

## **Faktenblätter «Denner-Spitalkosteninitiative»**

1. Was sieht die Initiative vor ?
2. Die «Denner-Spitalkosteninitiative» lässt die Spitalkosten steigen
3. Ungenügender Versicherungsschutz für die Versicherten
4. Höhere Steuerlast der Kantone
5. Das Krankenversicherungsgesetz KVG
6. Optimierungsschritte der 1. KVG-Teilrevision
7. Prämien als Spiegelbild der Kosten
8. Haltung des Bundesrates

Stand: 17.10.2000

## Was sieht die Initiative vor ?

Die Initiative für tiefere Spitalkosten schlägt eine radikale Änderung unseres Krankenversicherungssystems vor. Sie verlangt insbesondere, dass sich das Versicherungsobligatorium nur auf die Deckung der Spitalkosten beschränkt.

### Text der Initiative

Am 10. September 1998 wurde von einem Initiativkomitee des Grossverteilers Denner AG die Volksinitiative «für tiefere Spitalkosten» eingereicht. Der Text der Initiative lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34<sup>bis</sup> Abs. 2

<sup>2</sup>Der Abschluss einer Krankenversicherung ist nicht obligatorisch, ausgenommen für Spitalaufenthalte.

Die Versicherung für Spitalaufenthalte kann im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und unabhängig vom Krankenversicherungsgesetz durch private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstehen, erfolgen. Mit dem Inkrafttreten der privaten Versicherung erlischt die Prämienzahlungsverpflichtung gegenüber der Krankenkasse.

Die Kantone sind verpflichtet, notwendigenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Kantonen, dafür zu sorgen, dass für die Kantonseinwohner die benötigte Bettenzahl in den drei Abteilungen: Allgemein, Halb-Privat und Privat, zur Verfügung steht.

Die Versicherten haben keinen Selbstbehalt zu bezahlen. Die Kantone erhalten von der Krankenversicherung oder vom privaten Versicherer für den Aufenthalt des Versicherten in der Allgemeinen Abteilung des Spitals pro Aufenthaltstag und pro Person mit Einschluss aller Leistungen des Spitals wie Operationen, Arzneimittel, Röntgenaufnahmen, Transport des Patienten in das Spital usw. indexiert nach dem Index der Konsumentenpreise Fr. 250.–.

Muss die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb des Wohnsitzkantons befindlichen Spitals in Anspruch nehmen, so erhält der Wohnsitzkanton die Entschädigung von Fr. 250.– seitens des Versicherers, wobei es dem Wohnsitzkanton überlassen bleibt, mit dem entsprechenden Spital bzw. Kanton eine andere Abmachung zu treffen.

Soweit sich Versicherte in Privat-Spitälern aufhalten, sind die Versicherer verpflichtet, die für die Kantone festgelegten Entschädigungen als Beitrag an die Kosten der Spitalaufenthalte auszurichten.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

Art. 24 (neu)

Gesetzliche oder Ordnungsbestimmungen, die im Widerspruch zu Artikel 34<sup>bis</sup> Absatz 2 stehen, sind aufgehoben.

### Auskünfte

- Sandra Schneider, Sektionschefin, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 322 91 49, E-Mail: [sandra.schneider@bsv.admin.ch](mailto:sandra.schneider@bsv.admin.ch)

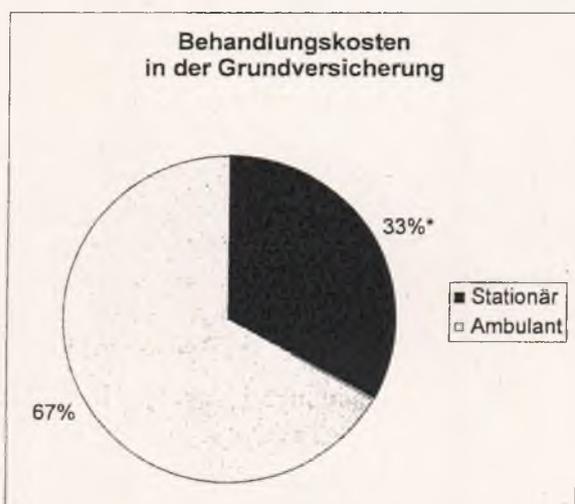
### Weitere Informationen

- Botschaft zu der Volksinitiative «für tiefere Spitalkosten», BBI 1999 9005.

## Die «Denner-Spitalkosteninitiative» lässt die Spitalkosten steigen

### Der Anteil der Spitalkosten in der Grundversicherung und an der Gesamtheit des Gesundheitssystems

Die für die Grundversicherung erbrachten stationären Spitalbehandlungen werden mindestens zur Hälfte durch die Kantone finanziert. Ambulante Grundleistungen hingegen fallen vollständig zulasten der Grundversicherung. Deshalb ist die Belastung durch die stationäre Versorgung in der Grundversicherung deutlich kleiner als im gesamten Gesundheitswesen. Während die stationären Kosten in der Grundversicherung 33% der Behandlungskosten verursachen (stationäre Spitalkosten 25% und Pflegeheime 8%), sind es im gesamten Gesundheitswesen 52%. Umgerechnet auf eine durchschnittliche Monatsprämie, mit der neben den Versicherungsleistungen auch noch der Verwaltungsaufwand, die Abschreibungen und die Rückstellungen zu finanzieren sind, beträgt in der Grundversicherung die Belastung durch die stationären Spitalkosten sogar nur rund 23%.



\*25% für stationäre Spitalbehandlungen und 8% für Pflegeheime

### Stabilisierung der Spitalkosten dank KVG

Ein vorrangiges Ziel des Krankenversicherungsgesetzes ist – neben der Stärkung der Solidarität und der Gewährleistung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – die Kosteneindämmung. Für die Kantone sieht das geltende Gesetz zwecks Kosteneindämmung im stationären Bereich verschiedene Instrumente, wie zum Beispiel die Errichtung von Globalbudgets und insbesondere die Verpflichtung der Kantone zur Erstellung einer Spitalplanung, vor. Der Kostenanstieg im Bereich der stationären Spitalleistungen ist bedeutend geringer als die Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung. Allerdings darf nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche nicht mehr unter den Spitalkosten erscheinenden Ausgaben eingespart worden sind: Teilweise sind sie in den ambulanten und spitalambulanten Bereich und den Pflegeheimsektor verschoben worden. Weil in der Medizin allgemein die Tendenz besteht, dass wegen der Entwicklung schonenderer Behandlungsmethoden vermehrt Behandlungen ambulant statt im stationären Rahmen durchgeführt werden, wurden immer mehr Spitalbetten überflüssig. Zudem hatten die kantonalen eine Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie daraus resultierend Spitallisten zu erstellen; die Spitalplanungen beinhalteten auch den Abbau von Überkapazitäten. Insbesondere diese beiden Faktoren führten zur oben genannten Kostenentwicklung im Spitalbereich.

### Der ambulante Sektor wächst schneller

Eine Grundversicherung, die nur noch stationäre Spitalbehandlungen abdecken würde, wie von den Initianten vorgeschlagen, käme einer Reduktion der Versicherungsdeckung von 100% auf 25% gleich. Bezogen auf die gesamten Gesundheitskosten, die einer Person wegen Krankheit, Unfall, Invalidität

usw. entstehen können, würde sich die Deckung von knapp 40% auf 10% verkleinern. Diese Reduktion würde künftig noch grösser ausfallen, weil der ambulante Sektor schneller wächst als der stationäre Sektor. Dies gilt insbesondere für den Spitalbereich, wo in der jüngeren Vergangenheit die Verlagerung zur ambulanten Versorgung besonders deutlich war. So stiegen 1998 die Gesundheitskosten für ambulante Spitalbehandlungen um 14% an, während die stationären Spitalbehandlungen lediglich um 3% zulegten. 1997 lag für ambulante Spitalbehandlungen das Plus bei 6% und bei 2% für stationäre Spitalbehandlungen.

