüglich zum "Vorbild" wurde, waren auch Beiträge der Altersrentner vorgesehen (Expertenbericht Seite 98). Der Bundesrat rechnete bei seinem Vorschlag

ebenfalls mit Rentner-Beiträgen (Bundesblatt 1973, Band I, Seite 976). Der Gegenvorschlag schliesst dies keineswegs aus. Vielmehr sagt er sogar, "bei Erwerbstätigen" dürfe der Beitrag 3 % nicht übersteigen - also sind auch Nichterwerbstätige erfasst, auch die Altersrentner, sogar ohne zahlenmässige Begrenzung des Beitrages. Die Redensart, es handle sich nur um Beiträge der Erwerbstätigen, ist unrichtig. Nach einer amtlichen Berechnungstabelle, die den parlamentarischen Kommissionen vorlag, zahlen in der Tat auch die Altersrentner den allgemeinen Beitrag.

Was ist die Begrenzung der Lohnprozente wert?

(60) Der Gegenvorschlag begrenzt auf 3 Lohnprozente. Das ist aber bereits ein sehr hoher Betrag. Im Parlament unterlagen Anträge auf 2 % und auf Beträge zwischen 2 und 3 %.

(61) Rechnet man wirklich mit einer definitiven Begrenzung auf 3 %?

Ständerat Hofmann, Berichterstatter der ständerätlichen Kommission: "Die Kommissionsmehrheit hält dafür, dass die Begrenzung in der Verfassung für einige Zeit ausreiche, damit also eine gewisse Spannweite haben soll" (Stenographisches Bulletin Ständerat, Frühjahrssession 1974, Seite 59). - Ferner: "Die 2 Prozent können wohl nicht für alle Ewigkeit ein absolutes Tabu sein" (Stenographisches Bulletin Ständerat, Herbstsession 1973, Seite 548).

Bundesrat Tschudi: "Ob eine Ziffer in einigen Jahren noch als richtig angesehen wird, steht keineswegs fest (Stenographisches Bulletin, Nationalrat, Wintersession 1973, Seite 1454).

Mit andern Worten, wichtige Politiker nehmen an, man könne und werde in der Folge durch Verfassungsrevision die Obergrenze gemäss Gegenvorschlag erhöhen. Mit Salamtaktik ist bekanntlich dieses Ziel relativ leicht erreichbar. Einmal eingeführt, haben die Lohnprozente die Tendenz, sich zu vermehren. Das wäre endgültig der Tod der freiheitlichen Krankenversicherung, weil die Staatsgelder alles dominieren würden. Deshalb: wehret den Anfängen!

Lohnprozente = Fremdkörper

(62) Die Lohnprozente haben ihren guten Sinn in der AHV, wo zum voraus bestimmte frankemässige Leistungen zu finanzieren sind, die zudem von

der Lohnhöhe direkt abhängig sind, und wo mit weitgehend fixen Grössen gerechnet werden kann.

Die Leistungen der Krankenversicherung variieren aber von Fall zu Fall. Lohnprozentuale Beiträge haben nicht den geringsten Zusammenhang mit der Krankenversicherung. Hier sind sie ein Fremdkörper. Als anonyme Massenfinanzierung verschneiden sie im Gegenteil den sachlichen Zusammenhang. Ein Bericht über den englischen Gesundheitsdienst führt aus: "Je mehr der direkte Zusammenhang von Beitrag und Leistung verloren geht, umso stärker wird der Anreiz zur Ausnutzung der Kostenfreiheit. Der Bürger ist auf der einen Seite individueller Nachfrager von 'unentgeltlichen' Leistungen, auf der andern Seite anonymer Finanzierer jener Dienste, die der Staat anbietet".

Die scheinbar kostenlose Finanzierung würde nach ausländischen Erfahrungen infolge Ueberlastung der Aerzte zur "FlieSSbandmedizin" und zum radikalen Qualitätsabbau führen.

Risikodeckung statt anonyme Finanzierung

(63) In der AHV zahlen die Erwerbstätigen zugunsten der nicht mehr Erwerbstätigen. Diese Umverteilung - mittels Lohnprozenten - ist sachlich gegeben. In der Krankenversicherung kann es richtigerweise nicht um eine derartige Umverteilung gehen. Diese Versicherung hat ganz unterschiedliche Risiken zu decken, die bald diesen, bald jenen Versicherten betreffen. In erster Linie bedarf sie einer normalen, versicherungsmässigen Risiko-Entlastung (Ausgleich der Belastung auf Grund der Wahrscheinlichkeitsrechnung, der Gesetzmässigkeit der grossen Zahl).

