

Doc

Dokumentation

Volksinitiative "Für eine gesunde
Krankenversicherung"

Revision des KVG

Documentation

Initiative populaire "Pour une saine
assurance maladie"

Révision de la LAMal

Documentazione

Iniziativa popolare "per una sana
assicurazione malattia"

Revisione della LAMal

91.070/91.071

DH 560.1

Stand am:
Etat au: 30.09.1994
Statto al:

Parlamentsdienste
Services du Parlement
Servizi del Parlamento

Verantwortlich für diese Ausgabe

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Madeleine Bovey Lechner
031/ 322 97 59

Responsable de cette édition

Services du Parlement
Centrale de documentation
Madeleine Bovey Lechner
031/ 322 97 59

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031/ 322 97 44
Telefax 031/ 322 82 97

S'obtient aux:

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031/ 322 97 44
Telefax 031/ 322 82 97

Table des matières/Inhaltsverzeichnis

I. La révision de l'assurance maladie

Die Revision der Krankenversicherung

- J. Schürer, "Die Revision der Krankenversicherung ist unter Dach", in : **Soziale Sicherheit**, 2/1994 1
- J. Schürer, "La révision de l'assurance-maladie est sous toit", in : **Sécurité sociale**, 2/11994 3
- H.R Sahli, "Einerseits-andererseits. Versuch einer Analyse des neuen KVG", in : **Schweizerische Ärztezeitung**, 30.3.1994 5
- H.R Sahli, "Les deux côtés de la médaille . Essai d'analyse de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie", in : **Bulletin des médecins suisses**, 6.4.1994 9
- M. Brentano, "Das neue KVG", in : **Schweizer Apothekerzeitung**, 13.5.1994 13
- KSK, **Reform der Krankenversicherung**, 13.6.1994 16
- CCMS, **Réforme de l'assurance-maladie**, 13.6.1994 20
- M. Moser, "Das neue Krankenversicherungsgesetz-eine Gesamtbeurteilung", in : **Soziale Sicherheit**, 4/1994 24
- M. Lauterburg, "Fünf Gründe für ein kartellrechtliches Ja zum KVG", in : **ibidem** 30
- W. Ackermann, "Das neue Krankenversicherungsgesetz : Stimmt die sozialpolitische Stossrichtung ?, in : **ibidem** 32
- M. Moser, "La nouvelle loi sur l'assurance-maladie- appréciation globale", in : **Sécurité sociale**, 4/1994 35
- M. Lauterburg, "Cinq bonnes raisons de dire OUI à la nouvelle LAMA (LAMal), in : **ibidem** 41
- W. Ackermann, "Nouvelle loi sur l'assurance-maladie : la direction donnée est-elle bonne du point de vue social ?, in : **ibidem** 43
- E.D.Burri, **Argumentarium zum Referendum gegen das KVG**, 13.4.1994 46

II. *Initiative populaire "Pour une saine assurance-maladie"*
Volksinitiative "Für eine gesunde Krankenversicherung"

- SPD, **Initiative für eine gesunde Krankenversicherung**,
Fakten, Fragen, Antworten, 47
- wf-Dokumentation, **SPS/SGB-Initiative : Symptombekämpfung statt
Ursachentherapie**, nr. 38, 19.9.1994 68
- SDES, **L'initiative du PSS et de l'USS s'attaque aux symptômes
plutôt qu'aux causes**, n° 38a, 20.9.1994 72

Die Revision der Krankenversicherung ist unter Dach

Am 18. März 1994 haben die eidgenössischen Räte das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verabschiedet.¹ Damit ist eine anspruchsvolle und gründliche Gesetzgebungsarbeit in Rekordzeit zu Ende geführt worden.

VON JÖRG SCHÜRER, LIC. IUR.,
ADJUNKT IM STAB DER HAUPTABTEILUNG KRANKEN-
UND UNFALLVERSICHERUNG DES BSV

Die bundesrätliche Botschaft samt Gesetzesentwurf stammt vom 6. November 1991; die Gesamtdauer der Anfang 1992 aufgenommenen parlamentarischen Beratung, in der es bis zum Schluss harte Nüsse zu knacken gab, beträgt also knapp 2¼ Jahre. Im Vergleich mit der zuvor versuchten Teilrevision (Botschaft vom 19. 8. 81; Verabschiedung des Gesetzes 20. 3. 87) scheint es, dass die Verantwortungssträger diesmal mit einem geschärften Bewusstsein für Notwendigkeit und Dringlichkeit der Reform ans Werk gegangen sind. Kein Wunder, denn um unsere gegenwärtig durch notrechtliche Krücken gestützte soziale Krankenversicherung steht es nicht zum besten.