Für die Grundversicherung hat diese Entwicklung aus zwei Gründen eine besondere Bedeutung. Erstens werden die im Gesundheitswesen insgesamt anfallenden ambulanten Spitalbehandlungen grossmehrheitlich für Krankheitsfälle der Grundversicherung erbracht. Eine Kostensteigerung in diesem Bereich wirkt sich somit vor allem in der Grundversicherung aus. Zweitens muss die Grundversicherung ambulante Spitalbehandlungen vollständig, stationäre Spitalbehandlungen aber höchstens zur Hälfte übernehmen. Der Verlagerungseffekt wird dadurch verstärkt.

### **Gefahr der Kostensteigerung durch die Initiative**

Bei einem Wegfall der ambulanten Deckung aus der Grundversicherung würde also nicht nur die grosse Mehrheit der Leistungen gestrichen. Es würde auch derjenige Teil herausgenommen, der für die Zukunft kostenträchtiger ist. Zudem würden falsche Anreize gesetzt, nämlich Anreize zur vermehrten Hospitalisierung. Doch das ist aus gesamtheitlicher Sicht gerade unerwünscht, weil der medizinische Fortschritt laufend effizientere Behandlungsmethoden entwickelt, dank derer sich immer häufiger die gesamtwirtschaftlich kostspieligeren stationären Aufenthalte vermeiden lassen. Mit einer auf Spitalaufenthalte beschränkten obligatorischen Versicherung würde der an sich erwünschte Trend zur Verlagerung in den ambulanten Sektor teilweise rückgängig gemacht, weil Hospitalisationen wieder in den Vordergrund rücken würden. Die Ausnahme würde derjenige Teil der Bevölkerung bilden, der sich eine auf das individuelle Erkrankungsrisiko zugeschnittene ambulante Zusatzversicherung leisten könnte. Vor dem Hintergrund der jüngeren Entwicklung in den vom Erkrankungsrisiko des Einzelnen abhängigen Zusatzversicherungen und in Anbetracht der Tatsache, dass 4 von 5 Personen jährlich mindestens einmal erkranken, ist anzunehmen, dass dieser Bevölkerungsteil klein wäre.

### **Auskünfte**

- Daniel Wiedmer, Abteilungschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 324 07 37, E-Mail: [daniel.wiedmer@bsv.admin.ch](mailto:daniel.wiedmer@bsv.admin.ch)

### **Weitere Informationen**

- Botschaft über eine Teilrevision des KVG vom 18. September 2000
- BSV, Statistik über die Krankenversicherung, Bern 1999
- Bundesamt für Statistik, Kosten des Gesundheitswesens, Neuchâtel 1999

## Ungenügender Versicherungsschutz für die Versicherten

Nach Annahme der «Denner-Initiative» würden rund drei Viertel der heute erbrachten Leistungen (gemessen an deren Kosten) nicht mehr dem Versicherungsobligatorium unterliegen, da ambulante Leistungen nicht mehr unter die Versicherung fielen. Die verbleibende «obligatorische Spitalversicherung» könnte wahlweise bei einem dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) unterstellten oder einem privaten Versicherer abgeschlossen werden.

### Kein Versicherungsschutz für ambulante Leistungen

Die nicht mehr über das Versicherungsobligatorium gedeckten Leistungen, namentlich ambulante Leistungen, SPITEX- und Pflegeleistungen, aber auch Medikamente und Analysen – alles bisherige KVG-Leistungen – könnten ausschliesslich über Privatversicherungen versichert werden. Die Versicherer wären jedoch frei, Versicherte mit vorbestehenden Krankheiten oder solche, die ein bestimmtes Alter überschritten haben, abzuweisen oder Vorbehalte anzubringen. Dies wäre ein Rückschritt weit hinter das System des alten Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes von 1911.

Es kann davon ausgegangen werden, dass **Personen mit chronischen Krankheiten** und in bescheidenen finanziellen Verhältnissen wegen der Vorbehalte oder der horrenden Prämien sich nicht versichern könnten. Das Gleiche gilt im Prinzip für **ältere Menschen** in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen.

Ausser den «klassischen» ambulanten Kosten (Behandlung in der Arztpraxis und Medikamente) wären die folgenden weiteren Kosten nicht durch die obligatorische Spitalversicherung gedeckt:

- ambulante und teilstationäre Kosten in Spitälern (z.B. ambulante Operation des grauen Stars; Dialyse)
- Pflegekosten für Personen im Pflegeheim sowie zu Hause (SPITEX)
- Kosten für Hilfsmittel, die an die Patienten abgegeben werden (z.B. Krücken, Inhalationsgeräte, Brillen und Kontaktlinsen)
- ärztlich angeordnete Leistungen der Physiotherapie, Ernährungsberatung, etc.
- Leistungen der Prävention und bei Mutterschaft (mit Ausnahme des Spitalaufenthaltes zur Geburt)

Wenn solche ambulante Leistungen von der Versicherung ausgeschlossen wären, würden viele Patientinnen und Patienten finanziell ruiniert oder sie müssten auf eine Behandlung verzichten.

### Beispiele für ambulante Behandlungen, die zu Lasten der Patienten/ Patientinnen gehen würden

*Herr F., 59-jährig, Magaziner, erleidet einen Herzinfarkt und wird im nächstgelegenen Regionalspital rasch und kompetent behandelt. Der Infarkt ist nicht schwerwiegend, so dass anschliessend kein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik notwendig ist. Es ist aber eine ambulante Rehabilitation angezeigt, um die im Akutspital eingeleiteten Verhaltensänderungen (Herr F. ist leicht übergewichtig und war bis zum Infarkt starker Raucher) zu festigen und das Aufbautraining zu begleiten. Ausserdem ist eine medikamentöse Cholesterinsenkung notwendig (Kosten: rund 1500.– / Jahr). Das 4-wöchige Programm kostet Fr. 474.– pro Woche. Ohne diese Massnahmen, welche Gesamtkosten in der Höhe von Fr. 3396.– verursachen, wäre die Wiederaufnahme der Arbeit nicht gesichert, zudem wäre Herr F. in hohem Masse gefährdet, einen zweiten Infarkt zu erleiden.*

*Bei Frau M., 70-jährig, wurde vor 10 Jahren ein Diabetes festgestellt, seit 4 Jahren ist sie auf Insulin angewiesen (zwei Dosen pro Tag). Insulin (Fr. 800.– pro Jahr), der Insulin-Pen (Injektionsgerät, Fr. 50.– pro Jahr), das Messgerät für die Blutzuckermessungen zu Hause (Fr. 70.– / Jahr), die wöchentlichen Blutzucker-Selbstmessungen (Fr. 100.– / Jahr), die 4-6 wöchentlichen Kontrollen bei ihrem Hausarzt (Fr. 900.– bis 1200.– pro Jahr inkl. Laborkontrollen) und die augenärztlichen Kontrollen (Fr. 200.– bis 400.–) verursachen Kosten in der Grössenordnung von Fr. 2500.– / Jahr. Mit diesen Massnahmen ist der Blutzuckerhaushalt befriedigend eingestellt. Sollen Komplikationen, z.B. die gefürchteten Durchblutungsstörungen an den Füssen oder die Sehbehinderung (die rasch zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führen können), vermieden werden, muss diese Behandlungsintensität unbedingt beibehalten werden. Frau M. hat aber als einzige Einnahmequelle die AHV-Rente und keine Pensionskasse.*

*Herr G. ist 72-jährig und leidet seit 8 Jahren an Alzheimer. Er wird Hause von seiner Frau betreut, in letzter Zeit praktisch rund um die Uhr. Ein Übertritt in eine Pflegeeinrichtung ist dringend notwendig. Die Kosten belaufen sich auf rund Fr. 4500.– pro Monat, die Krankenkasse übernimmt heute die Pflegekosten im engeren Sinn (rund Fr. 2100.– pro Monat).*

*Frau X. ist 52-jährig, muss zweimal wöchentlich zur Dialyse. Eine Nierentransplantation kommt aufgrund ihres geschwächten Allgemeinzustandes nicht in Frage. Sie ist arbeitsunfähig, lebt von der Sozialhilfe. Die Kosten der Dialyse von Fr. 80'000.– pro Jahr könnte sie deshalb nicht übernehmen, diese würden zusätzlich zu Lasten der Sozialhilfe/ Fürsorge gehen.*

*Anita, 13-jährig, litt im Kleinkindesalter an Asthma, war aber in den letzten Jahren beschwerdefrei. Seit dem Umzug der Familie von Davos nach Chur hat sich die Krankheit wieder gemeldet. Eine pneumologische und allergologische Abklärung (Kosten:*

rund 600.–) bestätigen den Verdacht auf eine Milben-Allergie, der Ersatz des Spannteppichs durch Linoleum (der Vermieter bezahlt nur einen Teil, Fr. 500.– muss die Familie bezahlen) und eine Matratzenhülle (heute bis zum Preis von Fr. 200.– durch die Krankenversicherung bezahlt) sind notwendig. Die Kosten der fachärztlichen Betreuung inkl. Medikamente belaufen sich auf ca. Fr. 800.– pro Jahr, dadurch lassen sich aber asthmatische Krisen (mit der Notwendigkeit von Notfallkonsultationen und gelegentlich sogar Hospitalisationen) verhindern, und das Kind ist leistungsfähig wie seine Alterskolleginnen.

Im Bericht, den die Versicherung beim früheren Hausarzt einholt, wird die Asthma-Erkrankung im Kleinkindesalter erwähnt. Die Versicherung ist nur mit einem Vorbehalt für Asthma-Krankheiten für die fünf Jahre nach Versicherungsabschluss möglich.

Herr L., 68-jährig, erlitt vor einem halben Jahr einen Darmverschluss und musste notfallmässig operiert werden. Er hat seither einen künstlichen Darmausgang (Stoma) und braucht Stomaartikel (Hauptplaster, Stomasäckchen, etc.) für rund Fr. 500.– pro Monat. Zu Beginn benötigte er zudem Hilfe und Anleitung durch die Gemeindegemeinschaft (Kosten im ersten Monat: Fr. 400.–, im zweiten Monat: 100.–). Voraussichtlich kann das Stoma in einigen Monaten wieder verschlossen und damit der Zustand normalisiert werden. Allein die pflegerischen Folgekosten des Stoma (ohne ärztliche Kontrollen etc.) belaufen sich auf ca. Fr. 5000.–.

**Zusammenfassend könnten alle diese Personen aufgrund ihrer vorbestehenden Krankheiten und/oder ihres Alters keine Zusatzversicherung zu einem erschwinglichen Preis abschliessen.**

### Keine Solidarität zwischen den Versicherten

Die «Denner-Initiative» würde die «obligatorische Spitalversicherung» privaten Versicherern öffnen; diese jedoch müssen ausschliesslich dem Versicherungsaufsichtsrecht (VAG) genügen. Die Privatversicherer könnten – im Gegensatz zu den Versicherern gemäss KVG – Antragstellende mit vorbestehenden Krankheiten abweisen oder nur unter Vorbehalten aufnehmen, so wie dies heute bereits im Zusatzversicherungsbereich der Fall ist. Zu den Regeln der Privatversicherung gehört auch das System der risikogerechten Prämien, welche Abstufungen nach Alter und Geschlecht und ev. weiteren Merkmalen enthalten. Als Konsequenz würden die privaten Versicherer sehr rasch der sozialen Spitalversicherung die jungen, gesunden Versicherten entziehen (Risikoselektion). Die Risikostruktur der sozialen Spitalversicherung würde sich stark verschlechtern, deren Prämienniveau stark ansteigen.

### Unsolidarische Spitalversicherung

Die Initianten stellen eine mittlere Prämie von Fr. 60.– pro Monat für die «obligatorische Spitalversicherung» in Aussicht. Bedingt durch den unausweichlichen Wechsel zu risikogerechten Prämien würde allerdings die Prämie wesentlich höher ausfallen für ältere und kranke Personen, da das Solidaritätsprinzip zwischen Jung und Alt, Mann und Frau und insbesondere zwischen Gesunden und Kranken nicht mehr gelten würde.

- Personen über 65 Jahren wiesen 1997 rund 3mal höhere Spitalkosten (ohne Pflegeheimkosten) als unter 65jährige auf. Ältere Menschen hätten also mit massiv höheren Spitalversicherungsprämien zu rechnen.
- Durchschnittlich 12% der Bevölkerung beziehen innerhalb eines Jahres Spitalleistungen. Je besser es den privaten Versicherern gelingt, das Risiko des Antragstellers für einen Spitalaufenthalt abzuschätzen, desto grösser wird der Prämienunterschied zwischen Gesunden und Kranken sein. Dreimal teurere Prämien der «sozialen Spitalversicherung» (mit Aufnahmepflicht) verglichen mit der privaten Spitalversicherung (ohne Aufnahmepflicht) wären durchaus möglich.
- Davon ausgehend, dass die Kosten für Geburt und Wochenbett nach dem Risikoprinzip auf die Frauen im gebärfähigen Alter verteilt würden, müssten diese während 25 Jahren jeden Monat rund Fr. 10.– höhere Spitalversicherungsprämien bezahlen als die Männer.

Fazit: Die von den Initianten in Aussicht gestellte Prämie von Fr. 60.– für Spitalleistungen stellt einen Mittelwert dar. Aufgrund der Öffnung der Spitalversicherung gegenüber der Privatassekuranz wird es jedoch zu einer Trennung von «guten» und «schlechten» Versicherungsrisiken kommen. Diese wird sich in sehr grossen Prämienunterschieden zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen niederschlagen werden. Die Prämie für die Spitalkostenversicherung wird für Hunderttausende von Bürgerinnen und Bürgern, namentlich Kranke und ältere Menschen, ein Mehrfaches der angekündigten Prämie von Fr. 60.– betragen.

### Auskünfte

- Daniel Wiedmer, Abteilungschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 324 07 37, E-Mail: daniel.wiedmer@bsv.admin.ch

## Höhere Steuerlast der Kantone

### Heutige Regelung

Die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festgelegten Tarife und Preise dienen als Grundlage für die Rechnungsstellung der Leistungserbringer, d. h. für die Berechnung der Entschädigung der von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen einerseits sowie der Kostenübernahme durch die versicherte Person und den Versicherer andererseits. In der Regel werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern vereinbart.

Der Tarifvertrag bedarf heute der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Dies bedeutet einerseits, dass die Berechnung der Tarife grundsätzlich auf der Basis der Kosten zu erfolgen hat (Wirtschaftlichkeitsgebot), wobei darauf zu achten ist, dass eine zweckmässige und qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird und andererseits, dass ein Zusammenhang zwischen der bezogenen Leistung und dem vom Patienten oder der Patientin bezahlten Tarif bestehen muss (Gebot der Billigkeit).

### Im Falle einer Annahme der Initiative

Die Initiative sieht vor, dass der Abschluss einer Krankenversicherung nur zur Deckung der im Zusammenhang mit einem Spitalaufenthalt entstehenden Kosten obligatorisch ist. Dies bedeutet, dass ambulante und teilstationäre Behandlungen gemäss der Initiative nicht mehr unter die obligatorische Krankenversicherung fallen würden. Personen, die sich für solche Behandlungen versichern möchten, könnten dies bei einem Privatversicherer tun.

### Fehlende Kontrolle der Tarifverträge

Für Tarifverträge, die nicht gesamtschweizerische Gültigkeit haben, bräuchte es keine Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung mehr. Diese prüft gegenwärtig, ob das im KVG festgehaltene Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit beachtet wird, insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich – die bei Annahme der Initiative nicht mehr in den Geltungsbereich der obligatorischen Versicherung fallen würden. Dies bedeutet einerseits, dass Leistungserbringer im ambulanten und teilstationären Bereich höhere Tarife als heute verrechnen könnten, ohne dass eine Kontrollbehörde Mittel hätte, dies zu untersagen, wie dies beispielsweise bei Zahnärzten der Fall ist. Ihre Tätigkeit fiel unter das Privatrecht, so dass sie Vertragsfreiheit hätten, d. h. den Vertragsinhalt, im vorliegenden Fall die Preise, mit ihren Tarifpartnern frei bestimmen könnten, ohne dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit gemäss KVG Rechnung zu tragen. Die Initiative sieht eine einheitliche Pauschalvergütung von 250 Franken pro Spitaltag und Patient vor, so dass im stationären Bereich der Abschluss von Tarifverträgen und folglich auch die Kontrollfunktion der zuständigen Kantonsregierungen nicht gerechtfertigt wäre.

Bei der einheitlichen Pauschalentschädigung von 250 Franken, die für die ganze Schweiz und alle Spitalaufenthalte anzuwenden wäre, wird in der Initiative in keiner Weise berücksichtigt, dass die Lebenshaltungskosten in den verschiedenen Regionen unterschiedlich hoch sind und es bezüglich des Angebots der verschiedenen Spitalkategorien Unterschiede gibt. Ohne Berücksichtigung bleibt auch die Tatsache, dass zwischen subventionierten und nichtsubventionierten Spitälern unterschieden werden muss. Mit der Initiative würde der in der obligatorischen Krankenversicherung festgelegte Betrag von durchschnittlich 300 Franken pro Spitaltag\* für alle Spitalkategorien zusammen (Grundversorgung, Rehabilitation, Psychiatrie) auf die vorgeschlagenen 250 Franken gesenkt. Es wäre Sache des Staates, den Differenzbetrag zwischen der heutigen und der von der Initiative geforderten Entschädigung auszugleichen und zwar zusätzlich zum bereits übernommenen Anteil. Die öffentlichen Haushalte kommen heute für rund die Hälfte der Spitalkosten auf.

Dadurch dass diese Entschädigung fix ist und einzig nach dem Landesindex für Konsumentenpreise zu indexieren wäre, entstünde mit der Zeit eine wachsende Kluft zwischen diesem festen Entschädi-

gungsbetrag und den tatsächlichen Kosten pro Behandlungstag, welche insbesondere wegen dem medizinischen Fortschritt stärker ansteigen.

\* BSV-Schätzungen aufgrund von Zahlenmaterial aus dem KSK-Ordner «Tagestaxen in Heilanstalten» 1999.

### **Die Abschaffung des Krankenversicherungsobligatoriums für den ambulanten und teilstationären Bereich**

Die Abschaffung des Krankenversicherungsobligatoriums für den ambulanten und teilstationären Bereich könnte dazu führen, dass die Versicherer die Prämienhöhe risikoabhängig gestalten würden. Alte und kranke Personen müssten hohe Prämien zahlen, was zahlreiche Personen veranlassen würde, aus rein finanziellen Beweggründen auf die freiwillig gewordene Versicherung der ambulanten und teilstationären Behandlungen zu verzichten.

### **Paralleles Angebot an Gesundheitsdienstleistungen im ambulanten und teilstationären Bereich**

Es wäre daher durchaus denkbar, dass eine Person ohne Versicherungsschutz für ambulante und teilstationäre Behandlungen keine andere Möglichkeit hätte, als Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, da sie für die Behandlungskosten nicht selber aufkommen kann. Dabei könnte der Staat sich nicht ausschliesslich auf die Entrichtung von Sozialhilfe beschränken, da viele Betroffene eine psychologische Hemmschwelle überwinden müssten, um zur Finanzierung medizinischer Leistungen staatliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, und da zudem der Anteil der betroffenen Bevölkerung alles andere als unbedeutend wäre. Wahrscheinlich müsste der Staat ein zum freien Markt paralleles Angebot an Gesundheitsdienstleistungen aufbauen, wie zum Beispiel Ambulatorien, die entsprechende Kosten verursachen würden.

### **Vermehrte Inanspruchnahme der stationären Behandlungen**

Die Annahme der Initiative würde auch im stationären Bereich Mehrkosten mit sich bringen. Durch eine Beschränkung des Krankenversicherungsobligatoriums auf den stationären Bereich würden Personen, die zur Deckung der Kosten ambulant oder teilstationär erbrachter Leistungen keine freiwillige Versicherung abschliessen konnten oder abgeschlossen haben, vermehrt selbst für kleinere Eingriffe, die problemlos ambulant oder teilstationär durchgeführt werden könnten, Spitalbehandlungen in Anspruch nehmen. Dabei ist insbesondere an Personen zu denken, die Langzeitbehandlungen benötigen und zu Hause oder in Pflegeheimen versorgt werden könnten. Als Folge der Situation wäre mit einer umfangreichen Verlagerung von Eingriffen aus dem kostengünstigeren ambulanten und teilstationären Bereich in den teureren stationären Bereich zu rechnen. Es käme zu einem Anstieg der Spittage. Die Kantone sähen sich gezwungen, grössere Investitionen für den Bau oder Ausbau von Spitälern zu tätigen, um die neuen initiativebedingten Bedürfnisse zu decken.

### **Höhere Steuern**

Die Initiative würde somit den Kantonen Mehrkosten verursachen, und zwar im Bereich der Sozialhilfe, bei der Finanzierung eines parallelen Angebots an Gesundheitsdienstleistungen oder durch eine stärkere finanzielle Beteiligung im stationären Bereich. Was nicht mehr mit den Prämien finanziert werden könnte, hätten daher die Patienten und Patientinnen durch die direkte Bezahlung der bezogenen medizinischen Leistungen und/oder die Steuerzahlenden via Besteuerung zu tragen. In Anbetracht der gegenwärtigen Finanzlage der Kantone erscheint diese Situation besonders bedenklich.

### **Auskünfte**

- Sandra Schneider, Sektionschefin, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 322 91 49, E-Mail: [sandra.schneider@bsv.admin.ch](mailto:sandra.schneider@bsv.admin.ch)

### **Weitere Informationen**

- Botschaft zur Volksinitiative «für tiefere Spitalkosten», BBl 1999 9005.

## Krankenversicherungsgesetz KVG

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) steht im Zeichen der drei Ziele

- Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung
- Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten
- Kosteneindämmung

Um diese Ziele zu erreichen, beinhaltet das KVG die folgenden Kernelemente:

### Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung

Alle Krankenversicherer haben aus der Grundversicherung die gleichen Leistungen zu erbringen. Sie umfassen praktisch

- alle Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen sowohl im ambulanten (auch Hausbesuche) als auch im teilstationären und stationären Bereich (s.a. Faktenblatt «Ungenügender Versicherungsschutz»)
- ausgewählte Massnahmen der medizinischen Prävention

Voraussetzung ist, dass diese Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern durchgeführt werden und den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen\*. Die Leistungen beinhalten auch die verordneten Analysen, Arzneimittel sowie Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen. Bei stationärer Behandlung in einem Spital werden die Kosten für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung übernommen.

\* **Wirksam** heisst: Der erwünschte diagnostische oder therapeutische Effekt kann mit der Leistung erreicht werden.

**Zweckmässig** heisst: Der erzielte Nutzen überwiegt dabei gegenüber den Risiken oder den unerwünschten Nebenwirkungen bzw. das Verhältnis Nutzen / Risiken ist mindestens gleich gut oder besser als bei anderen in Frage kommenden Leistungen.

**Wirtschaftlich** heisst: Der angestrebte Erfolg wird zu möglichst günstigen Kosten erreicht. Und es heisst auch: Eine neue Leistung darf nur dann mehr kosten als eine bereits anerkannte, wenn sie entsprechend mehr Nutzen bringt.

### Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten

#### Versicherungspflicht und freie Wahl der Krankenkasse

Für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz besteht grundsätzlich eine Versicherungspflicht für den Bereich der Krankenpflege (soziale Krankenversicherung). Dieses Obligatorium ist die wichtigste Grundlage für die Freiheit der Versicherten, jederzeit den Versicherer zu wählen oder zu wechseln. Es sorgt zudem dafür, dass Krankenkassen keinerlei Vorbehalte bei der Aufnahme neuer Versicherter anbringen dürfen. Weder Alter noch Gesundheitszustand wirken sich auf die Aufnahme in einer Versicherungsgemeinschaft aus.

#### Einheitsprämien und Kostenbeteiligungen

Die Finanzierung der sozialen Krankenversicherung erfolgt über die Prämien und Kostenbeteiligungen der Versicherten. Die Solidarität zwischen älteren und jüngeren, kranken und gesunden Versicherten ist innerhalb derselben Krankenkasse und Region gewährleistet. Unterschiede in der Höhe der Prämien zwischen einzelnen Regionen und Kantonen ergeben sich aufgrund der Kostenunterschiede. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Beitrag (Franchise von derzeit Fr. 230.–; Kinder bezahlen keine Franchise) und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bei einer Höchstgrenze von Fr. 600.– für Erwachsene und Fr. 300.– für Kinder pro Kalenderjahr. Diese Plafonierung stärkt die Solidarität zwischen kranken und gesunden Versicherten.

#### Prämienverbilligung

Für die Prämienhöhe spielt die wirtschaftliche Situation der Versicherten grundsätzlich keine Rolle. Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erhalten jedoch vom Kanton Prämienverbilligungsbeiträge. In der Gestaltung des Prämienverbilligungssystems sind die Kantone frei, haben sich aber an bestimmte Vorgaben des Bundes zu halten. Der Bund gewährt den Kantonen zu diesem

Zweck Beiträge nach der Wohnbevölkerung und Finanzkraft. Ein Kanton darf den von ihm zu übernehmenden Beitrag um höchstens 50 Prozent kürzen, wenn die Prämienverbilligung für die Versicherten trotzdem sicher gestellt ist. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt.

#### Prämienverbilligung: Bundes- und Kantonsbeiträge durch die Kantone für das Jahr 2000

Kanton	Reduktionsfaktor in %	Beiträge nach Reduktion (in Franken)			Bezüger/-innenquote in % 1999 (prov. Angaben)
		Bundesbeiträge	Kantonsbeiträge	Total	
AG	50	74'197'962	44'111'192	118'309'154	19.6
AI	30	3'401'195	981'197	4'382'392	60.0
AR	15	15'666'083	4'319'902	19'985'985	33.3
BE	0	347'560'251	102'828'807	450'389'058	36.4
BL	41.25	40'124'000	28'742'000	68'866'000	38.9
BS	0	49'598'885	46'337'852	95'936'737	28.8
FR	0	87'693'984	18'478'931	106'172'915	34.5
GE	0	117'716'403	81'996'644	199'713'047	39.9
GL	40	7'197'782	3'017'275	10'215'057	25.9
GR	46.44	32'311'866	12'600'000	44'911'866	37.2
JU	0	29'741'244	2'094'388	31'835'632	40.5
LU	50	55'758'256	20'447'795	76'206'051	37.6
NE	0	64'356'098	15'361'891	79'717'989	37.5
NW	50	4'302'012	3'585'593	7'887'605	33.9
OW	0	12'217'571	1'673'736	13'891'307	27.8
SG	46	74'182'795	32'924'870	107'107'665	34.6
SH	35.22	13'396'881	8'303'119	21'700'000	37.7
SO	40	45'044'479	20'948'193	65'992'672	32.8 <sup>1)</sup>
SZ	50	17'513'287	9'913'420	27'426'707	25.5
TG	0	68'237'158	32'827'297	101'064'455	48.2
TI	0	104'306'400	39'329'069	143'635'469	27.2
UR	38.7	7'060'620	2'362'641	9'423'261	39.8
VD	0	204'084'084	97'914'320	301'998'404	22.2
VS	0	114'048'805	7'662'685	121'711'490	35.2
ZG	50	7'540'433	13'271'726	20'812'159	28.8
ZH	50	143'129'241	140'410'745	283'539'986	31.1 <sup>2)</sup>
<b>Total</b>		<b>1'740'387'775</b>	<b>792'445'288</b>	<b>2'532'833'063</b>	<b>32.6</b>

<sup>1)</sup> Ohne EL-Bezüger/-innen <sup>2)</sup> Ohne EL- und Sozialhilfebezüger/-innen

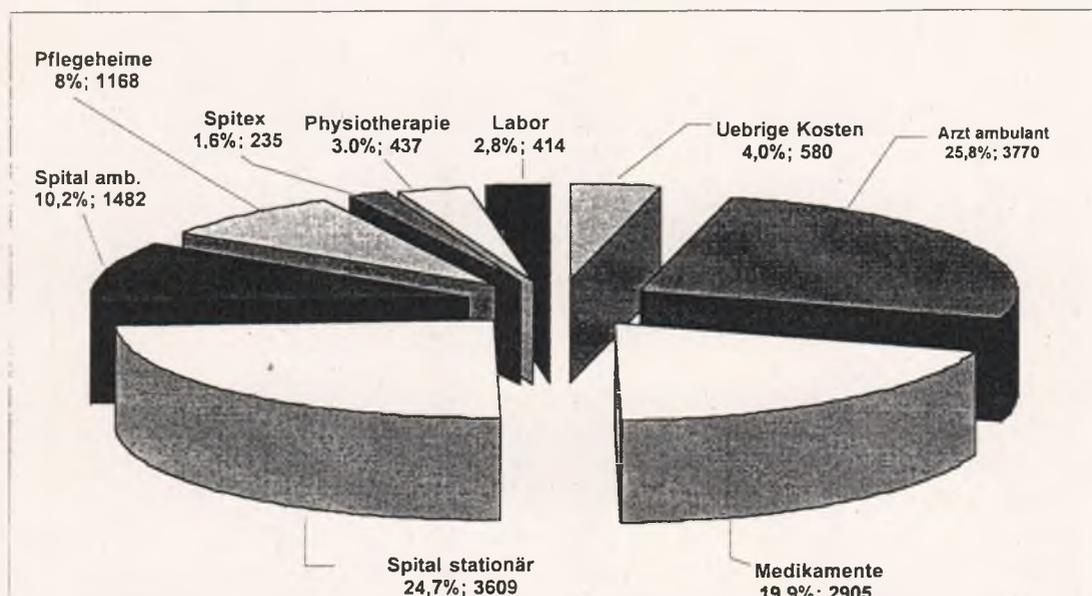
#### Versicherungsschutz

Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dem Krankenversicherungsgesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Ziel dieses Tarifschutzes ist die Gleichbehandlung der Versicherten.

#### Kosteneindämmung

Gegenwärtig geben die Schweizerinnen und Schweizer jährlich insgesamt 40 Milliarden Franken für ihre Gesundheit aus, was rund 10% des Bruttoinlandproduktes entspricht. Rund die Hälfte dieser Kosten wird über das Krankenversicherungsgesetz finanziert: die Versicherer übernehmen knapp 15 Milliarden Franken, die Kantone rund 5 Milliarden Franken, welche hauptsächlich in die Spitalfinanzierung fließen.

### Kostenaufteilung der Krankenpflegeversicherung nach Kostengruppen 1999 (BruttolLeistungen in Mio. Franken)



Die Grafik gibt einen Überblick über die Verteilung der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Kosten nach Leistungsbereichen. Ersichtlich sind die BruttolLeistungen der Krankenkassen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einschliesslich der Kostenbeteiligung der Versicherten.

#### Instrumente zur Kostenkontrolle

- auf Seiten der **Versicherer**: Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (z.B. durch Vertrauensärzte), Tarifverhandlungen;
- auf Seiten der **Leistungserbringer**: Verpflichtung zu wirtschaftlicher, zweckmässiger und wirksamer Medizin, Tarifverhandlungen und Qualitätskontrolle;
- auf Seiten der **Kantone**: Spitalplanung und Erstellen einer Liste derjenigen Spitäler und Pflegeheime, die zu Lasten der sozialen Krankenversicherung Leistungen erbringen dürfen; Möglichkeit, einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen (Globalbudget); Tarifgenehmigung und -festsetzung;
- auf Seiten des **Bundes**: Genehmigung der Prämien, Festsetzung der Preise von Medikamenten und Analysen, Beschwerdeentscheide insbesondere im Tarif- und Spitalplanungsbereich, Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (umstrittene Leistungen, Auflagen);
- auf Seiten der **Versicherten**: Abschluss besonderer Versicherungsformen (wählbare höhere Franchise oder Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers bei entsprechendem Prämienrabatt);
- auf Seiten der **Rekurskommissionen** und des **EVG** (eidgenössisches Versicherungsgericht): definitive Aufnahme bzw. Streichung eines Medikamentes in der SL sowie abschliessende Klärung der Preisfrage und der Limitatio bei SL-Medikamenten; Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Leistungen in Streitfällen; Anerkennung der Gleichwertigkeit von ausländischen Diplomen bei Medizinalpersonen.

#### Anerkannte Krankenkassen

Zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung sind anerkannte Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften zugelassen. Heute sind es ausschliesslich nicht gewinnorientierte Krankenkassen, die diese Aufgabe wahrnehmen. Grundsätzlich können auch Privatversicherungen die obligatorische Krankenversicherung anbieten. Der Bund regelt die Zulassungs- und Durchführungsbedingungen (vor allem auch im Prämienbereich). Ziel ist, **Sicherheit und Transparenz** gegenüber den Versicherten zu gewährleisten.

## Anstehende Herausforderungen

Zwei von drei Zielsetzungen des KVG sind weitgehend erreicht worden, nämlich:

- Verstärkung der Solidarität zwischen den Versicherten
- Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden Versorgung

Demgegenüber konnten die Kosten noch nicht im gewünschten Mass eingedämmt werden. Weitere Anstrengungen sind nötig. Diese Einschätzung wird auch von den Versicherten geteilt\*:

- Mit dem aktuellen System des KVG ist fast die Hälfte der Befragten eher bis deutlich zufrieden, knapp ein Viertel ist unzufrieden.
- Nach Meinung der Versicherten gewährleistet die heutige Regelung des KVG eine gute medizinische Versorgung. Allerdings wirke sie nicht kostendämpfend.
- Die Versicherten sehen die Veränderungen durch das KVG in einem Anstieg der Prämien – obwohl die Prämien bereits vor dem Inkrafttreten des KVG gestiegen sind – sowie in einem allgemeinen Kostenanstieg.
- Mit dem Umfang des Leistungskatalogs sind die Befragten zufrieden. Beinahe zwei Fünftel befürworten sogar dessen Ausbau. Hier bestehen deutliche sprachregionale Unterschiede. Den Umfang des Leistungskatalogs finden eher die Befragten aus der deutschen Schweiz gut. Für eine Erweiterung des Leistungskatalogs sprechen sich mehrheitlich die Befragten der französischen Schweiz aus. Ein Abbau des Leistungskatalogs steht bei den Befragten nicht zur Diskussion.

\* Die Studie im Rahmen des Programms «Wirkungsanalyse KVG» basiert auf zwei miteinander verbundenen, gesamtschweizerisch repräsentativen Telefonbefragungen (2'036 bzw. 2'152 Interviews), die vom Forschungsinstitut IPSO realisiert worden sind. Der vollständige Forschungsbericht wird im Dezember 2000 vorliegen.

## Auskünfte

- Theodor Laubscher, Sektionschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 322 91 09, E-Mail: [theodor.laubscher@bsv.admin.ch](mailto:theodor.laubscher@bsv.admin.ch)

## Weitere Informationen

- Alfred Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel/Frankfurt a.M. 1996
- Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit
- BSV; Wo stehen wir nach zwei Jahren KVG?, in «Soziale Sicherheit» (CHSS), Nr. 1/98
- BSV; Spitalfinanzierung im Umbruch, in «Soziale Sicherheit» (CHSS), Nr. 4/99

## Optimierungsschritte der 1. Teilrevision des KVG

Die wichtigsten Änderungen des KVG zur Umsetzung der Ziele des neuen Krankenversicherungsgesetzes (vgl. Faktenblatt 5 «Krankenversicherungsgesetz KVG»):

### Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung

Die Pflege- und Aufenthaltskosten des gesunden Neugeborenen in der Zeit, in der es sich mit der Mutter im Spital befindet, sind als Mutterschaftsleistungen vom Krankenversicherer der Mutter zu tragen (ohne Kostenbeteiligung der Versicherten).

### Stärkung der Solidarität zwischen den Versicherten

#### Versicherungsobligatorium und Freizügigkeit

Folgende Änderungen wurden im Zusammenhang mit den Voraussetzungen zum **Wechsel des Krankenversicherers** vorgenommen.

- Die Kündigungsfrist für den Wechsel des Versicherers von einem Monat gilt neu ab Mitteilung der neuen Prämie durch den Krankenversicherer, ungeachtet dessen, ob diese höher, gleich hoch oder gar niedriger als die frühere Prämie ist.
- Bei dem Wechsel des Versicherers für die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann der bisherige Krankenversicherer den Versicherten nicht mehr zur Kündigung der bei ihm bestehenden Zusatzversicherungsverträge zwingen.
- Die Stellung der Versicherten wird gestärkt, sollte es beim Wechsel des Krankenversicherers zu Streitigkeiten kommen. Behindert der ehemalige Krankenversicherer den Wechsel, so muss er den daraus entstandenen Schaden, beispielsweise die Prämien Differenz, zurückerstatten.

#### Prämien und Kostenbeteiligung

- Die Versicherer können künftig Versicherten zwischen 18 und 25 Jahren generell, auch wenn sie nicht in Ausbildung sind, tiefere Prämien gewähren als Erwachsenen.
- Leistet eine Person länger dauernden Militär-, Zivil- oder Zivildienst (und ist damit der Militärversicherung unterstellt), so kann die Krankenversicherung gemäss KVG für die Dauer des Dienstes sistiert werden.
- Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) legt die Prämienregionen nach einheitlichen Kriterien fest.
- Entzieht das Eidgenössische Departement des Innern einem Versicherer die Bewilligung zur Durchführung der Krankenversicherung für gewisse Sektoren seines örtlichen Tätigkeitsgebietes, so muss der Versicherer einen Teil seiner Reserven abtreten. Der Betrag der Reserven wird unter den Krankenversicherern, welche die Versicherten des betroffenen Tätigkeitsgebietes übernehmen, aufgeteilt.
- Das Risiko, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Kosten beteiligen zu müssen, kann explizit nicht rückversichert werden.
- Auf gewissen vom Bundesrat bestimmten Präventionsmassnahmen, welche im Rahmen von auf Kantons- und Bundesebene organisierten Programmen durchgeführt werden, wird keine Franchise mehr erhoben.

#### Prämienverbilligungen

- Der Bundesrat hat die Möglichkeit, den Kreis, der nach KVG versicherungspflichtigen Personen, welche ein Anrecht auf Prämienverbilligungen haben, auszudehnen.
- Die Kantone müssen bei der Abklärung des Anspruchs die jeweils aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigen.
- Die Prämienverbilligungen müssen so ausgerichtet werden, dass die Versicherten diese beim Zahlungstermin erhalten und nicht erst lange danach.
- Die Versicherer müssen die Versicherten regelmässig über die Prämienverbilligung informieren.

- Die Versicherer müssen mit den Kantonen zusammenarbeiten.
- Der Bund hat die Möglichkeit, bei den Kantonen alle Daten einzuholen, die er zur Beurteilung der Wirksamkeit der Prämienverbilligung benötigt.

### **Kosteneindämmung**

#### **Massnahmen zur Kostenkontrolle**

- Apotheker können Originalpräparate durch billigere Generika ersetzen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe eines Originalpräparats verlangt. Nimmt der Apotheker eine Substitution vor, so informiert er den Arzt.
- Es wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, welche die Zulassung der Apotheker als Leistungserbringer auch im Beratungsbereich vorsieht und damit eine Trennung der Vergütung des Medikamentes und der Dienstleistung ermöglicht. Das bisherige Margensystem, welches auf einem festen Prozentsatz der Medikamentenpreise basiert, bietet keinen Anreiz zum Kostensparen.
- Der Bundesrat kann, als Sondermassnahme und für eine Zeitdauer von höchstens drei Jahren, die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dem Bedarfsnachweis unterstellen.

#### **Anerkannte Krankenkassen: verstärkte Aufsicht**

- Das BSV kann unangemeldete Kontrollen bei den Versicherern durchführen und hat Zugang zu sämtlichen notwendigen Informationen.
- Das BSV erhält die Kompetenz, Verwarnungen und Ordnungsbussen gegen Versicherer auszusprechen. Die Höhe der Bussen ist durch bestehende bundesrechtliche Bestimmungen auf 5000 Franken festgesetzt. Die Sanktionen können aber veröffentlicht werden, was einen direkten Einfluss auf die Meinungsbildung der Versicherten ausübt.

#### **Inkraftsetzung und Verordnungsanpassung**

Die Änderungen treten am 1. Januar 2001 in Kraft, mit Ausnahme der Bestimmung über den Wechsel des Versicherers (Art. 7), die ab 1. Oktober 2000 Geltung hat. Es entspricht dem Ansinnen des Bundesrates, dass sich den Versicherten bereits für die im Oktober 2000 mitgeteilten Prämien 2001, die Möglichkeit des vereinfachten Wechsels des Versicherers bietet.

Die infolge der ersten KVG-Teilrevision geänderten Verordnungsbestimmungen sind in die Vernehmlassung geschickt worden. Der Bundesrat darf die diesbezüglichen Ergebnisse im November erwarten.

#### **Auskünfte**

- Daniel Wiedmer, Abteilungschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 324 07 37, E-Mail: [daniel.wiedmer@bsv.admin.ch](mailto:daniel.wiedmer@bsv.admin.ch)

## Prämien als Spiegelbild der Kosten

Die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind – wie die Gesundheitskosten insgesamt – das Ergebnis von Preis und Menge der versicherten Leistungen. Diese werden im Umlageverfahren finanziert, was bedeutet, dass die in einem Jahr entstandenen Kosten mit den im gleichen Jahr eingenommenen Prämien finanziert werden. Die Prämien der Krankenkassen sind also das Spiegelbild der Kosten. Die Prämien und Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nahmen zwischen 1996 und 1999 im Gleichschritt zu. Die Prämien stiegen insgesamt um 16,8% oder um 1,87 Mrd. Franken an, die bezahlten Leistungen um 15,1 % oder um 1,63 Mrd. Franken. 97% der Einnahmen stammten aus den Prämien, der Rest hauptsächlich aus dem Vermögensertrag. Ausgabe­seitig wurden 92% für die obligatorisch versicherten Leistungen aufgewendet und 8% für den Verwaltungsaufwand, die notwendigen Rückstellungen sowie die Abschreibungen.

### Einnahmen und Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (in Mrd. Fr., gerundet)

	Einnahmen			Ausgaben		
	Prämien	Übrige	Total	Bezahlte Leistungen	Übrige	Total
1996	11,13	0,31	11,44	10,78	0,98	11,76
1997	12,04	0,37	12,42	11,36	0,98	12,34
1998	12,71	0,34	13,04	11,93	1,12	13,04
1999	13,00	0,41	13,41	12,41	1,05	13,46

Im Spitalbereich ist die Kostenentwicklung vorwiegend durch Tariferhöhungen verursacht, während die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich und im Arzneimittelbereich beinahe ausschliesslich auf die Mengenzunahme zurückzuführen ist.

### Mengenentwicklung für die Kostensteigerung wichtiger als die Preisänderungen

Kostensteigerungen werden durch Preisveränderungen und/ oder durch Veränderungen der Leistungsmenge bestimmt, die für die Krankheitsbehandlungen erbracht wird. Preisveränderungen werden mit verschiedenen Preisindizes gemessen. Der Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) misst die allgemeine Teuerung. Er setzt sich aus verschiedenen Bereichsindizes zusammen, darunter die Preisentwicklung im Gesundheitswesen. Mit ihm lässt sich die Erhöhung der Gesundheitskosten nach Effekten aufschlüsseln, die mit den Preis- und Mengenveränderungen verbunden sind. Von 1985 bis 1999 verdoppelten sich die gesamten Gesundheitskosten pro Kopf der Wohnbevölkerung (+105%). Die Preise für Gesundheitsleistungen nahmen allerdings nur um 44% zu, was über der allgemeine Teuerung (LIK) von 35% lag. Die Kostenentwicklung ist also vor allem auf das Mengenwachstum zurückzuführen. Dies hat komplexe Ursachen, die mit dem Angebot und mit der Nachfrage von Sach- und Dienstleistungen des Gesundheitswesens im Zusammenhang standen. Namentlich üben im Gesundheitswesen die Leistungserbringer (insbesondere die Ärzte) – anders als in anderen Märkten – einen starken Einfluss auf die Leistungen aus, die an die Versicherten erbracht werden (so genannter «Anbietermarkt»).

### Das KVG veränderte die Finanzierung

Bis 1992 erhöhten sich die Grundversicherungskosten im Gleichschritt mit den Gesundheitskosten. Seither stiegen sie schneller an, was vor allem auf die zu Beginn der 90-er Jahren erfolgten Erhöhungen der Spitaltarife und 1996 hauptsächlich auf die mit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung verbundenen Vereinheitlichung und Verbesserungen des Grundleistungsumfangs zurückzuführen war. Diese Verbesserungen, die im Krankheitsfall allen Einwohnern unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Einkommen eine optimale Gesundheitsversorgung sichern, waren mit Zusatzkosten und entsprechenden Prämiensteigerungen verbunden.

*Das bedeutet, dass sich seit 1992 der Anteil der durch die Grundversicherung finanzierten Gesundheitskosten erhöhte. 1992 deckte eine versicherte Person mit der auf den Krankheitsfall ausgerichtete-*

ten Grundversicherung 32% ihrer gesamten Behandlungskosten im Gesundheitswesen (Krankheit, Unfall, Invalidität, Prävention usw.) ab, heute sind es knapp 40%.

### **Angemessenes «Preis-Leistungs»-Verhältnis**

Aus einer im Frühsommer 2000 im Auftrag des BSV durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung zum Krankenversicherungswesen\* geht hervor:

- Die Hälfte der Befragten findet das Verhältnis zwischen Prämienhöhe und Leistungen angemessen. Knapp ein Drittel der Befragten betrachtet die Prämien als eher hoch bis sehr hoch (insbesondere in den Hochprämienregionen der italienischen und französischen Schweiz).
- Obwohl die Versicherten die Prämien als hoch und für das Haushaltsbudget als belastend erleben, wechseln sie kaum zu einer günstigeren Krankenkasse oder kündigen die Zusatzversicherungen, dies trotz ausgebautem Leistungskatalog. Seit dem Inkrafttreten des KVG hat nur ein Siebtel die Krankenkasse gewechselt und ebenfalls nur ein Siebtel hat die Kostenbeteiligung bei der Zusatzversicherung erhöht oder die Zusatzversicherung gekündigt.
- Knapp ein Viertel der Befragten hat statt eines Krankenkassenwechsels eine Veränderung in der Grundversicherung vorgenommen, insbesondere in der deutschen Schweiz. Am häufigsten wurde dabei die Franchise erhöht. Die übrigen Modelle der Grundversicherung (HMO-, Hausarztmodell) sind weniger bekannt.
- Die Versicherten verhalten sich nicht so kostenoptimierend, wie zu erwarten wäre (und beabsichtigen auch nicht, ihr Verhalten zu ändern).

\* Die Studie im Rahmen des Programms «Wirkungsanalyse KVG» basiert auf zwei miteinander verbundenen, gesamtschweizerisch repräsentativen Telefonbefragungen (2'036 bzw. 2'152 Interviews), die vom Forschungsinstitut IPSO realisiert worden sind. Der vollständige Forschungsbericht wird im Dezember 2000 vorliegen.

### **Auskünfte**

- Daniel Wiedmer, Abteilungschef, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 324 07 37, E-Mail: [daniel.wiedmer@bsv.admin.ch](mailto:daniel.wiedmer@bsv.admin.ch)

### **Weitere Informationen**

- Statistik über die Krankenversicherung, Bundesamt für Sozialversicherung
- Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, Bundesamt für Sozialversicherung
- Kosten des Gesundheitswesens, Bundesamt für Statistik

## **Stellungnahme des Bundesrates**

### **Aus den Abstimmungserläuterungen des Bundesrates zur Volksabstimmung vom 26. November 2000**

«Im Krankheitsfall garantiert das Krankenversicherungsgesetz (KVG) allen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz den selben Zugang zu medizinischer Versorgung, ob sie nun reich oder weniger reich, jung oder alt sind. Die Initiative dagegen würde durch die starke Einschränkung der Leistungen, welche heute auf Grund des KVG gedeckt werden, die betagten und kranken Menschen strafen. Der Bundesrat lehnt die Initiative insbesondere aus folgenden Gründen ab:

#### **Eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung**

Die Initiative will das Obligatorium in der Krankenversicherung auf die ausschliessliche Deckung der Spitalkosten reduzieren. Bei Annahme der Initiative würden daher alle Leistungen, die nicht im Rahmen eines Spitalaufenthaltes erbracht werden, nicht mehr durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt, wie es gegenwärtig gestützt auf das KVG der Fall ist. Solche Leistungen wären die ärztliche Behandlung, die Verschreibung von Medikamenten, die Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim. Es gilt zu bedenken, dass von den 14 Milliarden Franken, die heute von der Krankenversicherung getragen werden, nur rund ein Viertel für die Spitalleistungen aufgewendet werden. Bei Annahme der Initiative müssten also die Patienten und Patientinnen drei Viertel der Kosten, die heute von der Krankenversicherung getragen werden, selbst übernehmen.

#### **Zweiklassen Medizin**

Diese Leistungen könnten zwar durch eine Zusatzversicherung gedeckt werden; dies allerdings mit dem grossen Risiko, dass mit erhöhten Prämien oder Versicherungsvorbehalten zu rechnen ist. Die Versicherer könnten sich sogar weigern, bestimmte Patienten und Patientinnen zu versichern, was insbesondere für die chronisch Kranken oder die Betagten untragbar wäre. In diesem Zusammenhang wäre es falsch zu glauben, dass nur die Behandlungen in den Spitälern unerlässlich und kostspielig sind. Für Dialysen zum Beispiel bezahlt die Krankenversicherung je Patientin oder Patient und Jahr 80 000 Franken. Wenn solche ambulanten Behandlungen von der Versicherung ausgeschlossen wären, würden viele Patientinnen und Patienten finanziell ruiniert, oder sie müssten darauf verzichten. Der Zugang zur medizinischen Versorgung, die nicht im Rahmen eines Spitalaufenthaltes gewährt werden könnte, wäre also für zahlreiche Personen nicht mehr gewährleistet. An die Stelle der Versicherer müsste dann der Staat treten und allen vom Gesundheitswesen ausgeschlossenen Personen über die Sozialhilfe die benötigte Behandlung garantieren.

#### **Irreführende Initiative**

Die Initiative gibt vor, die Spitalkosten drastisch senken zu wollen. Ihre Annahme würde aber vielmehr zu einer Zunahme der Spitalaufenthalte und zu höheren Spitalkosten führen. In der Tat wären die Patienten und Patientinnen, die keine Zusatzversicherung abgeschlossen haben oder eine solche nicht abschliessen konnten, versucht, sich vermehrt im Spital behandeln zu lassen, weil – so will es die Initiative – nur diese Leistungen entschädigt würden. Die Zunahme der teuren Behandlungen im Rahmen eines Spitalaufenthaltes würde die Kosten in Wirklichkeit in die Höhe treiben.

#### **Mehr Steuern**

Die Zunahme der im Spital verbrachten Tage würde die Kantone zwingen, vermehrt in den Bau und die Erweiterung der Spitäler zu investieren, um diesem neuen Bedarf zu entsprechen. Damit nicht genug: Der Betrag, den die obligatorische Krankenversicherung bei einem Spitalaufenthalt zu entschädigen hätte, wird von der Initiative willkürlich auf 250 Franken im Tag begrenzt. Der Betrag, für den die Versicherung heute aufkommt, ist aber auf durchschnittlich 300 Franken im Tag zu schätzen. Für die Differenz zwischen der von den Initianten vorgeschlagenen und der derzeit ausgerichteten

Entschädigung müsste nun ebenfalls der Staat aufkommen, zusätzlich zum Teil, der bereits heute zu seinen Lasten geht. Tatsächlich trägt die öffentliche Hand heute schon rund die Hälfte der Spitalkosten. Die Bürgerinnen und Bürger müssten demnach zur Finanzierung dieser neuen öffentlichen Ausgaben mehr Steuern zahlen. Wir müssten schliesslich die Erfahrung machen, dass die soziale Krankenversicherung, wie wir sie kennen, nämlich eine solidarische Versicherung mit einem qualitativ hochstehenden Leistungsangebot für die Gesamtheit der Bevölkerung, mittel- und längerfristig verschwinden würde.

**Der Bund handelt**

Eine grundsätzliche Infragestellung des mit dem KVG eingeführten Systems, wie dies die Initiative vorschlägt, ist umso weniger gerechtfertigt, als der Bundesrat bereits Reformen zur Eindämmung der Kostensteigerung in der Krankenversicherung eingeleitet hat und dabei zugleich für eine Stärkung der sozialen Krankenversicherung sorgt.

**Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Initiative «für tiefere Spitalkosten» abzulehnen.»**