In diesen normalen Risikoausgleich, wie ihn schon jede private Versicherung vornimmt, ist auch die soziale Komponente einzubauen. Sie soll kein Fremdkörper sein, sondern eine Modifikation im Rahmen der bewährten Krankenversicherung. Eine zweifellos gewichtige Modifikation, die sich aber nirgends besser bewerkstelligen lässt als im eingespielten Versicherungssystem.

Lohnsteuer nicht überreissen

(64) Die AHV/IV/EO-Lohnprozente betragen zur Zeit über 9 %. Man rechnet mit einer weiteren Erhöhung. Beiträge der obligatorischen Unfallversicherung und der Familienausgleichskassen werden lohnprozentual erhoben.

Das Obligatorium der zweiten Säule soll ebenfalls im Sinne von Lohnprozenten finanziert werden. Die Lohnprozente häufen sich in nach und nach einem Ausmass, dass bald einmal eine kritische Grenze erreicht sein könnte. Der Zürcher Ständerat Haimann (Landesring) erklärte: "Ich möchte Sie aber darauf aufmerksam machen, dass es mit dem Abzug von Lohnprozenten seine Grenzen hat. Die Arbeitnehmer beschwerten sich heute schon über die Abzüge" (Stenographisches Bulletin Ständerat, Herbstsession 1973, Seite 537). Weiter sagte er, "dass sich bereits auch in der Industriearbeiterschaft gegen die Steigung der Lohnprozente eine erhebliche Abneigung geltend macht" (ebenda, Seite 550).

Woher die Lohnprozente kämen

(65) Es wäre eine grossartige Selbsttäuschung, zu meinen, die Lohnprozente seien gewissermassen "gratis". Sie gehen dem Lohnbezüger vom Lohn ab, und der Arbeitgeberanteil schmälert entweder die Betriebserneuerung, was die Ertragsfähigkeit vermindert, oder, sofern es die Marktlage gestattet, wird er auf die Preise überwälzt. Das heisst die Inflation an. Und Lohnprozente belasten den Einzelnen genau wie Steuern; nur der Name ist anders.

Solidarität wird nicht gehoben

(66) Das eben Gesagte demonstriert, dass Lohnprozente die Solidarität in der Krankenversicherung nicht anheben. Zwar wird behauptet, die Lohnprozente entlasteten Familienväter; sie hätten verglichen mit den Versicherungsbezügen ihrer Familie relativ weniger zu zahlen (mehr Bezug bei gleich viel Lohnprozenten). Aber erstens gibt es Alleinstehende, die materiell schlechter gestellt sind als Normalfamilien, und die wirklich kinderreichen Familien sind eine Minderzahl, für die eine Spezialregelung durchaus möglich ist. Zweitens wird der Familienvater von den wirtschaftlichen Auswirkungen der Lohnprozente nicht weniger betroffen als der Alleinstehende.

Gegenvorschlag = weitere Kostenexplosion

(67) Die anonyme Finanzierung, die nach Gegenvorschlag (Lohnprozente + Steuergelder) 65 bis über 70 % des Aufwandes der Pflegeversicherung ausmachen würde, ist dazu angetan, die Kostenexplosion zu fördern. Die gewaltigen fiskalisch finanzierten Mittel bilden eine unerhörte Versuchung,

die Kosten laufen zu lassen. Die Bestimmungen in Absatz 6 des Gegenvorschlages über Sorge des Bundes für wirtschaftliche Durchführung und Förderung der gesamtschweizerischen Spitalplanung wären deshalb ausgespielt; der Milliardenstrom würde sie glatt überspülen.

Kostenbeteiligung nach Gegenvorschlag offen

(68) Es sei dem Gegenvorschlag nicht zum Vorwurf gemacht, dass er nur generell von "angemessener Beteiligung" der Versicherten an den Krankheitskosten spricht. Aber dann behaupte man nicht, der Gegenvorschlag sehe diese oder jene Kostenbeteiligung vor. Er lässt das Ausmass total offen.

Ein bisschen viel plagiirt

(69) In Drucksachen pro Gegenvorschlag wird tränenrührend von seinen angeblich grossen Vorzügen gesprochen: "Sicherheit, Sozialausgleich, Solidarität, Selbstverantwortung". Man will dem Bürger vormachen, das seien Eigenschaften - nur - des Gegenvorschlages.