Im folgenden sollen nun noch die Hauptetappen der parlamentarischen Differenzbereinigung zwischen National- und Ständerat zusammenfassend wiedergegeben werden.

Ständerat: 15. Dezember 1993

Zu Beginn der Beratung lagen rund 70 Differenzen auf dem Tisch des Hauses; davon waren allerdings recht viele von eher untergeordneter

Bedeutung. Nach der Beratung verblieben noch deren 35; auch hier waren noch manche Punkte von zweitrangiger Natur. Man erkennt daran einerseits die in die Tiefe der Details gehende Sorgfalt der Beratungen. Andererseits zeichnete sich bereits ab, bei welchen Hauptpunkten der politische Dialog noch mit Engagement weitergeführt werden musste. Es betraf insbesondere die folgenden Fragen:

- *Allgemeine Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung*

NR grundsätzlich dafür; SR zunächst dagegen.

- *Selbstdispensation von Medikamenten durch die Ärzte*

NR: Der Bundesrat soll die krankenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen regeln. SR: Die Kantone sollen dies, wie im geltenden Recht, selber tun.

- *Anhörung von repräsentativen Organisationen der Versicherten vor dem Abschluss von Tarifverträgen*

NR grundsätzlich dafür. SR: Zunächst ablehnende Haltung.

- *Tariffestsetzung für öffentliche Spitäler im vertragslosen Zustand*

NR: Festsetzung durch einen besonderen Ausschuss von Tarifsachverständigen. SR: Festsetzung durch die Kantonsregierung, wie im geltenden Recht.

- *Recht zur Tarifbeschwerde*

NR: Weitgefasste Befugnis, wie nach heutigem Recht; d.h., auch die Versicherten oder die sie vertretenden Verbände sollen einen überzogenen Tarif anfechten können. SR: Eingeschränkte Befugnis; nur die Vertragsparteien sollen zur Beschwerde befugt sein.

¹ Zu Vorgeschichte, Zielsetzung und Schwerpunkten der Revision vgl. Markus Moser, Die Reform der Krankenversicherung – eine unendliche Geschichte? CHSS 1/1993 S. 4 ff. Zur Beratung im Erstrat (SR) vgl. Hans Jörg Huber, Krankenversicherung – immer unterwegs, CHSS 1/1993 S. 15 f. Zur Beratung im Zweirat (NR) vgl. Jörg Schürer, Die Revision der Krankenversicherung nach der Behandlung im Nationalrat in der Herbstsession 1993, CHSS 6/1993 S. 27 ff.

GESUNDEHEIT

- *Ausserordentliche Massnahmen zur Kosteneindämmung*

NR: Möglichkeit der behördlichen Anordnung einer Globalbudgetierung als Kostenbremse nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich. SR: Keine Globalbudgetierung im ambulanten Bereich.

- *Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung*

Die Gesamthöhe von 2 Milliarden Franken jährlich in den ersten 4 Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes wird nicht in Frage gestellt.

NR: Bei der Verteilung dieses Betrages auf die Kantone sind nicht nur Finanzkraft und Wohnbevölkerung, sondern auch die Gesundheitskosten der einzelnen Kantone zu berücksichtigen. SR: Das zuletzt genannte Kriterium weist zwar grundsätzlich in die richtige Richtung – möglichst gezielte Deckung des jeweiligen Prämienverbilligungsbedarfes in den Kantonen –, es ist aber noch zu verfeinern.

- *Zum Bundesbeitrag hinzukommender Kantonsbeitrag zur Prämienverbilligung*

NR: Er muss insgesamt mindestens 50% der Gesamthöhe des Bundesbeitrags entsprechen, d.h. am Anfang 1 Milliarde Franken. SR: Er hat maximal 30% des gesamten Bundesbeitrages zu entsprechen, d.h. für den Anfang 600 Mio Franken. Zweck der zwischen NR und SR geschaffenen Differenz: Nochmalige Überprüfung der Kriterien und Mechanismen des Prämienverbilligungsmodells, welches das eigentliche soziale Herzstück der Vorlage darstellt.

- *Alters- und geschlechtsspezifischer Risikoausgleich zwischen den Versicherern*

NR: Zeitlich unbegrenzt. SR: Risikoausgleich nur während der ersten 10 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes; bis dann soll die volle Freizügigkeit zur weitgehenden Angleichung der Risikostrukturen geführt haben.

Nationalrat: 1. März 1994

Der Nationalrat kommt seinerseits dem Ständerat ein Stück weit entgegen, insbesondere bei der allgemeinen Gesundheitsförderung, bei den ausserordentlichen Massnahmen zur Kostendämpfung und beim Risikoausgleich. Er hält jedoch insbesondere in folgenden Fragen an abweichenden Beschlüssen fest:

Was bringt die KV-Revision?

Die Hauptpunkte des neuen Gesetzes lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Krankenpflege-Grundversicherung wird obligatorisch für alle; deren Leistungen werden abschliessend festgeschrieben.

- Die heutige Beschränkung der Leistungspflicht im Spital oder Pflegeheim von 720 Tagen wird aufgehoben.

- Die Grundversicherung übernimmt neu auch Leistungen für Spitex, Prävention, ärztlich verordnete Psychotherapie, Komplementärmedizin usw.

- Alle Erwachsenen zahlen bei der gleichen Kasse in der gleichen Region die gleiche Prämie. Vorbehalte sind nicht mehr möglich.

- Der bereits im heutigen dringlichen Recht geltende Risikoausgleich unter den Kassen wird zehn Jahre lang weitergeführt. Bis dann sollten die Risikostrukturen dank der Freizügigkeit angeglichen sein.

- Die Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenkassen müssen gezielt zur Entlastung der Prämien wirtschaftlich schwächerer Versicherter eingesetzt werden. Der Bund erhöht seinen Beitrag von 1,3 Mia auf rund 2 Mia, die Kantone schrittweise von 600 auf 1000 Mio Franken.

- Bei einem massiven Kostenanstieg können die Aufsichtsbehörden Massnahmen wie Tarif- und Preisstopps ergreifen sowie Globalbudgets für Spitäler und Pflegeheime festlegen.

• *Selbstdispensation*

Der Bundesrat soll deren krankensicherungsrechtliche Voraussetzungen regeln; dabei ist insbesondere die Zugangsmöglichkeit der Patienten zu einer Apotheke zu berücksichtigen. Der NR erhofft sich dadurch eine restriktivere Regelung im Vergleich zu gewissen heutigen kantonalen Gesetzen.

• *Tariffestsetzung für öffentliche Spitäler im vertragslosen Zustand*

Statt der Kantonsregierung, welche schlimmstenfalls als «Richter in eigener Sache» entscheiden könnte, soll ein von der Kantonsregierung eingesetzter Ausschuss von Tarif-

sachverständigen für die Tariffestsetzung zuständig sein.

• *Tarifbeschwerde*

Festhalten an der weitgefassten, dem heutigen Recht entsprechenden Beschwerdelegitimation. Die Versicherten als Prämienzahler und damit als massgeblich Betroffene sollen ein Beschwerderecht haben.

• *Bundesbeitrag zur Prämienverbilligung*

Neben der Finanzkraft und der Wohnbevölkerung soll zusätzlich die durchschnittliche Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Kanton bei der Aufteilung des Bundesbeitrags auf die Kantone berücksichtigt werden können. Der NR ist damit dem ständerätlichen Anliegen (möglichst gezielter Einsatz der Bundesgelder für den Sozialausgleich) stark entgegengekommen.

• *Zum Bundesbeitrag hinzukommender Kantonsbeitrag zur Prämienverbilligung*

Der Nationalrat besteht darauf, dass der Gesamtbeitrag der Kantone im Endergebnis mindestens 50% des Gesamtbeitrages des Bundes zu entsprechen hat. Kantone, welche mit geringeren als den vom Bundesrat vorgeschriebenen Beiträgen das Prämienverbilligungsziel erreichen (Prämienbelastung im Prinzip nicht höher als 8-9% des steuerpflichtigen Familieneinkommens) dürfen ihren Prämienbeitrag kürzen. Der Bundesbeitrag wird dann entsprechend gekürzt; die dabei verfügbar werdenden Mittel sollen den Kantonen zugute kommen können, welche aus eigenen Mitteln stärker zur Prämienverbilligung beitragen. Dies soll es dem Bund erlauben, den Sozialausgleich noch zu verstärken. In einer Übergangsbestimmung wird zudem eine stufenweise Anhebung der Kantonsbeiträge auf 50 Prozent des Bundesbeitrages vorgesehen.

Ständerat: 7. März 1994

Der Rat lenkt bei der Frage der Tarifbeschwerde voll auf die Fassung des NR ein (weite Befugnis, wie heute, mit Möglichkeit der Verbandsbeschwerde). Er schliesst sich auch weitgehend beim Prämienverbilligungssystem an. Hier lehnt der SR allerdings die Weiterverteilung der allenfalls frei werdenden Bundesbeiträge ab. Bei der Selbstdispensation hält er an der kantonalen Regelungsbefugnis fest, übernimmt

aber vom Nationalrat das Kriterium der Apothekendichte. In der Frage der Tariffestsetzung für öffentliche Spitäler im vertragslosen Zustand durch die Kantonsregierung bleibt er hart.

Nationalrat: 15. März 1994

Zustimmung zum Ständerat mit der einzigen Ausnahme der Regelung der Selbstdispensation. Dies macht die Einberufung der Einigungskonferenz zwischen den vorberatenden Kommissionen beider Räte notwendig.

Einigungskonferenz, 15. März 1994

Die Einigungskonferenz spricht sich für die ständerätliche Lösung aus (Regelung durch die Kantone unter Berücksichtigung der Apothekendichte).

Einigung

Beide Räte übernehmen dieses Ergebnis stillschweigend am 17. März 1994. Damit sind die Beratungen über das neue KVG zu Ende geführt.

Schlussabstimmung

In der Schlussabstimmung passierte das Gesetz im Ständerat mit 35 zu 1, im Nationalrat mit 124 zu 38 Stimmen bei 14 Enthaltungen. —

La révision de l'assurance-maladie est sous toit

Le 18 mars 1994, les Chambres fédérales ont adopté la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).¹ Un travail législatif exigeant et approfondi était ainsi achevé en un temps record.

JÖRG SCHÜRER, LIC. EN DROIT, ADJOINT,
DIVISION PRINCIPALE DE L'ASSURANCE-MALADIE
ET ACCIDENTS, OFAS

Le message du Conseil fédéral ainsi que le projet de loi y relatif datent du 6 novembre 1991: Les débats parlementaires, ouverts au début de 1992, ont donné bien du fil à retordre jusqu'à la fin: ils ont duré 27 mois. Comparé à la révision partielle antérieure (message du 19.8.81, adoption de la loi le 20.3.87), il semblerait que cette fois-ci, les responsables se sont mis à l'œuvre avec une conscience accrue de la nécessité et de l'urgence de la réforme. Rien d'étonnant à cela, puisque notre assurance-maladie sociale n'est actuellement pas au mieux de sa forme, étant donné qu'elle est soutenue par des béquilles juridiques de fortune constituées par le droit d'urgence.

Nous vous restituons ici uniquement les étapes principales de la procédure d'élimination des divergences entre le Conseil national et le Conseil des Etats.

Conseil des Etats: 15 décembre 1993

Au début des débats, quelque 70 divergences figuraient à l'ordre du jour, dont un bon nombre n'avaient qu'une importance secondaire. A l'issue des délibérations, il n'en restait que 35; plus d'une d'importance

mineure. On reconnaît là le souci des parlementaires de traiter tous les objets dans les moindres détails. On en dégageait d'autre part les principaux points du dialogue politique qui devaient encore être examinés. Il s'agissait notamment des points énumérés ci-après:

- *Promotion générale de la santé et prévention des maladies.*

CN: en principe favorable; CE: opposé au début.

- *Propharmacie - vente de médicaments par les médecins*

CN: Le Conseil fédéral est tenu de régler les conditions auxquelles les médecins sont autorisés à fournir des médicaments à la charge de l'assurance-maladie. CE: Cette tâche doit continuer à ressortir aux cantons.

- *Consultation des organisations représentant les assurés avant la conclusion de conventions tarifaires.*

CN: En principe favorable; CE: Refus dans un premier temps.

- *Fixation des tarifs pour les hôpitaux publics en l'absence de conventions tarifaires*

CN: Fixation par une commission d'experts de la tarification. CE: Fixation, comme dans le droit actuel par le gouvernement cantonal.

- *Droit de contester les tarifs*

CN: Droit de recours inchangé; autrement dit, les assurés ou leurs associations peuvent eux aussi contester des tarifs exagérés. CE: Qualité pour agir restreinte, limitée aux parties contractantes.

- *Mesures extraordinaires de maîtrise des coûts*

CN: Les autorités d'approbation peuvent établir un budget global aussi bien dans le domaine hospita-

lier que dans le domaine ambulatoire. CE: Pas de budget global dans le domaine ambulatoire.

- *Subsides fédéraux destinés à réduire les primes*

Le montant annuel global de 2 milliards de francs pendant les 4 premières années suivant l'entrée en vigueur de la loi n'est pas remis en question.

CN: Lors de la répartition de ce montant entre les cantons, il sera tenu compte non seulement de leur capacité financière et de la population résidente, mais également des coûts de la santé dans chaque canton. CE: Ce dernier critère va en principe dans la bonne direction - meilleure adéquation aux besoins des cantons pour réaliser la réduction des primes - mais il reste à fixer ses modalités et ses conditions.

- *Apport cantonal complémentaire aux subsides fédéraux pour réduire les primes.*

CN: Cet apport global des cantons doit égaler au moins 50% des subsides fédéraux, c'est-à-dire 1 milliard de francs au début. CE: Il ne doit pas excéder le 30% de la subvention fédérale globale, c'est-à-dire 600 millions de francs au début. Motif de la divergence créée entre le CN et le CE: Les critères et le mécanisme du modèle de réduction des primes, thème social central du projet, doivent être réexaminés.

- *Compensation des risques entre les assurés, spécifique selon l'âge et le sexe.*

CN: Durée illimitée. CE: Compensation des risques uniquement pendant les 10 premières années qui suivent l'entrée en vigueur de la loi; d'ici là, le libre-passage intégral devrait avoir permis l'égalisation des structures de risques.

Conseil national: 1^{er} mars 1994

Le Conseil national se rallie largement au Conseil des Etats, notamment sur trois points: promotion de la santé, mesures extraordinaires de maîtrise des coûts et compensation des risques. Mais il maintient des décisions divergentes sur les points suivants:

- *Propharmacie - vente de médicaments par les médecins*

Le Conseil fédéral est tenu de régler les conditions auxquelles les médecins sont autorisés à fournir des médicaments à la charge de l'assurance-maladie. La possibilité d'accès des

¹ Concernant la genèse, les objectifs, et les thèmes principaux de la révision, voir Markus Moser, «La réforme de l'assurance-maladie, une histoire à épisodes?» CHSS 1/1993, p. 4 s. Concernant les débats au premier conseil (CE), voir Hans Jörg Huber: «Krankenversicherung - immer unterwegs», CHSS 1/1993, p. 15 s. Concernant les débats au CN, voir Jörg Schürer, «Die Revision der Krankenversicherung nach der Behandlung im Nationalrat in der Herbstsession 1993», CHS 6/1993, p. 27.

Principaux objectifs de la révision de l'assurance-maladie

Les principaux points de la nouvelle loi peuvent se résumer comme suit :

- L'assurance-maladie de base est obligatoire pour tous; ses prestations sont définies de manière exhaustive.
- La limitation actuelle de la durée des prestations en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un établissement médico-social à 720 jours est supprimée.
- L'assurance de base prend dorénavant en charge également des prestations dans le domaine du maintien à domicile (Spitex), de la prévention, de la psychothérapie sur prescription médicale, la médecine complémentaire, etc.
- Tous les adultes d'une même région affiliés à la même caisse paient la même prime. Les réserves ne sont plus possibles.
- La compensation des risques entre les caisses introduite par le droit d'urgence se poursuivra pendant dix ans. D'ici là, les structures de risques devraient être égalisées grâce au libre-passage.
- Les subventions des pouvoirs publics seront mieux ciblées; elles profiteront aux assurés de condition économique modeste. La Confédération relève sa subvention de 1,3 milliard à 2 milliards environ, et les cantons font passer progressivement leur apport de 600 à 1000 millions de francs.
- En cas de hausse massive des coûts, les autorités de surveillance peuvent décréter des mesures telles que des blocages des tarifs et des prix, et établir des budgets globaux pour les hôpitaux et les établissements médicaux-sociaux.

patients aux pharmacies sera particulièrement prise en considération. Le CN espère ainsi obtenir ainsi une réglementation plus restrictive que celle prévue par certaines lois cantonales.

• *Fixation des tarifs pour les hôpitaux publics en l'absence de convention tarifaire*

En lieu et place du gouvernement cantonal, qui pourrait au pire s'éri-

ger «en juge et partie», une commission de spécialistes instituée par le gouvernement cantonal sera chargée de fixer les tarifs.

• *Droit de contester les tarifs*

Maintien d'un droit de recours large qui correspond à la législation en vigueur. En leur qualité de payeurs de primes et partant de «personnes concernées au premier chef», les assurés ont le droit de contester les tarifs.

• *Subsides fédéraux destinés à réduire les primes*

Lors de la répartition de la contribution fédérale entre les cantons, sera pris en compte, en plus de la capacité financière et de la population résidente, également la prime moyenne pour l'assurance obligatoire des soins de chaque canton. Cette proposition du CN se rapproche fortement de celle du Conseil des Etats (meilleure utilisation des subsides fédéraux pour réaliser la péréquation sociale).

• *Apport cantonal complémentaire aux subsides fédéraux*

Le Conseil national maintient que l'apport total des cantons doit être égal à au moins 50 % des subsides fédéraux. Les cantons qui atteignent l'objectif fixé en matière de réduction des primes avec des contributions inférieures à celles prescrites par le Conseil fédéral (les primes ne doivent en principe pas dépasser 8 % à 9 % du revenu familial imposable) peuvent réduire leur contribution. Les subsides fédéraux alloués à ces cantons sont alors réduits dans la même mesure; le solde profite aux cantons qui versent davantage pour la réduction des primes. Cela devrait permettre à la Confédération de renforcer la péréquation sociale. A titre de disposition transitoire, il est en outre prévu de relever progressivement l'apport cantonal jusqu'à 50 % de la subvention fédérale.

Conseil des Etats : 7 mars 1994

Concernant le droit de contester les tarifs, le Conseil des Etats suit entièrement le CN (large qualité pour agir comme actuellement avec possibilité de recours pour les associations). Il se rallie aussi largement au système de réduction des primes. Mais le CE refuse la distribution du solde de la subvention fédérale. En ce qui concerne la propharmacie, il s'en tient à une compétence canto-

nale en la matière, tout en retenant le critère du Conseil national (densité des pharmacies). S'agissant de la fixation des tarifs pour les hôpitaux publics en l'absence de convention tarifaire par le gouvernement cantonal, il maintient fermement sa position.

Conseil national : 15 mars 1994

Accord avec le Conseil des Etats sauf sur un point: celui de la propharmacie. Cela rend nécessaire la convocation de la Conférence de conciliation entre les commissions des deux Chambres.

Conférence de conciliation, 15 mars 1994

La Conférence de conciliation se rallie à la solution préconisée par le Conseil des Etats (règlement par les cantons avec prise en considération de la densité des pharmacies).

Accord

Les deux chambres adoptent tacitement ce résultat le 17 mars 1994. Un terme est mis aux délibérations sur la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.

Votation finale

La loi passe à la votation finale avec 35 voix contre 1 au Conseil des Etats, et 124 contre 38 et 14 abstentions au Conseil national. ■

(traduit de l'allemand)

Dr. med. Hans Rudolf Sahli, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH

Einerseits – andererseits

Versuch einer Analyse des neuen KVG

Oh, du zertrümmert Meisterstück der Schöpfung!
Shakespeare, König Lear

Einerseits

Ob der Entwurf eines neuen KVG, den die seinerzeitige Kommission *Schoch* dem Bundesrat 1990 vorgelegt hat, als Meisterstück der Schöpfung bezeichnet werden darf, wage ich nicht zu behaupten. Er war, entsprechend der nach politischer Herkunft und Vertretung der Interessengruppen vielschichtigen Zusammensetzung der Kommission, ein Kompromisswerk. Aber immerhin: Es blieb ein in sich geschlossenes, sich auf die grundsätzlich bewährten Strukturen unseres Versorgungssystems abgestütztes Werk, angepasst an die heutigen Erfordernisse. Was der Bundesrat und das Parlament daraus gemacht haben, ist zumindest problematisch. Durch den nachträglichen Einbau der Deregulierungs-ideologie der Kartellkommission in bereits festgelegte Strukturen und durch das Eingehen auf noch weiterreichende Kompromisse ist ein Werk entstanden, das die Kompaktheit des Entwurfes der Kommission *Schoch* zunichte gemacht und zu bedauerlichen Widersprüchlichkeiten geführt hat.

Die Zielsetzung

In seiner Botschaft vom November 1991 legte der Bundesrat zwei Schwerpunkte für die Revision fest: Verstärkung der Solidarität und Eindämmung der Kosten. Mit der Einführung des Obligatoriums und des Ausgleichsfonds dürfte das Ziel, dem seit einigen Jahren unerwünschte Ausmasse annehmende Entsolidarisierungsprozess einen Riegel zu schieben, grundsätzlich erreicht sein. Hintertürchen zum Ausscheren sind aber potentiell durch die Einführung alternativer Versicherungsformen (vgl. