

An alle
interessierten Kreise

28. Okt. 1994

Weitere Informationsunterlagen zum neuen KVG

Sehr geehrte Damen und Herren

Beiliegend erhalten Sie weitere Informationsunterlagen zum neuen KVG. An einer Pressekonferenz des BSV in Zusammenarbeit mit Kassenmanagern und dem KSK wurden diese Unterlagen heute den Medien vorgestellt.

Wir danken für Ihr Interesse und verbleiben

mit freundlichen Grüssen

F. Müller

Fredy Müller,
BSV-Informationsschef

Tel. 031 / 322 91 95

PS: Weitere Info-Dokumentationen können bei folg. Stelle bezogen werden:

KVG-Unterlagen II

z. Hd. Monika Bill
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstr. 33
3003 Bern



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

An die Medien

Einladung zur Medienkonferenz

Krankenversicherung: Kosten und Prämien ab 1996

Auf 1995 haben die meisten Kassen keine Prämienaufschläge angekündigt. Wie werden sich aber die Prämien in den nächsten 2-3 Jahren entwickeln? Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) informiert Sie in Zusammenarbeit mit führenden Kassenmanagern und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK) über die Ergebnisse neuester Studien zur zukünftigen Entwicklung der Gesundheitskosten mit oder ohne neues KVG.

Am **Freitag, den 28. Oktober 1994**
Um **11.00 Uhr**
Im **Bundeshaus, Zimmer 86**

Wir würden uns freuen, Sie an dieser Medienkonferenz begrüßen zu dürfen.

Weitere Auskünfte erhalten Sie bei:

Herrn Fredy Müller, Pressechef BSV
031 322 91 95 (Tel.) / 031 382 39 77 (Fax)

Ja zum neuen Krankenversicherungsgesetz!

**Auszug aus der Zeitschrift
"Soziale Sicherheit" Nr. 5/1994
des BSV**

Ja zum neuen Krankenversicherungsgesetz!

Am 4. Dezember stimmen wir u.a. über das neue Krankenversicherungsgesetz ab. Die Gegner der Vorlage behaupten, das neue Krankenversicherungsgesetz sei: zu dirigistisch, zu wenig wettbewerbsorientiert und zu teuer für die öffentliche Hand und die Prämienzahler. Im folgenden Beitrag geht das Bundesamt für Sozialversicherung auf die Kritikpunkte ein und belegt, dass das neue Gesetz allen Versicherten Vorteile bringt!

Die aktuellen Probleme in der Krankenversicherung – wie stark steigende Prämien in den letzten Jahren – sind bekannt. Das alte Gesetz (Kranken- und Unfallversicherungsgesetz [KUVG]), welches aus dem Jahre 1911 stammt und in Zeiten der Hochkonjunktur seine Dienste geleistet hat, ist für die Lösung dieser Probleme nicht mehr tauglich. Was jetzt not tut, sind Instrumente, welche die Krankenversicherung auf eine neue Basis stellen.

Kurz gesagt: Wir brauchen nun ein modernes Krankenversicherungsgesetz, weil

- damit einmalige Einsparungen von 10 bis 12 Prozent realisierbar sind.

- mit einem veralteten Gesetz die Probleme der Zukunft nicht gelöst werden können.

- im neuen Gesetz eine ausgewogene und bedarfsgerechte Lösung anwendungsbereit vorliegt.

- keine sofort umsetzbaren Alternativen vorliegen.

- das Notrecht nicht ewig weitergeführt werden kann.

- mit den individuellen Prämienverbilligungen erstmalig eine Abkehr vom Giesskannensystem stattfindet.

Diese Aussagen sollen im folgenden begründet werden.

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

- Mit dem alten Gesetz wissen wir aus Erfahrung, was uns ohne neues

Gesetz auch in Zukunft erwarten wird: jährliche Kostensteigerungen, die weit über der Entwicklung der Preise und Löhne liegen!

Lohnentwicklung 1966–1992

+5,8 % / Jahr

Preisentwicklung 1966–1992

+4,1 % / Jahr

Entwicklung der Krankenpflegekosten

- Grundversicherung inkl. Zusatzversicherung 1966–1992 +9,8 % / Jahr

- Nur Grundversicherung 1985–1992¹ +7,0 % / Jahr

¹ Erst ab 1985 separat verfügbar.

- Mit dem alten Gesetz aus dem Jahre 1911 bleibt nichts anderes übrig, als die Kosten durch Notrecht und durch staatliche Eingriffe einzudämmen. Wenn das neue Gesetz nicht kommt, werden wir auf diesem Weg weitergehen müssen.

- Mit dem neuen Gesetz kann das heutige Notrecht aufgehoben werden. Die volle Freizügigkeit wird die Kassen zwingen, selber stärker auf die Kosten zu achten, weil sie nur auf diese Weise günstiger sein können als die Konkurrenz.

- Die sogenannten Billigkassen profitieren vom alten Gesetz, da heute nicht alle, sondern nur junge und gesunde Versicherte die Kasse ohne Nachteile wechseln können. Diese Kassen können alte Versicherte beim Wechsel in eine höhere Prämiengruppe einteilen und für bestehende Krankheiten Versicherungsvorbehalte anbringen.

- Die volle Freizügigkeit ist einer der grossen Vorteile des neuen Ge-

Die fünf wichtigsten Verbesserungen im neuen Krankenversicherungsgesetz

1. Freie Kassenwahl

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

2. Komplette Grundversicherung

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

- Die Kosten für die Spitex – die Hauskrankenpflege – werden von der Krankenkasse umfassender vergütet;

- Die Leistungspflicht der Krankenversicherung bei einem Spitalaufenthalt ist zeitlich nicht mehr begrenzt;

- Die Krankenversicherung beinhaltet die Finanzierung von gezielten Präventionsmassnahmen;

- Die Krankenversicherung übernimmt Leistungen der Alternativmedizin, wenn deren Wirksamkeit nachgewiesen ist;

- Nicht Berufstätige – zum Beispiel Rentnerinnen und Rentner, Hausfrauen und Kinder – sind neu ebenfalls unfallversichert.

3. Kostendämpfung durch mehr Wettbewerb

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

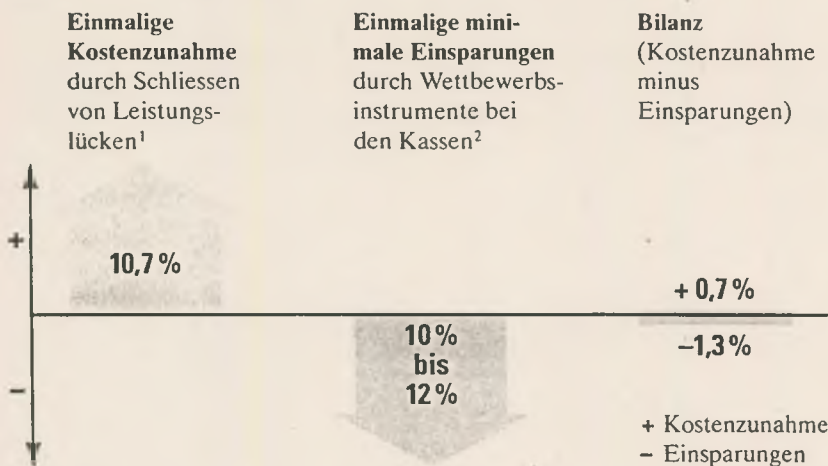
4. Gezielte Prämienverbilligungen

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

5. Gleichstellung der Frauen

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

Grafik 1: Wie werden sich die Kosten nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes ab 1. 1. 96 entwickeln?
(in der mittleren Frist, d.h. in den Jahren 1996–1998)



1 Zu zwei Dritteln sozialpolitisch notwendige Anpassungen wie unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalten, Aufhebung Versicherungsvorbehalte, bei Pflegeheimen analoge Leistungen wie Spitex. Zu einem Drittel Leistungsverbesserungen in der Grundversicherung, die grösstenteils in einem restriktiven Leistungskatalog durch den Bundesrat geregelt werden.

2 Nach Angaben der Arcovita-Krankenkassen.

Die Grafik 1 zeigt deutlich, dass die Versicherten vom neuen Gesetz profitieren werden. Die Grundversicherung wird zwar **einmalig um gut 10 Prozent teurer**. Damit werden Mehrleistungen finanziert, die zu einem grossen Teil sozialpolitisch notwendig sind. Nach Angaben der Arcovita-Krankenkassen stehen diesen Mehrkosten in den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten **einmalige Einsparungen von mindestens 10 bis 12 Prozent** gegenüber.

Fazit: Die Versicherten erhalten eine bessere Grundversicherung zu tragbaren Prämien!

Vorzüge des neuen Krankenversicherungsgesetzes

Marktkonform und sozial

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

Freiheitlich und liberal

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

Qualitätsmedizin für alle

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

Ein ausgewogenes Preis-Leistungs-Verhältnis

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

Mehr Eigenverantwortung für die Versicherten

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

Die Solidarität wird wiederhergestellt

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

Das Föderalismusprinzip als Handlungsrahmen

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

Eine vom Eidgenössischen Departement des Innern eingesetzte Arbeitsgruppe hat eine ausführliche Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz erstellt. Diese beantwortet in leicht verständlicher Form zahlreiche Fragen zum neuen Gesetz; ferner enthält sie Referate von Bundesrätin Dreifuss sowie von Chefbeamten des BSV. Die Dokumentation kann unentgeltlich bezogen werden (siehe letzte Umschlagseite).

setzes: heute können die Billigkassen die jungen Versicherten weglocken (Jagd auf gute Risiken) und die alten und kranken Versicherten den immer teureren Familienkassen überlassen.

- Weil im alten Gesetz die volle Freizügigkeit fehlt (nicht alle Versicherten können die Kasse wechseln), ist der Wettbewerb zwischen den Kassen unfair. Weil der Wettbewerb unfair ist, führt die heutige Konkurrenz zwischen den Kassen nicht zu günstigeren Kosten. Es ist für die Kassen heute einfacher, durch Abwerben von jungen Versicherten zu günstigeren Prämien zu gelangen (unfairer Wettbewerb) als durch unternehmerisches, kostenbewusstes Handeln (fairer Wettbewerb).

- Wer behauptet, mit dem alten Gesetz könne man die Kosten in den Griff bekommen, liegt völlig falsch und will auf diesem Weg die liberale und föderalistische Ordnung unseres Gesundheitswesens zerstören.

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

- Das neue Gesetz ist kein «Hochkonjunktur-», sondern – wenn schon – ein «Rezessionsgesetz»: erstmals wurde dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit je nach Einkommenssituation zum Durchbruch verholfen, indem

– Prämienvergünstigungen nicht mehr mit der Giesskanne, sondern nach Bedarf ausgerichtet werden;
 – die Kostenbeteiligung bei den Hotelkosten im Spital auf die soziale Situation der Patientinnen und Patienten Rücksicht nimmt.

- Wer im Zusammenhang mit dem neuen Gesetz von Leistungsausbau spricht, verkennt die Situation: es geht lediglich um eine sinnvolle Neu- und Umverteilung der Kosten. Denn die Kosten der nicht durch die Grundversicherung übernommenen Leistungen müssen ja schon heute übernommen werden, sei es durch Zusatzversicherungen, die Patientinnen und Patienten oder durch die (kantonale oder kommunale) Sozialhilfe. Dank der guten und neu eben lückenlosen Grundversorgung werden Kranke und Alte nicht gezwungen, das Ersparte zu verzehren oder Sozialhilfeleistungen zu beanspruchen (auch bei längerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit nicht).
- Das neue Gesetz errichtet eine Wettbewerbsordnung für die soziale Krankenversicherung und schafft die notwendigen Spielregeln zur Wiederbelebung der preisregulierenden Marktkräfte und vermehrter Innovation.

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

- Die *einzigste konkrete Alternative* zum neuen Krankenversicherungsgesetz stellt heute die Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» dar. Diese Initiative verlangt die Einführung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die

Wir denken, dass die Jungen und Starken, die «xund und clever» sind, ihren Beitrag leisten sollten. Auch sie werden von der neuen Krankenversicherung profitieren. Wir wollen keine Gesellschaft «à deux vitesses»!

W. Seiler, Direktor BSV



Das KVG verhindert eine «médecine à deux vitesses».

(Zeichnung: Pécub)

gesamte Bevölkerung und eine obligatorische Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. *Bei Annahme der Initiative müsste allerdings erst noch ein entsprechendes Gesetz erarbeitet werden.*

- Die Finanzierung würde insbesondere durch zusätzliche Lohnprozente erfolgen. Bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern würde, wie etwa in der AHV, die Hälfte der Beiträge von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern übernommen. Mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen bis zum 20. Altersjahr würde die ganze Bevölkerung der Beitragspflicht unterstehen, auch jene Personen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, wie die Rentnerinnen und Rentner und die verheirateten Frauen ohne Erwerbstätigkeit.

- Die Initiative hat gewisse Vorteile. Sie erlaubt eine Verstärkung der Solidarität innerhalb der Krankenversicherung. Sie hat aber auch Nachteile. Das vorgesehene Finanzierungssystem (automatische Zunahme der Beitragseinnahmen bei steigender Lohnsumme) trägt der notwendigen Kostendämpfung nicht genügend Rechnung. Mit einem solchen System hätten insbesondere die Krankenkassen einen geringeren Anreiz, Kosten einzusparen. Zudem bestünde kein Anreiz mehr, alternative Versicherungsmodelle (wie Gesundheitskassen, Hausarztssystem u.a.m.) zu erproben. Die Initiative würde das gegenwärtige Krankenversicherungssystem grundsätzlich in Frage stellen. Die Stellung der

Krankenkassen und Kantone würde geschwächt.

- Für das Jahr 1996 werden die Kosten der Krankenpflegeversicherung nach dem neuen Gesetz auf 18 Mia. Franken geschätzt. Die Kostenbeteiligung des Bundes würde sich bei einer Krankenversicherung nach der SP-Initiative auf einen Viertel der Aufwendungen, d.h. auf etwa 4,5 Mia. Franken, belaufen. Die Versicherten (Arbeitgeber eingeschlossen) würden durch Prämienzahlungen und Kostenbeteiligungen 13,5 Mia. Franken beitragen. Der Beitragssatz für Erwerbstätige dürfte sich etwa in der Grössenordnung von 3,6 bis 4,0 Prozent des massgebenden Einkommens im Sinne der AHV bewegen.

- Die Schliessung von Lücken im neuen KVG deckt die Anliegen der Initiative in diesem Bereich ab (unbeschränkte Leistungspflicht im Spital, Leistungen für spitalexterne Pflege, Übernahme von gewissen Präventivmassnahmen).

4. Wir können nicht einfach noch zwei, drei Jahre mit dem Notrecht leben und in der Zwischenzeit ein besseres Gesetz ausarbeiten. Die Vorstellungen einer einzelnen Interessengruppe werden in der Krankenversicherung nie kompromissfähig sein.

- Die Geschichte der gescheiterten Versuche einer Reform der Krankenversicherung zeigt, dass wir nicht bereits in zwei, aber auch nicht in



Die Solidarität der Jungen ist eine Vorleistung für ihr eigenes Alter.
(Zeichnung Pécub)

fünf Jahren ein neues und dazu erst noch ein besseres Gesetz haben werden, mit dem dann alle vollauf zufrieden sind.

- Die Diskussion über die Reform der Krankenversicherung begann schon nach Inkrafttreten des Gesetzes im Jahre 1911. Seit nunmehr 25 Jahren wird intensiv an Reformen gearbeitet, bisher ohne Erfolg. Im Jahre 1969 hat der Bundesrat eine Expertenkommission zur «Neuordnung der Krankenversicherung» eingesetzt. Ein Jahr später wurde eine Volksinitiative der Sozialdemokratischen Partei «für eine soziale Krankenversicherung» eingereicht. Die Initiative verlangte, ähnlich wie die derzeit hängige Initiative, die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung mit einer Finanzierung über Lohnprozente. Im Jahre 1974 haben Volk und Stände sowohl die Volksinitiative wie den Gegenvorschlag des Parlamentes, welcher für Spitalbehandlungen und Hauskrankenpflege eine Finanzierung über Lohnprozente vorsah, abgelehnt. Es dauerte dann 13 Jahre, bis das Parlament im Jahre 1987 ein sogenanntes Sofortprogramm zur Teilrevision der Krankenversicherung verabschiedet hat. Dieses wurde vom Volk wiederum abgelehnt, möglicherweise wegen der Verknüpfung mit einem Vorschlag über eine Mutterschaftsversicherung. Im Jahre 1992 haben Volk und Stände auch noch eine Initiative der Krankenkassen abgelehnt, welche das heutige

Gesetz durch eine Erhöhung der Giesskannensubventionen am Leben erhalten wollte. Seit der Ablehnung der Gesetzesrevision im Jahre 1987 dauerte es 7 Jahre, bis das Parlament ein neues Gesetz verabschieden konnte (s. Überblick unten).

5. Wie funktioniert die Prämienverbilligung? Die Grundzüge der neuen Regelung.

- Individuelle Prämienverbilligungen an Personen und Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen anstelle von «Giesskannen-Subventionen» an die Kassen.
- Die Kantone leisten insgesamt mindestens die Hälfte des Bundesbeitrages.
- Der maximale Bundes- und Kantonsbeitrag wird schrittweise erhöht.
- Der Verteilungsschlüssel der Bundesbeiträge bemisst sich nach Wohnbevölkerung, Finanzkraft und allenfalls nach Prämien.
- Die Kantone legen das Verfahren der Festsetzung und Auszahlung der Prämienverbilligungen selber fest.

- Prämieungünstige Kantone können ihren Beitrag um bis zu 50 Prozent reduzieren, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen sichergestellt ist.
- Bundesbeiträge, welche durch die Kantone nicht abgerufen werden, verbleiben in der Bundeskasse und werden nicht ausgeschüttet.
- Die zusätzlichen Aufwendungen des Bundes werden – wie durch den Souverän bereits beschlossen – hauptsächlich über die Mehrwertsteuer finanziert.
- Die Kantone leisten schon heute (1992) Prämienverbilligungen im Umfang von 630 Millionen Franken. Sie werden mit dem neuen Gesetz bei den Prämienverbilligungen zusätzlich belastet, bei Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe jedoch entlastet.
- Der administrative Aufwand fällt nicht ins Gewicht.

Wieso sind konkrete Aussagen zu den Auswirkungen der Prämienverbilligungen schwierig?

- Die Prämien-situation jedes einzelnen Versicherten unterscheidet sich nach dem alten Gesetz nach Kasse, Eintrittsalter des Versicherten und gewähltem Versicherungspaket.
- Die Prämien werden statistisch nicht erfasst.
- Die Kantone bestimmen das Prämienverbilligungssystem und bezeichnen damit auch, welches die Personen und Haushalte in bescheidenen Verhältnissen sind.
- Die Steuereinkommen werden nur in der Statistik der direkten Bundessteuern einheitlich erfasst. Die Nicht-Bundessteuerpflichtigen – Alleinstehende mit einem Einkommen unter 14000 Franken, Verheiratete mit einem Einkommen unter 23300 – werden statistisch nicht erfasst.
- Die kantonalen Steuerstatistiken sind uneinheitlich und von unterschiedlicher Aussagekraft.

Die Geschichte der Reformbemühungen im Überblick:

Vorlage	Vorbereitungszeit	Volksabstimmung
• Volksinitiative «für die soziale Krankenversicherung» mit Gegenvorschlag des Bundesrates	5 Jahre (1969–74)	Ablehnung
• KMGV vom 20. März 1987	13 Jahre (1974–87)	Ablehnung
• RVG vom 18. März 1994	7 Jahre (1987–94)	?

- Die Schweiz kennt 26 Steuergesetze, womit Vergleiche schwierig sind (z.B. wegen unterschiedlichen Abzügen).

- Der Verteilungsschlüssel für die Bundesbeiträge ist noch nicht definitiv festgelegt.

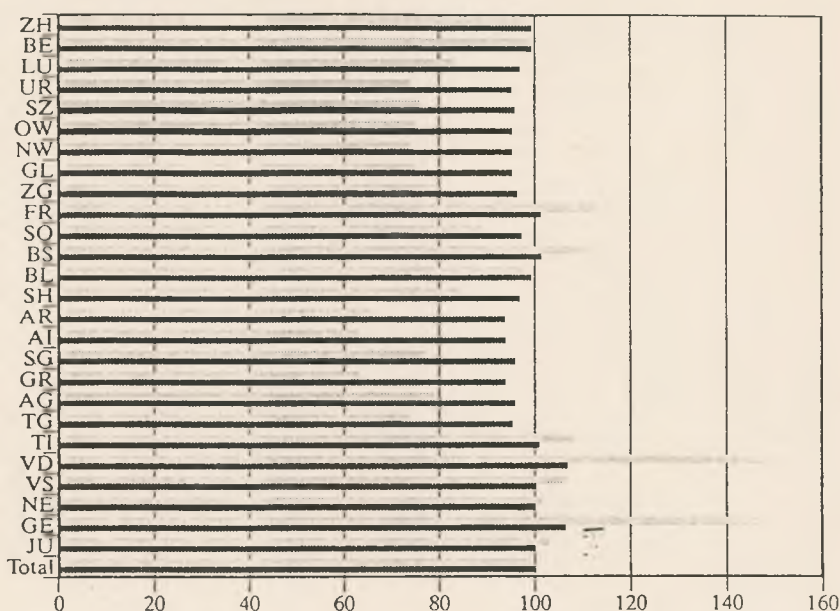
- Die Situation bei Inkrafttreten des Gesetzes (1. Januar 1996) muss prognostiziert werden und wurde aufgrund eines Prämienindex und der Kostenschätzungen berechnet.

- Die Kostenschätzungen beruhen auf Annahmen, da der Leistungskatalog in der Verordnung zum neuen Gesetz erst noch festgelegt werden muss.

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

Das Bundesamt für Sozialversicherung hat trotz diesen Schwierigkeiten versucht, die mögliche Prä-

Grafik 2: Vergleich zwischen Index der Prämienverbilligung¹ und Prämienindex²



Index der Beiträge zur Prämienverbilligung pro Einwohner 1996 (100 = durchschnittlicher schweizerischer Beitrag)

Prämienindex 1994 (100 = schweizerische Durchschnittsprämie)

Aus der obigen Abbildung ist ersichtlich, inwieweit die Situation jedes einzelnen Kantons hinsichtlich der Beiträge zur Prämienverbilligung und der Prämien vom gesamtschweizerischen Mittel (vgl. Total Index = 100) abweicht. So erhält der Kanton Genf zum Beispiel wohl mehr Bundes- und Kantonsbeiträge pro Einwohner, diese stehen jedoch einer massiv über dem schweizerischen Mittel liegenden durchschnittlichen Prämie gegenüber. Auf der anderen Seite sieht man, dass die Prämien der Ost- und Inner-schweizer Kantone deutlich unter dem gesamtschweizerischen Schnitt liegen; diese Kantone erhalten jedoch aufgrund des Finanzausgleichs trotzdem stattliche Prämienverbilligungsbeiträge. Sofern das durch die Kantone zu definierende Sozialziel, die Sicherstellung der Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen, gewährleistet ist, können solche Kantone die Beiträge um bis zu 50 Prozent kürzen.

1 Gemäss Variante 2A der Eidgenössischen Finanzverwaltung = mittlere Gewichtung der Finanzkraft und schwächere Gewichtung des Kriteriums Prämie.

2 Bundesamt für Sozialversicherung nach Prämientarifen der Krankenkassen.

Wieviel Geld haben die Kantone maximal zur Verfügung?

Die Kantone könnten gemäss Berechnungen der Eidgenössischen Finanzverwaltung mit folgenden maximalen Beiträgen rechnen (Bund und Kanton):

Kanton	Bundesbeitrag absolut in Mio. Fr.	Kantonsbeitrag absolut in Mio. Fr.	Total in Mio. Fr.	Bundesbeitrag in Fr. pro Einwohner	Kantonsbeitrag in Fr. pro Einwohner	Total in Fr. pro Einwohner
ZH	248	168	416	210	144	354
BE	272	65	337	286	69	355
LU	93	22	115	279	68	347
UR	11	1	12	310	32	342
SZ	31	9	40	268	75	343
OW	9	1	10	307	35	342
NW	9	3	12	252	90	342
GL	10	3	13	268	74	342
ZG	14	16	30	163	182	345
FR	65	13	78	303	59	362
SO	63	19	82	269	81	350
BS	43	29	72	215	147	362
BL	62	25	87	253	102	355
SH	19	6	25	263	84	347
AR	15	3	18	276	62	338
AI	4	1	5	304	32	336
SG	113	36	149	260	84	344
GR	50	12	62	273	63	336
AG	129	47	176	252	92	344
TG	56	17	73	262	80	342
TI	84	20	104	292	68	360
VD	178	54	232	294	89	383
VS	87	6	93	337	22	359
NE	50	8	58	305	51	356
GE	92	55	147	240	141	381
JU	22	2	24	333	24	357
Total	1830	640	2470	264	92	356

miensituation in den Kantonen darzustellen (vgl. dazu die Prämienbeispiele auf Seite 204 sowie Grafik 3).

Bei der Interpretation zu berücksichtigen:

- Ein jährlich steuerbares Einkommen von 40000 Franken entspricht in etwa dem BIGA-Durchschnittslohn von monatlich 4898 Franken.
- Der Anteil der Steuerpflichtigen mit einem steuerbaren Einkommen von unter 35000 Franken bewegt sich gemessen am Total der Steuerpflichtigen je nach Kanton zwischen 34 und 61 Prozent.

Wie könnte die Prämienverbilligung durchgeführt werden?

Das Beispiel des Kantons Tessin.

- Der Kanton Tessin hat mit Gesetz vom 28. Mai 1986 (Inkrafttreten

1.1.87) für die ganze Bevölkerung die Krankenversicherung obligatorisch erklärt. Gleichzeitig hat er ein Prämienverbilligungssystem eingeführt, das sich auf folgende Grundsätze stützt:

- Die Prämien werden durch den Kanton subventioniert, wenn das steuerbare Einkommen des Versicherten unterhalb einer bestimmten Grenze liegt. Wenn das Einkommen für eine Einzelperson 16000 Fr., für eine Familie 26000 Fr. nicht erreicht, besteht ein Anspruch auf diese Unterstützung.

Die Höhe des kantonalen Zuschusses wird wie folgt berechnet:

- Einen Teil der Prämie, welcher vom steuerbaren Einkommen abhängt, bezahlt der Versicherte selber (quota minima). Für alleinstehende Erwachsene beträgt dieser

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

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6%) AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	326	326	326
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	200	250
Differenz in Prozent	-69,4	-38,7	-23,4

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%) BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	460	460	460
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	367	458
Differenz in Prozent	-60,1	-20,2	-0,3

In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%) GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	560	560	560
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	267	533	667
Differenz in Prozent	-52,4	-4,8	19,1

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

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6%) AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	409	409	409
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	200	250
Differenz in Prozent	-75,5	-51,1	-38,9

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%) BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	576	576	576
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	367	458
Differenz in Prozent	-68,2	-36,3	-20,4

In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%) GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)			
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000	50 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	702	702	702
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	267	533	667
Differenz in Prozent	-62,0	-24,0	-5,0

Wer zahlt wieviel Monatsprämien? Haushalt mit 1 Erwachsenen

In Kantonen mit relativ niedrigen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 6%) AI, AR, ZG, GL, NW, OW, SZ, GR, SG, LU, UR, SH, TG, AG (= 14 Kantone)		
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	122	122
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	100	142
Differenz in Prozent	-18,0	16,6

In Kantonen mit mittleren Prämien (Subventionsgrenze z.B. 11%) BE, ZH, SO, NE, BL, JU (= 6 Kantone)		
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	172	172
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	183	200
Differenz in Prozent	6,8	16,6

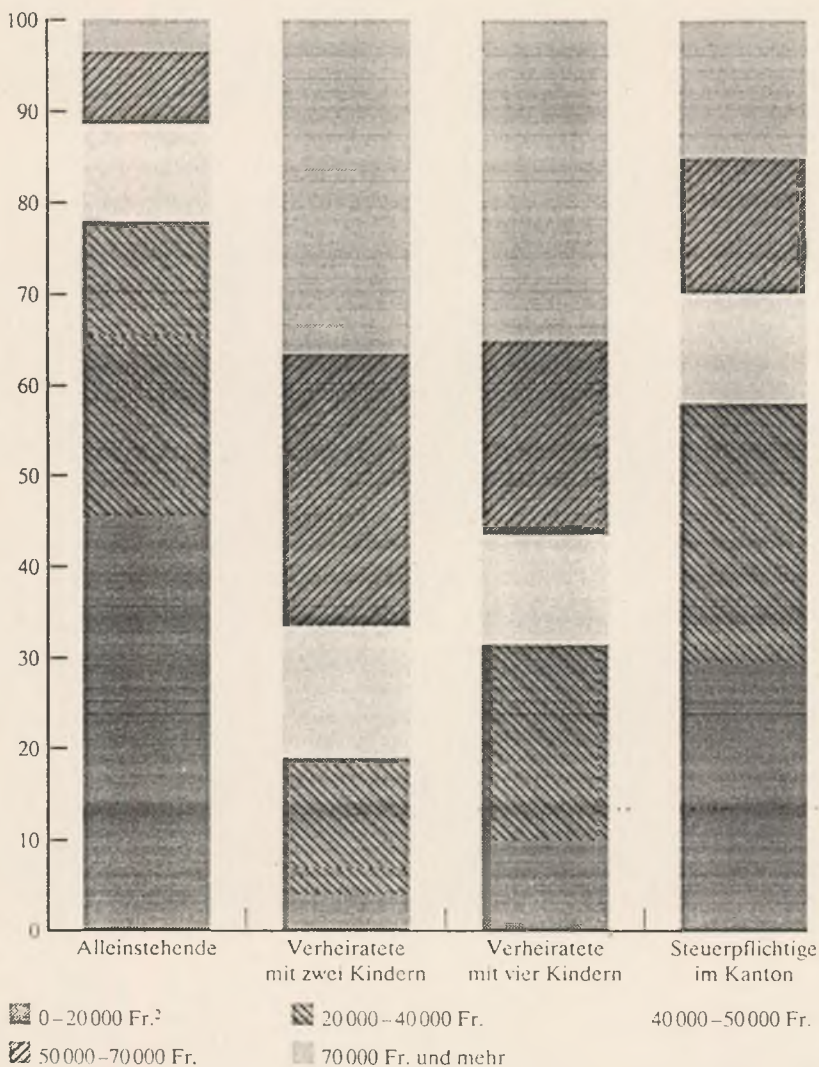
In Kantonen mit relativ hohen Prämien (Subventionsgrenze z.B. 16%) GE, VD, FR, VS, TI, BS (= 6 Kantone)		
Steuerbares Einkommen	20 000	40 000
Prämien pro Haushalt heute in Fr.	209	209
Prämien pro Haushalt neu in Fr.	244	244
Differenz in Prozent	16,6	16,6

Teil 7 Prozent des Einkommens, für erwachsene Familienmitglieder 4,5 Prozent und für Kinder 2 Prozent. Es handelt sich dabei also um einen Mindestbeitrag, welcher proportional zum Einkommen festgelegt wird.

- Auf der Basis der Gesamtsumme der von den Kassen im Kanton Tessin erhobenen Prämien legt der Kanton jedes Jahr eine gewichtete Durchschnittsprämie fest. Diese dient als Grundlage zur Bestimmung der Höhe des Zuschusses. Sie bildet die obere Grenze für die Übernahme durch den Kanton. Für das Jahr 1994 ist sie auf 1760 Fr. für Erwachsene und auf 880 Fr. für Kinder festgelegt. Verlangt die Kasse eines Versicherten, der Anspruch auf Prämienverbilligung hat, einen höheren Betrag, so bezahlt der Versicherte selbst die Differenz zwischen der gewichteten Durchschnittsprämie und der Prämie seiner Kasse.

Verlangt die Kasse beispielsweise 1900 Fr. für das Jahr 1994, bezahlt der Versicherte selber 140 Fr. zusätz-

Grafik 3: Verteilung des steuerbaren Einkommens nach verschiedenen Haushaltstypen im Kanton Neuenburg¹



¹ Quelle: Bundesamt für Sozialversicherung nach Angaben des Finanz- und Sozialdepartementes des Kantons Neuenburg (taxation 1993).

² Bei den Einkommen bis 20 000 Franken sind auch die über 17jährigen Studenten und Lehrlinge ohne steuerpflichtiges Einkommen enthalten.

Die Kantone sind in der Ausgestaltung der Prämienverbilligung frei. Die dabei vom Bund geübte Zurückhaltung ist um so bemerkenswerter, als er es ist, der zwei Drittel der benötigten Beiträge aufbringt.

Bundesrätin R. Dreifuss

lich zu seinem Mindestbeitrag. Es ist für ihn also vorteilhaft, einer Kasse anzugehören, deren Beiträge nicht höher liegen als die gewichtete Durchschnittsprämie.

- Ausserdem sind Familien von der Bezahlung der Prämien für das zweite Kind befreit, wenn sie die Prämienverbilligung erhalten oder wenn sie ein Einkommen unter 35 000 Fr. haben. Alle Familien sind von der Bezahlung der Prämien für das dritte und die weiteren Kinder befreit.

- 1992 haben insgesamt 33 Prozent der Bevölkerung vom Kanton eine Prämienverbilligung erhalten; 1993 sind etwa 66 Mio. Franken aufgewendet worden. Aufgrund von Schätzungen werden nach dem neuen Gesetz im Kanton Tessin 104 Mio. Franken zur Verfügung stehen.

Das neue Gesetz bringt:

weniger Dirigismus

- Die Kantone organisieren die individuelle Prämienverbilligung – der Bund zahlt zwei Drittel der Kosten.
- Die Kassen erhalten einen grossen Spielraum für die Einführung besserer Tarif- und Vertragsmodelle.
- Die Ärzte können sich freier in der Tariflandschaft bewegen.
- Die Spitäler können vermehrt nach unternehmerischen Gesichtspunkten arbeiten.

mehr Wettbewerb

- Die Versicherten können dank der Freizügigkeit jederzeit und in jedem Alter zur Kasse ihrer Wahl wechseln.
- Die Kassen und Leistungserbringer unterliegen einem fairen Wettbewerb.
- Kartelle sind auch in der Krankenversicherung nicht mehr möglich.

tragbare Prämien

- Tragbare Prämien dank innovativen und im fairen Wettbewerb stehenden Kassen.
- Die öffentliche Hand wird durch gezielte Subventionen an Versicherte in bescheidenen Verhältnissen entlastet.

Die Versicherten erhalten mehr Leistungen und mehr Solidarität zu tragbaren Prämien!

Die Fehleinschätzungen der Gegner

Auf einen Blick

- Die Schätzungen der Krankenkasse Artisana (s. Tabelle unten) sind falsch!
- Diese Schätzungen beruhen nicht auf plausiblen Annahmen, sondern sind unfundierte Behauptungen!
- Wer behauptet, er kenne die Prämie im Jahre 2000, erscheint nicht glaubwürdig.

Die Schätzungen der Krankenkasse Artisana bis zum voraussichtlichen Inkrafttreten des neuen Gesetzes (1. 1. 1996)

Die Schätzungen der Krankenkasse Artisana weichen in zwei Punkten massiv von den Berechnungen des

Bundesamtes für Sozialversicherung ab:

Erste Fehleinschätzung

- Die Teuerung in den Jahren 1994 und 1995 ist mit einer Annahme zwischen 8 und 14 Prozent pro Jahr überschätzt.
- Das Bundesamt für Sozialversicherung geht, gestützt auf die Kostenentwicklung der Jahre 1985 bis 1992, von 7 Prozent Teuerung aus. Da die dringlichen Bundesbeschlüsse und die wirtschaftliche Entwicklung die Kosten bremsen, dürfte dies eine eher grosszügige Schätzung sein.

Zweite Fehleinschätzung

- Das Schliessen von Leistungslücken wird mit einer **Kostenzunahme von 25 Prozent überschätzt.**
- Das Bundesamt für Sozialversicherung geht, gestützt auf die Arbeiten der Kommission Schoch und der Vorarbeiten des Gesundheitsstatistikers Prof. Pierre Gilliland, von einer **einmaligen Kostenzunahme von 10,7 Prozent** aus. Die Berechnungen beruhen auf den seit 1991 in der Botschaft zum neuen Gesetz vorliegenden Schätzungen.

Weitere Fehlrechnungen

Folgende Schätzungen der Krankenkasse Artisana weisen geringere Abweichungen aus:

Prämienentwicklung in der Krankenversicherung ab 1994 nach Berechnungen der Krankenkasse Artisana

Die möglichen Szenarien: A) KVG tritt per 1.1.96 in Kraft B) KVG tritt nicht in Kraft C) KVG-Alternative Referendumskomitee tritt per 1.1.97 in Kraft

Pos.	Jahr	Bezeichnung	Szenario A			Szenario B			Szenario C			Prämie per
			Zuschlag %	Zuschlag Fr.	Prämie Fr.	Zuschlag %	Zuschlag Fr.	Prämie Fr.	Zuschlag %	Zuschlag Fr.	Prämie Fr.	
1	1994	Durchschnittliche Monatsprämie in der Grundversicherung			150.-			150.-			150.-	1.1.1994
2	1994	Teuerung	8	12.-	162.-	8	12.-	162.-	8	12.-	162.-	1.1.1995
3	1995	Teuerung	10	16.-	178.-	14	23.-	185.-	14	23.-	185.-	
4	1996	Prämien Schub infolge Leistungserweiterung im neuen KVG	25	45.-	223.-	0	.-	185.-	0	.-	185.-	
5	1996	Wegfall der höheren Eintrittsalterstufe für ältere Versicherte	5	11.-	234.-	0	.-	185.-	0	.-	185.-	
6	1996	Wegfall der Bundesbeiträge für über 50% der Versicherten	8	19.-	253.-	0	.-	185.-	0	.-	185.-	1.1.1996
7	1996	Wegfall der Defizitbeiträge aus privaten Spitalabteilungen	5*	13.-	266.-	0	.-	185.-	0	.-	185.-	
8	1996	Kostenumlagerung aus Strukturveränderung der privaten Spitalabteilungen	10	27.-	293.-	0	.-	185.-	0	.-	185.-	
9	1996	Teuerung	10	29.-	322.-	14	26.-	211.-	14	26.-	211.-	1.1.1997
10	1997	Wegfall der Bundesbeiträge für ca. 50% der Versicherten	0	.-	322.-	0	.-	.-	8	17.-	228.-	
11	1997	Teuerung	10	32.-	354.-	14	30.-	241.-	5	12.-	240.-	1.1.1998
12	1998	Teuerung	10	35.-	389.-	14	34.-	275.-	5	12.-	252.-	1.1.1999
13	1999	Teuerung	10	39.-	428.-	14	39.-	314.-	5	13.-	265.-	1.1.2000
14	2000	Prämienvergleich der Szenarien im Jahr 2000			428.-			314.-			265.-	
		Vergleichsindex Jahr 2000			100.-			73.40			61.90	

Die aktuelle Debatte

In der parlamentarischen Fragestunde vom 3. Oktober 1994 unterbreitete Nationalrat Jöri die folgende Frage betreffend die komplementärmedizinischen Leistungen nach dem neuen KVG:

«In der Auseinandersetzung um die zur Abstimmung gelangenden Vorlagen zur sozialen Krankenversicherung werden zum Teil wahrheitswidrige Behauptungen bezüglich der Übernahme von komplementärmedizinischen Leistungen gemacht. Sie stehen im Widerspruch zu Äusserungen, die zuhänden des Protokolls von Bundesrätin Dreifuss und den Kommissionssprecherinnen beider Räte gemacht wurden. Ich bitte um Beantwortung und umfassende Darstellung des Sachverhaltes.

1. Welche Folgen hat das Einfügen des Wissenschaftlichkeitsbegriffes in Art.32 für die Komplementärmedizin?

2. Entspricht die Behauptung aus dem Referendumskomitee der Wahrheit, wonach bei Annahme des KVG beispielsweise homöopathische Behandlungen von der Leistungspflicht ausgeschlossen wären?»

Bundesrätin Dreifuss gab darauf folgende Antworten:

«Zu Frage 1: Das gesetzliche Erfordernis, wonach die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss, bedeutet, dass die Behörden sich auf objektive und für Dritte einsichtige Kriterien stützen sollen. Es heisst keineswegs, dass nur Methoden der traditionellen Medizin vergütet werden dürfen. Es genügt, dass die Wirksamkeit empirisch und statistisch nachgewiesen wird.

Zu Frage 2: Die Behauptung, dass homöopathische Behandlungen von der Leistungspflicht ausgeschlossen seien, ist eindeutig falsch. Die Kommissionssprecher und die Vertreter des Bundesrates haben dies in beiden Räten sehr klar zum Ausdruck gebracht. Es ist im Gegenteil das geltende Recht, welches verlangt, dass eine Behandlungsmethode wissenschaftlich anerkannt ist. Der neue Artikel 32 bringt demgegenüber eine klare Öffnung für die Komplementärmedizin.»

- Die ausgewiesenen Zusatzkosten aufgrund des Wegfalls der höheren Eintrittsaltersstufe für ältere Versicherte (5 Prozent) könnten für die unterste Eintrittsaltersgruppe (26–30

Jahre) in etwa zutreffen. Aber die Versicherten in höheren Eintrittsaltersgruppen können dagegen mit Prämienreduktionen bis zu 40% rechnen.

- Der Wegfall der Bundesbeiträge an die Kassen (8% oder 19 Fr. pro Versicherten im Monat) wird überschätzt. Die heutigen Beiträge belaufen sich auf 1,3 Mia. Franken, was pro Versicherten 187 Franken pro Jahr bzw. 16 Franken pro Monat ausmacht.

Irreführend ist die Aufrechnung der Zusatzkosten für das Jahr 1996. Die Krankenkasse Artisana berechnet diese nicht auf der Basis der Vorjahresprämie (1995), sondern ändert bei jedem Rechnungsschritt die Basis. Somit entsteht ein Basiseffekt! 5 Prozent von 234 Franken sind eben nicht gleichviel wie korrekterweise 5 Prozent von 162 Franken!

Die Schätzungen der Krankenkasse Artisana für den Zeitraum 1996–2000

- Was die Krankenkasse Artisana mit «Wegfall der Defizitbeiträge aus privaten Spitalabteilungen (5 Prozent)» und «Kostenumlagerung aus Strukturveränderung der privaten Spitalabteilungen (10 Prozent)» meint, ist unklar.
- Das Bundesamt für Sozialversicherung nimmt an, hierbei handle es sich um durch das neue Gesetz hervorgerufene strukturelle Änderungen. Eine Bilanz der strukturellen Wirkungen lässt sich indessen erst einige Jahre nach Inkrafttreten des

neuen Gesetzes vornehmen. Das alleinige Herauspicken möglicher negativer Wirkungen auf die Prämie ist nicht statthaft! Gerade die neuen Wettbewerbsselemente und das Kartellverbot werden kostensenkende strukturelle Veränderungen zur Folge haben!

Erste Fehleinschätzung

Die Aussagen zur Kostenentwicklung für die Jahre 1996–2000 sind unfundiert. Die Krankenkasse Artisana kommt bei ihren drei Szenarien auf folgende Schätzungen:

- Bei Szenario A (KVG tritt per 1.1.96 in Kraft) wird eine Kostenzunahme von 10 Prozent pro Jahr unterstellt.
- Bei Szenario B (KVG tritt nicht in Kraft) wird eine Kostenzunahme von 14 Prozent pro Jahr unterstellt.
- Bei Szenario C (KVG-Alternative Referendumskomitee tritt per 1.1.1997 in Kraft) wird eine Kostenzunahme von 5 Prozent unterstellt.

Zweite Fehleinschätzung

Die KVG-Alternative des Referendumskomitees tritt nach Aussage der Krankenkasse Artisana per 1.1.1997 in Kraft. Dies bedeutet, dass der Vorschlag der Krankenkasse Artisana innerhalb eines Jahres von Bundesrat und Parlament behandelt und akzeptiert werden müsste. Wie uns die Vergangenheit lehrt, ist dies nicht realistisch (vgl. dazu die tabellarische Übersicht auf Seite 202). —

Die Prämienberechnungen der Krankenkasse Artisana beruhen auf einem Überlegungsfehler. Die einmaligen Mehrkosten wirken sich nicht bereits bei Inkrafttreten des Gesetzes am 1.1.96 auf die Prämien aus, sondern erst allmählich.

Ab Inkrafttreten des neuen Gesetzes werden überdies die neuen Wettbewerbsinstrumente wirksam, die nach Angaben der Arcovita-Krankenkassen Einsparungen von mindestens 10 bis 12 Prozent bewirken werden. Somit wird das neue Gesetz für die Versicherten insgesamt keine Mehrbelastung bringen.

Auch 1996 dürfte die bereits jetzt durch die dringlichen Bundesbeschlüsse und die Anstrengungen der Kassen entstandene Beruhigung bei den Prämien anhalten.

Davon zu unterscheiden ist die Neuordnung des Systems, die zu Entlastungen bei Betagten und Familien führen wird und die Besserverdienenden und bisher profitierenden Kollektivversicherten in die Solidargemeinschaft einbindet. Damit wird die Schweiz in Zukunft wieder eine soziale Krankenversicherung haben!

Bundesrat und Parlament empfehlen die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» zur Ablehnung

Zusammen mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz wird der Souverän am 4. Dezember 1994 auch über die Volksinitiative «für eine gesunde Krankenversicherung» abzustimmen haben.

Das geltende Krankenversicherungsgesetz hat in den letzten Jahrzehnten bereits zahlreichen Revisionsversuchen «erfolgreich» widerstanden. Nach dem Scheitern des sogenannten Flimser Modells in der Volksabstimmung vom 8. Dezember 1974 wurde 1976 eine Teilrevision des Gesetzes in Angriff genommen. Diese schlug sich im Entwurf des Bundesrates vom 19. August 1981 nieder und führte nach weiteren fünfzehn Jahren zum «Sofortprogramm», das als wesentlichste Neuerung eine Taggeldversicherung bei Mutterschaft enthielt. Doch auch diese Lösung fand am 6. Dezember 1987 keine Gnade vor dem Souverän. Bereits während der parlamentarischen Beratung des erwähnten Sofortprogramms hatten die Sozialdemokratische Partei der Schweiz und der Schweizerische Gewerkschaftsbund im März 1986 ihre Initiative «für eine gesunde Krankenversicherung» eingereicht; über diese kann sich das Schweizervolk ebenfalls am 4. Dezember 1994 äussern. Ziele und Inhalt der Initiative sollen hier kurz vorgestellt werden.

Die Ziele der SPS/SGB-Initiative

Die Initiative will den heutigen, allgemein formulierten Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung durch einen Text ersetzen, der den Rahmen einer neuen Gesetzgebung über die Kranken- und Unfallversicherung detailliert umschreibt. Materiell hat die Initiative drei Hauptziele:

1. Schaffung einer obligatorischen Versicherung für Krankenpflege und Krankentaggeld.
2. Finanzierung der Versicherung nach Massgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten (Lohnprozente);

3. Stärkung der Instrumente zur Kontrolle der Ausgaben.

Vergleich mit dem neuen KVG

Vergleicht man die Hauptziele der Initiative mit jenen des neuen Krankenversicherungsgesetzes, so zeigt sich, dass diese – abgesehen von der Forderung nach einer obligatorischen Taggeldversicherung – zum grossen Teil übereinstimmen. Der wesentliche Unterschied liegt jedoch darin, wie das Ziel einer gerechteren Finanzierung erreicht werden soll.

Da die Beiträge «nach Massgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten» bemessen werden sollen, dürfte dies auf eine Beitragsordnung analog zur AHV hinauslaufen, wobei aber sämtliche nichterwerbstätigen Erwachsenen einen Minimalbetrag und auch die Rentner Beiträge nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen zu bezahlen hätten. Das neue KVG will demgegenüber bei den Kopfprämien bleiben, diese aber für Versicherte in weniger günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Subventionen verbilligen.

Die Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat nahm in seiner Botschaft an die eidgenössischen Räte vom 6. November 1991 in ablehnendem Sinne zur Initiative Stellung. Er begründete die Ablehnung mit verfassungsrechtlichen, sozial- und staatspolitischen Argumenten.

Verfassungsrechtliche Aspekte

Der geltende Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung lässt praktisch jede denkbare Ausgestaltung der Krankenversicherung zu, insbesondere

auch die mit der Initiative geforderte. Einzig im Bereich der Spitalplanung (Art. 34^{bis} Abs. 2 des Initiativtextes) würde der Bund Gesetzgebungskompetenzen erhalten, über die er heute noch nicht verfügt. Die Initiative möchte aber nicht in erster Linie die verfassungsmässigen Kompetenzen des Bundes im Bereich der Krankenversicherung erweitern, sondern dem Gesetzgeber – im Gegensatz zum geltenden Verfassungsartikel – konkrete Aufträge zur Ausgestaltung der Versicherung erteilen. Das Parlament wäre daher bei der Erarbeitung eines neuen Gesetzes an diese Vorgaben gebunden. Künftig notwendige Anpassungen würden erschwert.

Sozialpolitische Aspekte

Die durch die Initiative beabsichtigte Neugestaltung der Krankenversicherung hat durchaus positive Aspekte. Insbesondere würde mit der Einführung von einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten die Solidarität gegenüber heute deutlich verstärkt. Ob bei dem in der Initiative vorgesehenen dynamischen Konzept der Finanzierung, bei welchem zwischen Prämie und Leistung kein direkter Zusammenhang mehr bestünde, noch eine wirksame Kosteneindämmung möglich wäre, ist nicht anzunehmen. Mangels finanzieller Autonomie hätten die Krankenkassen auch kein Interesse mehr an der Begrenzung der Kosten.

Staatspolitische Aspekte

Das der Initiative zugrunde liegende Konzept der Krankenversicherung deckt sich nicht mit den Vorstellungen des Bundesrates: er möchte das heutige System nicht in dieser grundlegenden Art verändern. Die Initiative würde nämlich nicht nur die Stellung der Krankenkassen in der Krankenversicherung, sondern auch die Stellung der Kantone im Gesundheitswesen zugunsten des Bundes schwächen. Mit einem einheitlichen Beitragssatz nach dem Vorbild der AHV würde die Selbständigkeit der Krankenkassen aufgehoben. Versicherte ohne Finanzautonomie verlieren das Interesse, die Kosten im Griff zu halten. Die faktische Delegation von Kompetenzen im Gesundheitswesen an den Bund scheint dem Bundesrat aus staatspolitischen Gründen unerwünscht.

Als sehr bedeutsames Argument gegen die Initiative betrachtet der Bundesrat schliesslich den Umstand, dass die Wirtschaft durch zusätzliche Lohnprozente in einer schwierigen Zeit erheblich belastet und damit die internationale Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz geschwächt würde.

Die Beurteilung durch das Parlament

Die eidgenössischen Räte haben in der Frühlings- bzw. Wintersession des Jahres 1992 ebenfalls mehrheitlich in ablehnendem Sinne zur Initiative Stellung genommen.

Im Ständerat wurde die Initiative als Vehikel zur Schaffung eines «staatlich gelenkten, sozialisierten Gesundheitssystems» bezeichnet. Auch der Einsatz von linker Seite, nach welcher die Initiative eine «umfassende, soziale Lösung auf der Basis echter Solidarität» garantiere, vermochte nicht zu verhindern, dass der Rat diese mit 35 Nein- und nur 2 Ja-Stimmen zur Ablehnung empfahl.

Auch im Nationalrat überwogen die kritischen Stimmen, die insbesondere anführten, die Finanzierung über Lohnprozente überstrapazierte



Wohlbehütet unter der staatlichen Käseglocke – wollen wir das? (Zeichnung: Pécub)

Der Wortlauf der Initiative

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34^a

¹ Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und die Unfallversicherung ein. Er überträgt deren Durchführung Einrichtungen, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben.

1. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

2. Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und, soweit nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert, bei Unfall; eingeschlossen sind die Hauskrankenpflege und Leistungen der Gesundheitsvorsorge.

Die Versicherung wird finanziert:

a. durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; bei Erwerbstätigen wird das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrags herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder zahlen keine Beiträge;

b. durch einen Beitrag des Bundes von mindestens einem Viertel der Ausgaben; das Gesetz regelt die Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag.

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen; keine Kostenbeteiligung darf bei Vorsorgemassnahmen erhoben werden.

3. Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch.

Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes.

Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen.

Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

² Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung. Zu diesem Zweck erlassen sie Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.

die Sozialpartnerschaft und biete überdies keinen Sparanreiz. Immerhin wurde anerkannt, dass die Initiative einiges ins Rollen gebracht habe und dass sie als nützliches Damoklesschwert nicht aus der Hand gegeben werden sollte. Mit 76 zu 46 Stimmen empfahl der Rat die Initiative Volk und Ständen ebenfalls zur Ablehnung. —

PRESSEKONFERENZ

28. Oktober 1994

Rudolf Brühlhart, Schweizerische Grütli

Rudolf Gilli, Mitglied Konzernleitung, Swisscare

Robert Fuchs, Direktor, Caisse Vaudoise

Ueli Müller, Konkordatspräsident

Walter Seiler, Direktor, Bundesamt für Sozialversicherung

Pressemitteilung zum neuen KVG

Rudolf Brühlhart, Schweizerische Grütli

Das neue Krankenversicherungsgesetz, das im Dezember zur Abstimmung kommt, öffnet den fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und ermöglicht damit eine Einsparung von 1,8 bis 4,9 Mia. SFr. im heutigen Gesundheitswesen. Diesen Einsparungen stehen allerdings Mehrkosten gegenüber, da das Gesetz den Leistungsumfang der Grundversicherung ausdehnt. Die verbesserte Grundversicherung birgt die Gefahr, dass überproportional mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. Bei voller Ausschöpfung der Liberalisierungen im Gesetz ist es aber möglich, diese Mehrkosten durch Sparmassnahmen zu kompensieren. Damit kann eine weitere Kostenexplosion im Gesundheitswesen verhindert werden.

Nach Ansicht der Krankenkassenkooperation ARCOVITA birgt das neue KVG sowohl Chancen wie auch Gefahren für das schweizerische Gesundheitswesen. ARCOVITA ist eine Kooperationsgesellschaft der vier Krankenkassen CSS, Grütli, KKB und Evidenzia.

KVG bringt Kostenerhöhungen durch Leistungsausbau

Das neue KVG sieht eine Ausdehnung des Leistungsumfangs der Grundversicherung vor. Neu werden zahlreiche Leistungen, die heute nur durch freiwillige Zusatzversicherungen abgedeckt werden können, in die Grundversicherung aufgenommen. Dies bedeutet einerseits einen umfassenderen Versicherungsschutz für grosse Teile der Bevölkerung, bedeutet aber auch, dass mehr Leistungen – und damit mehr Kosten – anfallen. Gesamtwirtschaftlich wird die Ausdehnung der Grundversicherungen zu einem Anstieg der Krankenkassenkosten um 1,3 Mia. SFr. führen (Abbildung 1).

Zusätzliche Leistungen schon heute teilweise abgedeckt

Es ist zu beachten, dass ein Teil der neuen Grundversicherungskosten bereits heute durch Zusatzversicherungen getragen werden. Bei diesen Leistungen wird es demnach lediglich zu einer *Kostenverschiebung* und nicht zu einer *Kostenerhöhung* kommen. Dadurch wird der Effekt der Leistungsausweitung auf die Kassenprämien um rund 0,4 Mia. SFr. gedämpft.

KVG ermöglicht Kostensenkungen durch mehr Wettbewerb

Die Chancen des neuen KVG bestehen darin, dass mehr Marktmechanismen im Gesundheitswesen zum Spielen kommen. Obwohl die Krankenkassen lediglich rund 50% der Kosten im Gesundheitswesen verwalten, können erhebliche Einsparungspotentiale realisiert werden. Eine erste Schätzung beziffert die Einsparungen auf 11% (1,8 Mia. SFr.) der Krankenkassenkosten im Jahr 1996 durch

kurz- und mittelfristige Sparmassnahmen und weitere 20% (3,1 Mia. SFr.) durch tiefgreifende Umgestaltung des Gesundheitswesens. Die kurzfristigen Einsparungen können vor allem im Spitalbereich (1,0 Mia. SFr.) sowie im Ambulantbereich (0,5 Mia. SFr.) und bei den Medikamenten (0,3 Mia. SFr.) erwartet werden (Abbildung 2).

Um die Hauptstossrichtungen für Kostensenkungsmassnahmen zu identifizieren, lohnt sich ein Blick auf die Ursachen der Kostenexplosion der letzten Jahre. Diese sind je nach Leistungserbringer unterschiedlich. Im *Spital* haben primär die *Personalkosten* zugenommen, bedingt durch die Erhöhung der Personalzahlen pro Spitalbett und – in geringerem Ausmass – reale Lohnerhöhungen und einer Verschiebung der Stellenzusammensetzung zu Gunsten höherbezahlter Stellen. Bei den *ambulant* Kosten ist hauptsächlich die *Beanspruchung medizinischer Leistungen* in der Bevölkerung angestiegen (Abbildung 3).

Kostenerhöhung und Kostensenkung gleichen sich aus...

Eine Gegenüberstellung der zu erwartenden Mehrkosten und des Kostensenkungspotentials zeigt, dass es möglich sein dürfte, das neue KVG kostenneutral, d.h. ohne Mehrkosten, einzuführen. Wichtig ist, dass die Ausdehnung der Grundversicherung Hand in Hand mit Kostensenkungsmassnahmen einher geht (Abbildung 4).

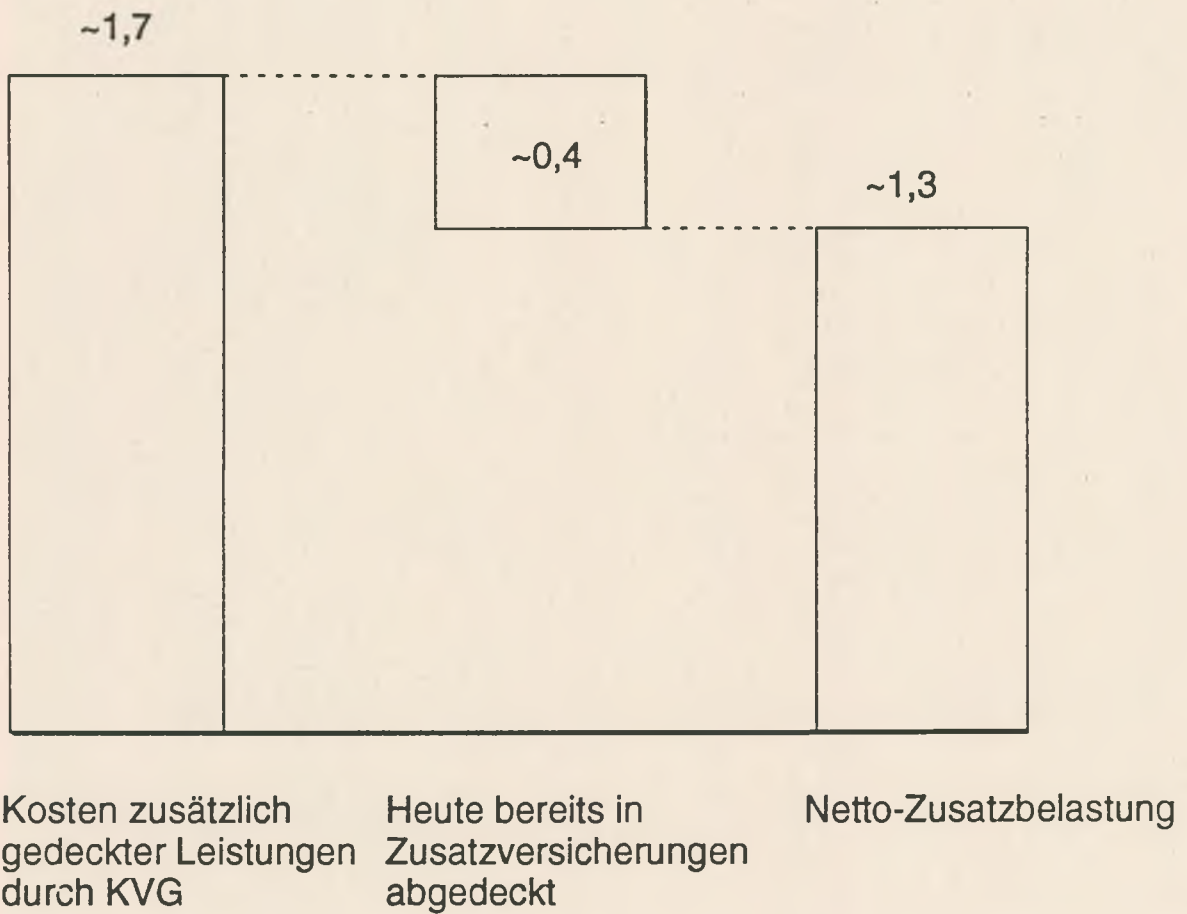
...bei Mitwirkung aller Beteiligten

Es wird nötig sein, dass alle Beteiligten mitwirken, um die Sparziele zu erreichen: Die Leistungserbringer, d.h. Spitäler, Ärzte und Medikamentenhersteller dürfen *keine Strategie der Leistungsmaximierung* mehr betreiben. Die Versicherten sollen die neuen Leistungen verantwortungsvoll in Anspruch nehmen. Die Krankenkassen ihrerseits müssen die Dienstleistungen bereitstellen, um die Kostensenkungsprogramme umsetzen zu können. Mit dem neuen Gesetz haben sie seit langem endlich wieder die Möglichkeit – dank Wettbewerb unter den Leistungserbringern – marktregulierend zu wirken. Nicht zuletzt spielt auch der Gesetzgeber eine kritische Rolle bei der Implementierung, da auf dem Verordnungsweg der Freiraum der Kassen für innovative Versicherungsmodelle ausgestaltet wird. Die Kassen erwarten daher von den zuständigen Behörden, dass der durch das Parlament erarbeitete Freiraum nicht nachträglich durch einschränkende Regulative und bürokratische Hindernisse beseitigt wird.

Mehrkosten im neuen KVG

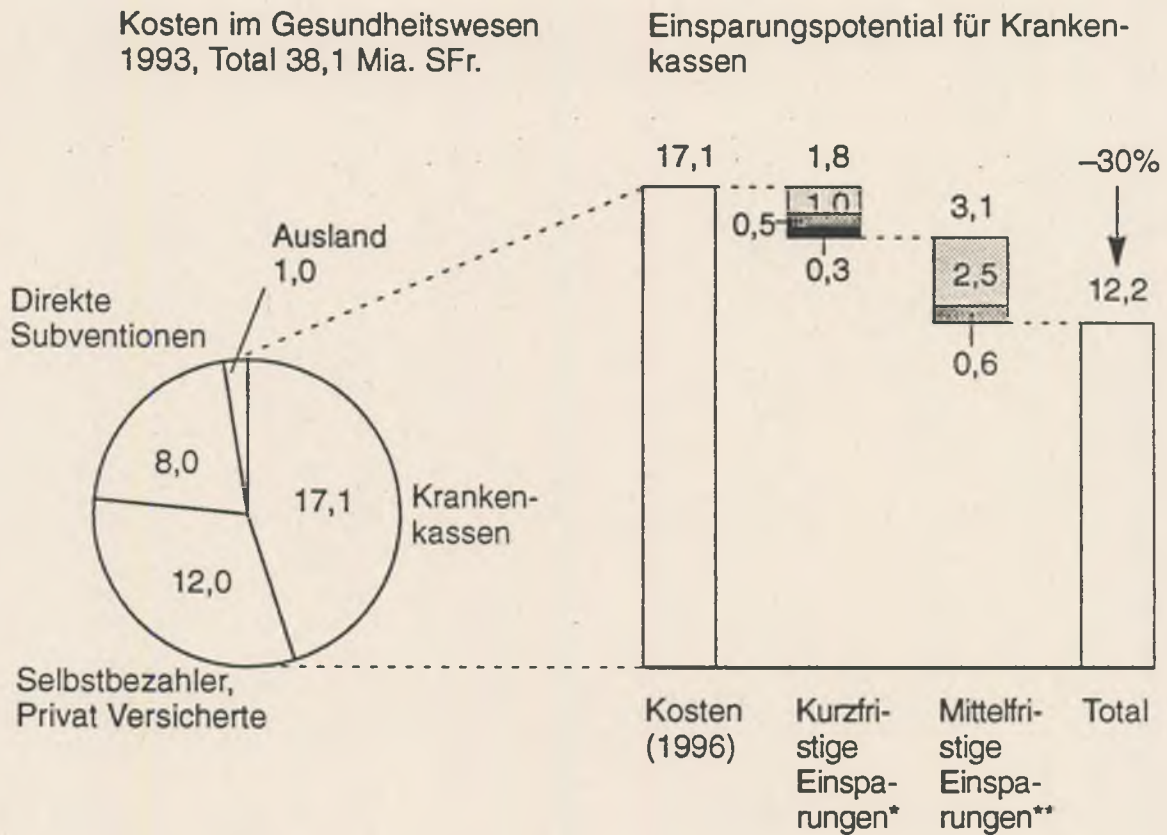
Schätzungen

1996, in Mia. SFr.



Einsparungspotential im schweizerischen Gesundheitswesen

1996, in Milliarden SFr.



* Einsparungspotential durch kurz-, und mittelfristige Sparmassnahmen

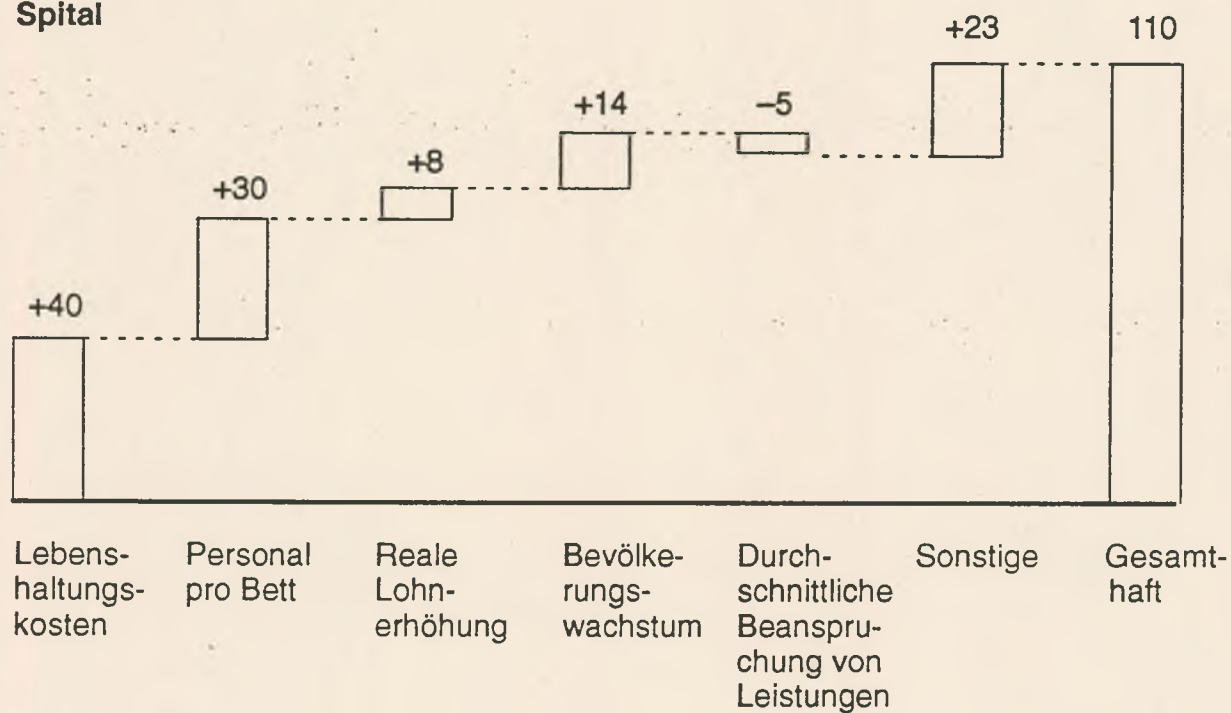
** Einsparungspotential bei tiefergehender Umgestaltung des Gesundheitswesens

Quelle: Bundesamt für Statistik, Arcovita

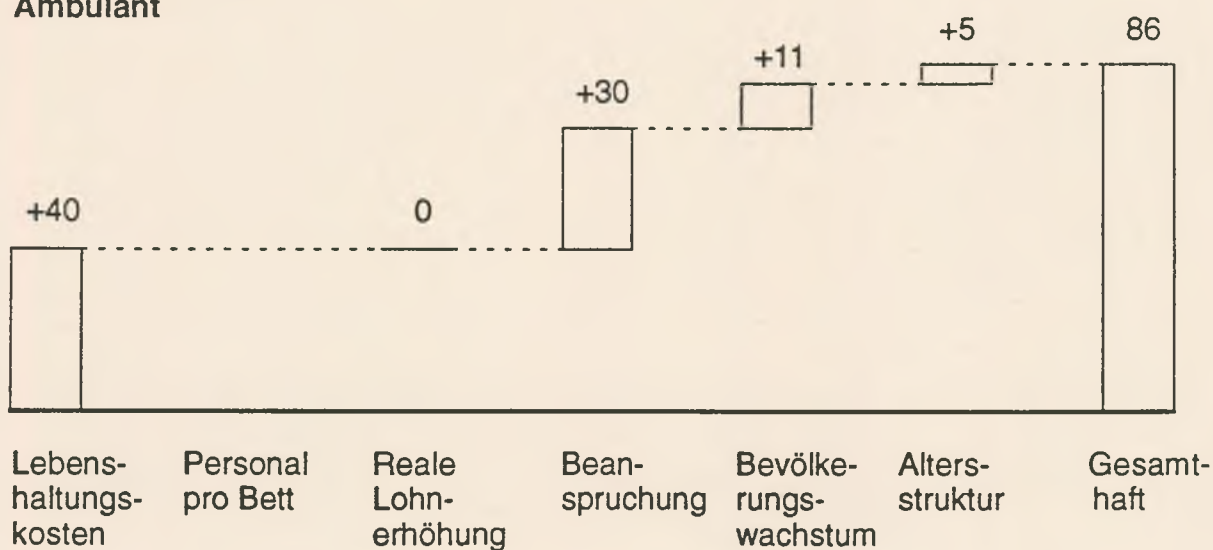
Kostensteigerungen** 1980–1990

in Prozent

Spital



Ambulant



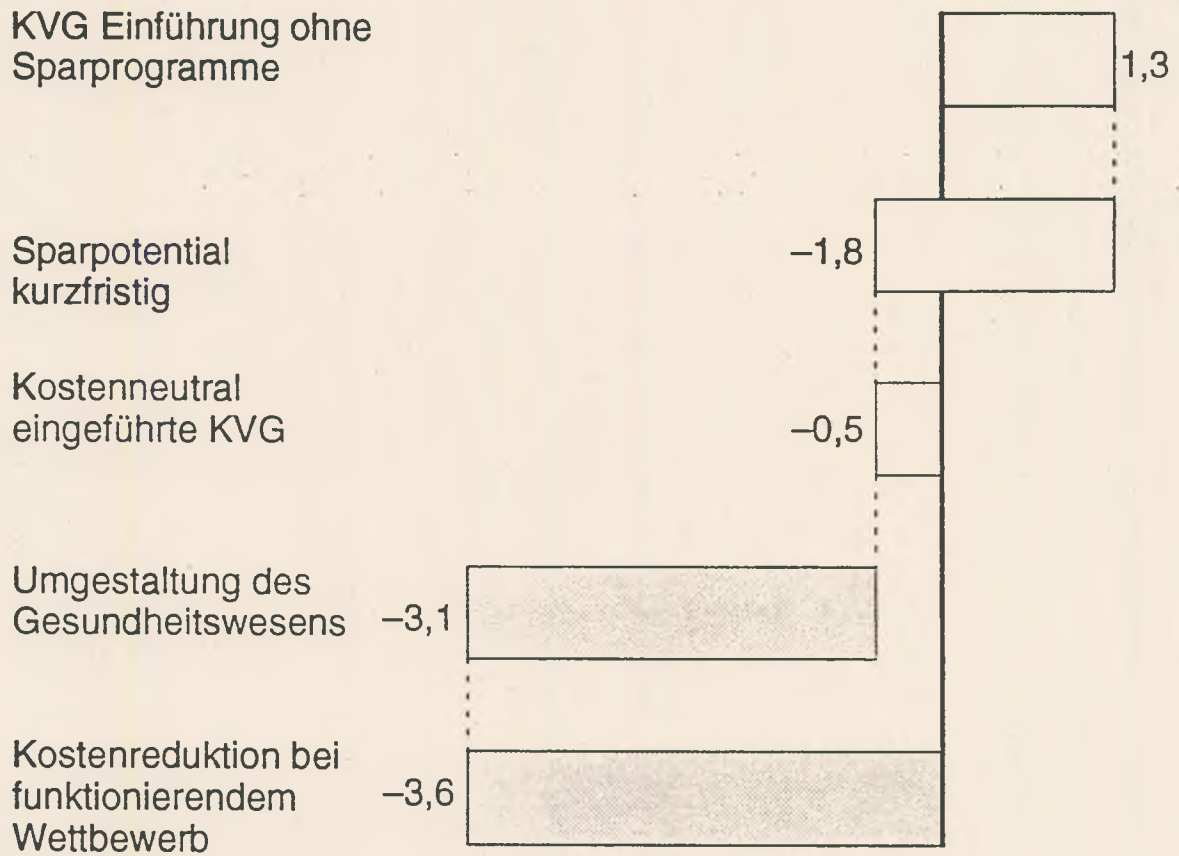
* Nutzung (3), Andere (20)

** Schweiz 1990

Ausgleich von Kostenerhöhung und Kostensenkung

Schätzung

1996, in Mia. SFr.



Ohne Unfall, Invalidität

Prämien mit und ohne neues KVG

Rudolf Gilli, Mitglied Konzernleitung Swisscare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Robert Fuchs, Direktor, La Caisse Vaudoise

SITUATION ACTUELLE

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

Quelles sont les causes de ce mauvais classement ?

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

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

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

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

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

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

EFFET DE LA NOUVELLE LOI

Nouveau catalogue des prestations

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

Suppression des subsides fédéraux

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

Egalité des cotisations entre assurés individuels et collectifs

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

NOUVELLE COTISATION AVEC L'ENTREE EN VIGUEUR DE LA LOI

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

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

ATTRIBUTION DES SUBSIDES, POSITION DES CANTONS ROMANDS

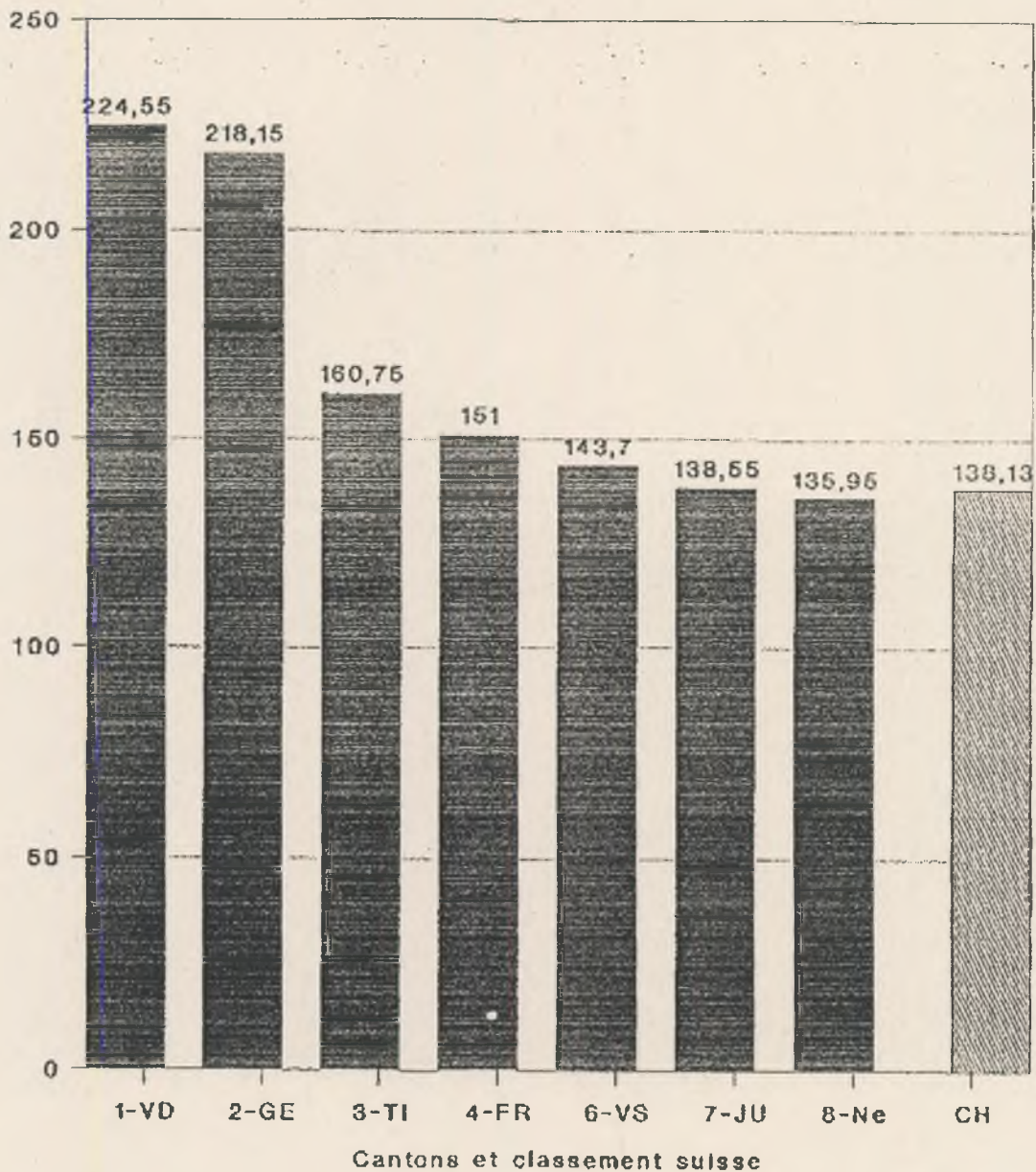
Il a été dit que la nouvelle loi augmenterait le fossé entre les cantons romands et les cantons suisses-alsémaniques; c'est faux. En effet, les dispositions relatives à l'attribution des subventions de la Confédération aux cantons ne tiennent pas seulement compte de leur capacité financière, mais également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

CONCLUSION

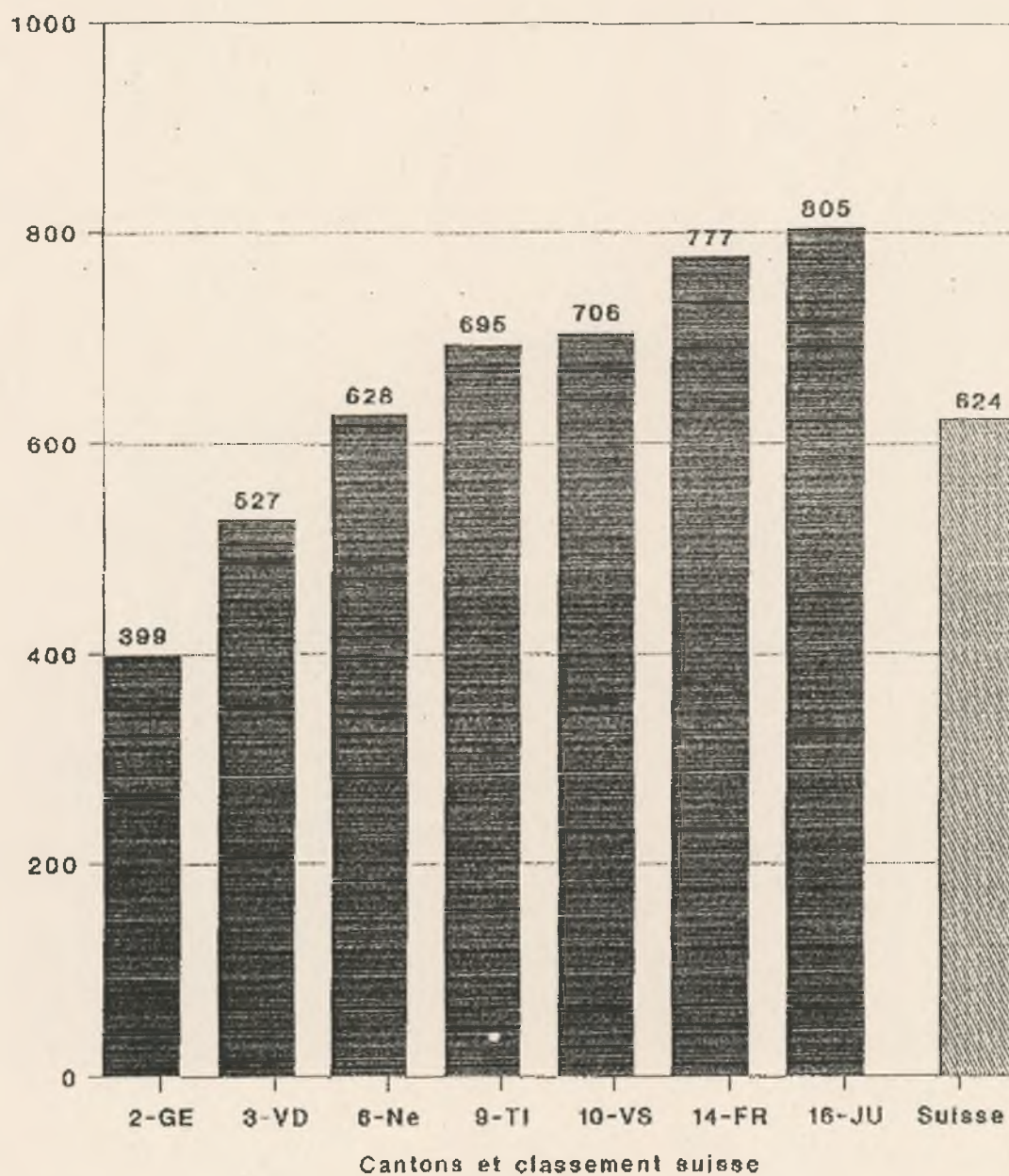
Nous concluons en disant que les assurés collectifs, de même que ceux entrés jeunes dans une caisse et domiciliés dans les cantons qui ne connaissent pas encore la cotisation unique, subiront une augmentation de cotisation plus importante. C'est le prix à payer pour rétablir la solidarité à l'intérieur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

*** * * * ***

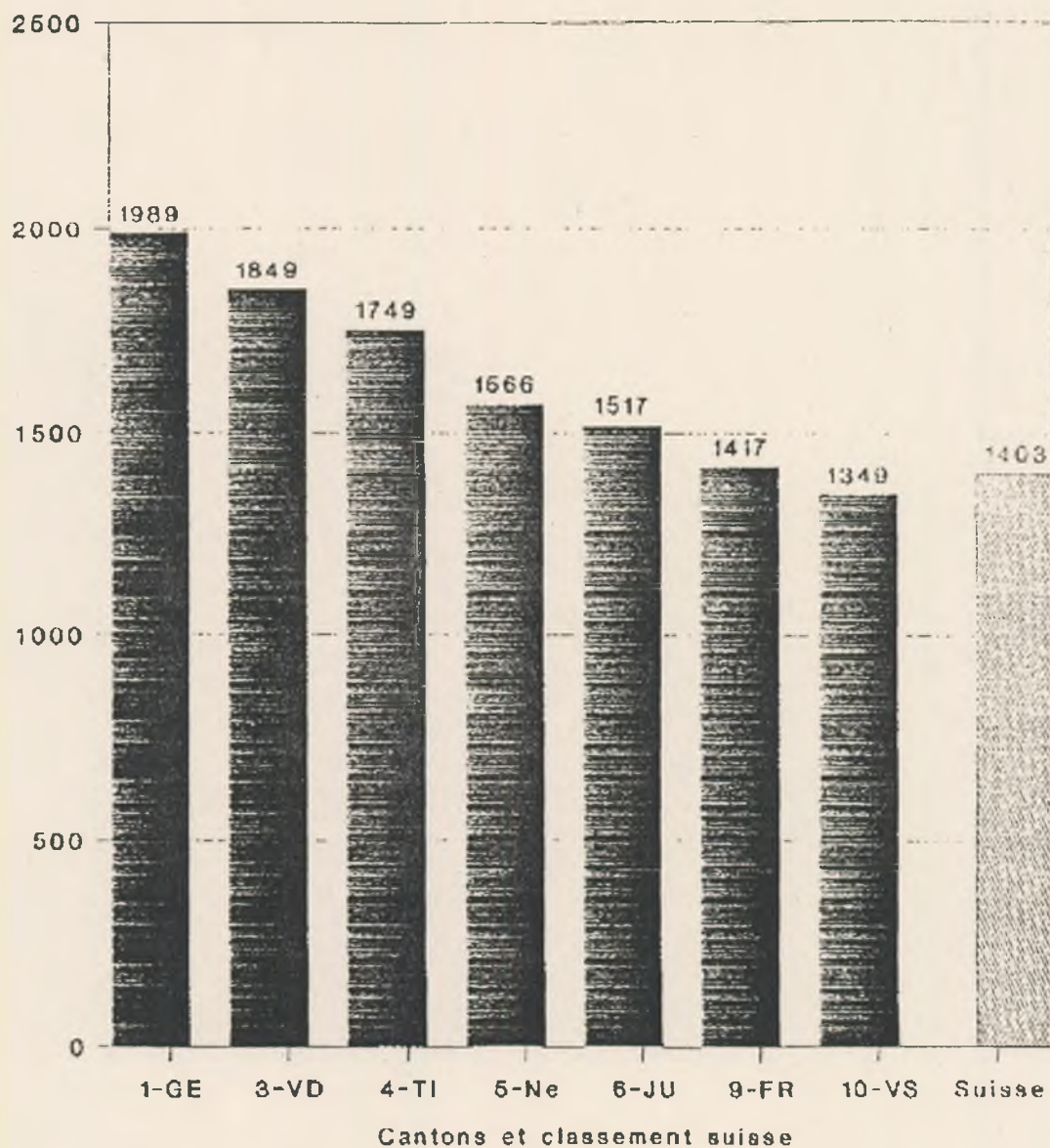
Cotisation maximum 1995 des 7 cantons romands et tessinois



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



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





KSK/CCMS

Konkordat
der Schweizerischen
Krankenkassen

Concordat
des caisses-maladie
suisses

Concordato
delle casse malati
svizzere

Mehr Leistungen ohne Mehrprämien

Ueli Müller, Konkordatspräsident, Solothurn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusatzversicherungen in % zur Krankenpflege- Grundversicherung

(Helvetia, Konkordia, KFW)

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

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

Walter Seiler

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

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

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

NEUES KVG TRAGBARE PRÄMIEN AUCH FÜR DEN MITTELSTAND!

Walter Seiler

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

Was heisst Mittelstand?

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

Wer zahlt mehr, wer zahlt weniger?

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

NEUES KVG DIE SOLIDARITÄT DER JUNGEN WIRD NICHT ÜBERSTRAPAZIERT!

Walter Seiler

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

Kosten nach Alter

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

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

Solidarität Mann Frau

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

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

Solidarität Junge/Aeltere

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

Solidarität Mann/Frau

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

Solidarität Besserverdienende/wirtschaftliche Schwächere

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

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