Milliardenrechnung nach Bundesmathematik mit Fata Morgana

(70) Die Bundesmathematiker haben Rechnungen angestellt (siehe Anhang), die auf dem Papier eindrücklich aussehen. Ein wichtiges Beispiel der Bundesmathematik:

Schätzung pro 1976, Aufwand Krankenpflegeversicherung

	<u>Nach geltender Ordnung</u>	<u>Nach Revision</u>
	(Mio. Fr.)	(Mio. Fr.)
Ambulant	2450	3513
Heilanstalt	1300	2427
Total	<u>3750</u>	<u>5940</u>

Die Schätzung "geltende Ordnung" ist hoch gegriffen (enorm viel Kostensteigerung angenommen).[•] Ferner stecken heute schon in den Pflegeleistungen der Kassen hohe Spitalleistungen, um ein Drittel oder mehr aller Pflegekosten. Die Kosten der geplanten Verbesserungen (nicht nur nach Gegenvorschlag geplant!) für ambulante Pflege sind für 1976, in Anpassung früherer Expertenzahlen von 1974, auf ca. 700 bis 800 Millionen zu

[•] (Wir kommen in Ziffer 73 auf die ganze Ausrechnung zurück).

veranschlagen. Wohin würden die aus der Bundesmathematik zu ersehenden restlichen 260 bis 360 Millionen gehen? Die Leistungen an Nichtversicherte aus Lohnprozenten abgerechnet bleibt immer noch eine Differenz von 200 - 300 Millionen.

Die Kosten der Verbesserung der Spitalpflege wären pro 1976 auf ca. 300 Millionen zu schätzen. Nach Gegenvorschlag kämen dazu schätzungsweise um die 200 Millionen Franken für Leistungen an Nichtversicherte. Wo gehen die restlichen 630 Millionen hin? Hierüber schweigt man sich in der Diskussion zumeist diskret aus. Diese Differenz rührt nicht von Verbesserungen zugunsten der Versicherten her, sondern von nochmals höheren Spitaltarifen, zwecks finanzieller Entlastung der Kantone und Gemeinden. Sie müssten weniger Spitaldefizit tragen, aber die Lohnbezüger hätten sie zu bezahlen.

(71) Das hat mit den Erfordernissen der Krankenversicherung direkt nichts zu tun. Vielmehr würde bundesstaatlicher Finanzausgleich auf dem Buckel der Versicherten betrieben. Ist das Aufgabe einer Revision der Krankenversicherung? Auch wer diese Frage bejahen sollte, sei wenigstens gebeten, dazu zu stehen, dass ein beträchtlicher Teil der Kostenvermehrung nichts mit einer Verbesserung zugunsten der Versicherten zu tun hat.

(72) Fata Morgana der Bundesmathematik: Die amtlichen Zahlen (Bundesamt für Sozialversicherung) gestatten keine klare Analyse der Kostenfaktoren.

(73) Seit dem Flimser Modell vom Februar 1972 gibt es keine neuen Schätzungen der Mehrkosten der effektiven einzelnen Verbesserungen mehr ... jedenfalls hat der Bund keine mehr publiziert, abgesehen von einzelnen Fragmenten. Die ganze Schätzerei von globalen Aufwandsummen, lediglich unterteilt in ambulant und Spital, ist undurchsichtig. Versuchen wir eine eigene Schätzung der eigentlichen Versicherungsmehrkosten ohne Obligatorium und ohne Finanzausgleich Bund/Kantone.

Was zu tun ist (unsere Vorschläge)

(74) Zum vorneherein: Unsere Vorschläge haben nicht weniger Gewicht als jene von Initiative und Gegenvorschlag, und sie sind in verschiedener Hinsicht viel präziser.

(75) Wir verlangen einerseits Sofortmassnahmen auf Grund des heutigen Verfassungsartikels und andererseits eine Zukunftslösung.

(76) Die Sofortmassnahmen betreffen einen vordringlichen Leistungsausbau, namentlich für die Spitalpflege, ebenso die erleichterte Aufnahme in die Kassen (z.B. für Betagte). Wie die Zahlen in Ziffer 73 zeigen, bereitet die Finanzierung dieses vordringlichen Ausbaus keine unüberwindlichen Schwierigkeiten. Der Mehraufwand wäre weniger als ein Sechstel des bisherigen Aufwandes und könnte durch angemessene Kostenbeteiligung (siehe weiter unten) und durch proportional zum Aufwand steigender öffentlichen Beiträgen ohne weiteres gedeckt werden. Es wäre nicht einmal eine Erhöhung der Individualprämien hierfür erforderlich.

	<u>Aufwand 1976</u> (Mio.Fr.)	<u>Mehrkosten</u> <u>Neuordnung</u> (Mio.Fr.)
<u>Ambulant</u> bisher (aufgerechnet anhand der Kosten von 1973)	1950	
Revisionseffekt		
- Erleichterte Aufnahme, weniger Vorbehalte	120	} 700
- Präventivmedizin	140	
- Zahnpflege	380	
- Hauspflege, Mutterschaft	56	
- Transportkosten	4	
	<hr/> 2650	
<u>Spital</u> (inkl. Zusatzversicherung, (anhand der Kosten von 1973 aufgerechnet))	1100	
Revisionseffekt zugunsten Versicherte	300	300
Spital total	1400	
<u>Verwaltungskosten</u>	400	100
Total	4450	1100
 <u>Schätzung Bundesmathematiker</u>		
mit Obligatorium und Finanzausgleich	5940	
- ohne Obligatorium	5640	
- Differenz - ohne Obligatorium - zu unserer Schätzung (teils Finanzausgleich)	1190	

Die Schätzung der Bundesmathematiker gelangt pro 1976 auf einen Mehrbetrag der sogar nach Abrechnung eines Obligatoriumsanteils zur Verbesserung zugunsten der Versicherten hinzu noch über 1000 Millionen ausmacht!

(77) Wie revidiert man (Sofortmassnahmen) am raschesten? Gewiss nicht mit der Initiative und dem Gegenvorschlag, denn beide schaffen neue Verfassungsgrundlagen, die dem Gesetzgeber in der Ausführung neues Kopfzerbrechen verschaffen, während bei 2 x Nein absolut klar ist, was man gestützt auf den heutigen Verfassungsartikel tun sollte.

Insbesondere: unsere Zukunftslösung

(78) Grundlegende Ideen: Fortführung des Leistungsausbaues zum Vollausbau, nicht weniger weit gehend als nach Gegenvorschlag ... bzw. dem, was Befürworter in Gegenvorschlag alles hineininterpretieren. Versicherung zu tragbaren Bedingungen für jedermann, umfassender Versicherungsschutz auch für grosse Risiken (ambulant und Spital). - Sozial differenzierte Individualprämien, und eine Kostenbeteiligung der Versicherten, die eine Umlegung von Versicherungsaufwand von kleinen auf grosse Risiken erlaubt und zugleich der Kostenexplosion entgegenwirkt. - Oeffentliche Beiträge aus allgemeinen Mitteln entsprechend bisherigen Proportionen. Ferner ein Zusatzbeitrag aus einer zweckgebundenen Spezialabgabe auf Tabak und Alkohol, in dem Ausmass, wie andere Finanzen nicht genügen.

(79) Individualprämien. Ein Minimum an Individualbeitrag ist jedermann zumutbar. Abgesehen von Fürsorgefällen ist jedermann in der Lage, einen bestimmten Grundaufwand der Gesundheitsvorsorge zu decken, so wie er auch den Nahrungsaufwand und anderes deckt.

Andererseits ist zu vermeiden, dass kleinere Einkommen durch Individualbeiträge übermässig belastet werden.

Die Prämienkonzeption soll die Kosten für Arzt und Arznei ^(und Spitalpflege) (auch Spital) auseinanderhalten. Die Gesamtprämien (ambulant + Spital zusammengezogen) werden sozial abgestuft. Die Zahlungen der Versicherten werden durch Staffelung der Kostenbeteiligung noch stärker sozial abgestuft (siehe hiernach).

(80) Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Beteiligung des Versicherten an seinen eigenen Krankheitskosten, durch Selbstbehalt und Franchise, bildet eine Ergänzung des Finanzierungssystems. Ihre wichtigste Aufgabe besteht darin, das Interesse des Versicherten am Gesundwerden und an der Vermeidung unnötiger Kosten wach zu halten. Selbst in England und in Schweden, wo man glaubte, aus sozialen Erwägungen auf die Kostenbeteili-

gung verzichten zu müssen, hat man sie wieder eingeführt; in England sah sich eine Labour-Regierung zu diesem Schritt veranlasst.

In der Schweiz besteht die Kostenbeteiligung nach der geltenden Regelung aus einem prozentualen Anteil von 10 % der Krankenpflegekosten (Selbstbehalt) und einem fixen Mindestbetrag je Krankheitsfall von 20 Franken (Franchise für volljährige Versicherte), in oberen Tarifgruppen 30 Franken oder noch mehr für Versicherte in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen. Die Beteiligung wird nur auf den Kosten der ambulanten Behandlung erhoben, also nicht auf Spitalkosten. Die Einnahmen der Kassen aus der Kostenbeteiligung belaufen sich auf etwa 10 % aller Krankenpflegekosten.

Die Kostenbeteiligung muss ausgebaut werden, um der "surconsommation médicale" entgegenzuwirken. Vor allem hat man sich von der fatalen Vorstellung zu lösen, die Versicherung habe jeden Bagatellfall zu übernehmen. Hier ist eine Korrektur unbedingt nötig. Dagegen darf die Kostenbeteiligung nicht zu einer finanziellen Last im Fall längerdauernder Krankheiten werden. Ausserdem ist sie nach der Höhe der Einkommen sozial abzustufen.

Hinsichtlich der Bagatellfälle ist beispielsweise eine globale Jahresfranchise zu erwägen. 1968 wurde errechnet, dass bei einer Jahresfranchise von 100 Franken pro versicherte Person 36 % der gesamten Versicherungskosten erspart würden, d.h. auf die Deckung von Grossrisiken umgelegt werden könnten! Bei 150 Franken Jahresfranchise (Rechnung 1968) wären es 46 % der heutigen Gesamtkosten.

(81) Kostenbeteiligung ambulant und Spital

Ambulant: Für alle derselbe tragbare Selbstbehalt (z.B. 15 %) und sozial abgestufte Franchise.

Spital: Sowohl Selbstbehalt als Franchise gering und sozial abgestuft.

(82) Oeffentliche Beiträge aus allgemeinen Mitteln. Oeffentliche Beiträge an die Krankenversicherung sollen den Charakter einer Restfinanzierung haben, und zwar mit dem Ziel, die allein aus privater Mittelbeschaffung nicht erhältlichen Gelder für die soziale Komponente der Versicherung aufzubringen.

1974 zahlt der Bund über 600 Millionen Franken an die Krankenversicherung. Unter Einrechnung kantonaler und kommunaler Zuschüsse werden die öffentlichen Beiträge um die 800 Millionen Franken ausmachen, etwas mehr als ein Fünftel der gesamten Versicherungseinnahmen.

Auch in Zukunft werden öffentliche Beiträge aus allgemeinen Mitteln nötig sein, in ähnlicher Proportion wie bisher.

(83) Ergänzung aus Tabak und Alkohol. Niemandem sei der Genuss von Alkoholi-
lika und Tabak vergönnt. Aber z.B. muss auch ein passionierter Raucher zu-
geben, dass der Tabak die Gesundheit nicht gerade fördert. Und die Genuss-
mittel ertragen nach aller Erfahrung eine ziemliche Fiskalbelastung. Es
liegt daher nahe, als Eventualität eine zusätzliche Abgabe auf Produkten,
die der Gesundheit abträglich sind, vorzubehalten. Ihr Ertrag wäre der
Krankenversicherung zuzuführen. Der sachliche Zusammenhang lässt sich nicht
bestreiten.

Die Idee einer "Gesundheitssteuer" wurde im Parlament abgelehnt, aber gegen beachtenswert starke Minderheiten (Ständerat 19 zu 13 Stimmen, Nationalrat 89 zu 66 Stimmen). In der Ablehnung spielte die grundsätzliche Gegnerschaft eine geringere Rolle als die Furcht, die Steuer sei unpopulär, und der Einwand, Alkohol und Tabak seien bereits fiskalisch belastet und weitgehend der Mitfinanzierung der AHV reserviert. Die Furcht vor Unpopularität dürfte nicht begründet sein; der Schweizer wäre zweifellos dem Argument zugänglich, dass durch eine solche Abgabe die Finanzierung der Krankenversicherung erleichtert würde. Was die Zweckbestimmung betrifft, wäre durchaus eine Regelung denkbar, dass eine Zusatzabgabe der Krankenversicherung zugute käme. Die hierfür erforderliche Verfassungsrevision würde keine staatsrechtlichen Schwierigkeiten verursachen.

Sozialausgleich: Frauen, Kinder

(84) Frauen. Die heutige Mehrbelastung der Frauen bei den Individualprämien sollte korrigiert werden.

(85) Kinder. Zu erwägen ist eine Umlage der Kinderprämien auf die Prämie der Erwachsenen.

Schema einer Kostendeckung in der Krankenpflegeversicherung

(86) Das nachfolgende Schema gibt im Sinne eines Trends an, wie die Kosten

durch Individualprämien, Kostenbeteiligung und öffentliche Beiträge gedeckt werden könnten. Es bringt die soziale Abstufung nach Einkommensgruppen (Gruppe I - IV) zum Ausdruck.

Deckungsart	Kostendeckung nach Einkommensgruppen in %			
	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV
Individualprämien	30	40	50	60
Kostenbeteiligung	10	20	30	40
Oeff. Beiträge (inkl. Ergänzung aus Tabak + Alkohol)	60	40	20	--
Total	100	100	100	100

Krankengeldversicherung

(87) Die Krankengeldversicherung steht, was die Erwerbstätigen betrifft, in engem Zusammenhang mit der Pflicht des Arbeitgebers zur Lohnzahlung im Krankheitsfall (siehe Ziffer 9). Es ist daher gegeben, die Krankengeldversicherung der Erwerbstätigen vor allem durch Vereinbarungen der Sozialpartner zu ordnen. Ein Bundesobligatorium erübrigt sich.

Anhang

(88) Bundesverfassung, geltender Artikel 34 bis

- 1 Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen.
- 2 Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären.

(89) Sozialdemokratische Initiative

- 1 Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Mutterschaftsversicherung sowie die Unfallversicherung ein. Er berücksichtigt die bestehenden Krankenkassen.
- 2 Die Krankenpflegeversicherung einschliesslich Zahnbehandlung ist obligatorisch. Für schwerbelastende sowie langdauernde Krankheiten oder ihnen gleichzustellende nicht im Sinne von Absatz 4 versicherte Unfälle, bei Spitalaufenthalt und für Mutterschaft deckt sie im Rahmen der von der Gesetzgebung zu umschreibenden Grundsätze die gesamten Kosten.
- 3 Die Erwerb ersatzversicherung ist mindestens für die in Absatz 2 erwähnten Fälle obligatorisch. Sie ist so zu ordnen, dass das Krankengeld wenigstens 80 Prozent des vorher bezogenen Einkommens, für Nichterwerbstätige mindestens den Taggeldern der Invalidenversicherung entspricht. Die Grenze des versicherbaren Höchstehommens wird durch das Gesetz festgelegt.
- 4 Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.
- 5 Die Finanzierung der Versicherung gemäss Absatz 2 und 3 erfolgt durch Beiträge des Bundes, der Kantone und der Versicherten. Die Prämien sind für Erwerbstätige und ihre Familien in einem Prozentsatz des Erwerbseinkommens festzulegen. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Prämien.
- 6 Der Bund und die Versicherungsträger fördern alle Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.
- 7 Der Bund führt die Koordination mit den übrigen Zweigen der Sozialversicherung herbei.
- 8 Alles übrige regelt die Gesetzgebung.

(90) Gegenvorschlag der Bundesversammlung

1 Der Bund ordnet auf dem Wege der Gesetzgebung die soziale Kranken- und Unfallversicherung. Dabei berücksichtigt er die bestehenden Versicherungsträger und wahrt grundsätzlich die freie Wahl der Medizinalpersonen und deren Behandlungsfreiheit sowie den Tarifschutz für die Versicherten.

2 Die Krankenversicherung kommt auf für Leistungen der Gesundheitsvorsorge sowie für Pflege- und Geldleistungen

- bei Krankheiten, mit Einschluss von Zahnerkrankungen,
- bei Mutterschaft sowie
- bei Unfall, falls hiefür anderweitig keine Versicherung besteht.

3 Die Krankenpflegeversicherung wird durch Beiträge der Versicherten, des Bundes und der Kantone finanziert und hat den Versicherten eine angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten zu überbinden. Es wird überdies ein allgemeiner Beitrag nach den Regeln der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung erhoben, der zugunsten der gesamten Bevölkerung für die Verbilligung der Heilanstaltsbehandlung und der Hauspflege sowie für Mutterschaftsleistungen und präventivmedizinische Massnahmen zu verwenden ist; er darf bei Erwerbstätigen 3 Prozent des Erwerbseinkommens nicht übersteigen und wird bei Arbeitnehmern zur Hälfte vom Arbeitgeber übernommen. Bund und Kantone haben dafür zu sorgen, dass sich die wirtschaftlich schwächeren Bevölkerungsgruppen zu tragbaren Bedingungen versichern können. Die Versicherung kann vom Bund oder von den Kantonen allgemein oder für bestimmte Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklärt werden.

4 Die Krankengeldversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert. Für Arbeitnehmer übernimmt der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge.

5 Die Unfallversicherung ist für Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund oder die Kantone können das Obligatorium auf weitere Bevölkerungsgruppen ausdehnen. Die Versicherung der Betriebsunfälle geht zu Lasten des Arbeitgebers.

6 Der Bund sorgt für eine wirtschaftliche Durchführung der Versicherung, fördert eine gesamtschweizerische Spitalplanung und ist befugt, Vorschriften über die berufliche Ausbildung des Pflegepersonals sowie des medizinischen

schen Hilfspersonals aufzustellen. Er unterstützt die Bestrebungen, insbesondere der Kantone, eine ausreichende medizinische Versorgung für die ganz Bevölkerung unter Einschluss der Hauspflege zu gewährleisten, und fördert Massnahmen zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten und Unfällen.

(91) Finanzhaushalt der Krankenkassen 1971		
Einnahmen + Ausgaben	Mio. Fr.	% des Totals
<u>Einnahmen</u>		
Individualprämien	1'540	66
Kostenbeteiligung + Krankenscheingebühren	149	6
Oeffentliche Beiträge		
- Bund	414	18
- Kantone	110	5
- Gemeinden	20	1
Beiträge Arbeitgeber	30	1
Uebrige	67	3
Total	2'330	100
<u>Ausgaben</u>		
Krankengeldversicherung	298	13
Krankenpflegeversicherung	1'519	67
Tuberkuloseversicherung	18	1
Mutterschaftsversicherung	94	4
Verwaltungskosten	199	9
Uebrige Ausgaben	127	6
Total	2'255	100

Erkrankungen + Pflegekosten pro Versicherten

	<u>1966</u>	<u>1971</u>	<u>Veränderung 66-71</u>
(92) Versicherte (Pflege)	4,309 Mio.	4,978 Mio.	+ 15,5 %
Erkrankungshäufigkeit pro Jahr in % Versicherte	103,4 %	136,6 %	+ 32,2 %
Pflegekosten je Krank- heitsfall (inkl. Spital)	137,2 Fr.	192,0 Fr.	+ 40,0 %
Kosten je Spitaltag	23.5 Fr.	41.8 Fr.	+ 78,0 %
Zunahme AHV-pflichtige Einkommen			+ 53,0 %

(93) Finanzielle Wirkung einer allfälligen Jahresfranchise (Stand 1968)

<u>Jahresfranchise pro Versicherten, Fr.</u>	<u>Dadurch gedeckt, % der Totalkosten Pflegeversicherung</u>
50	21,5
100	36,0
150	46,4
200	54,2

(Diese Zahlen sind vom Bundesamt für Sozialversicherung bestätigt)

(94) Versicherungskosten nach verschiedenen Vorschlägen

(Schätzungen des Bundesamtes für Sozialversicherung)

Alle Zahlen pro 1976 gerechnet. Beträge in Mio. Fr.

<u>Geltende Ordnung</u>	<u>Versicherte¹⁾</u>	<u>Arbeitgeber</u>	<u>Oeffentl. Beiträge</u>	<u>Total</u>
Krankenpflege	2'846	--	898	3'744
Krankengeld	343	170	7	520
Total	3'189	170	905	4'264
<u>SP-Initiative</u>				
Krankenpflege	2'897 ²⁾	2'081 ²⁾	1'147	6'125
Krankengeld	520 ²⁾	520 ²⁾	--	1'040
Total	3'417	2'601	1'147	7'165

Gegenvorschlag

Krankenpflege	3'551 ²⁾	1'242 ²⁾	1'147	5'940
Krankengeld	520 ²⁾	520 ²⁾	--	1'040
Total	4'071	1'762	1'147	6'980

1) Bzw. auch Nichtversicherte

2) Inklusive Lohnprozente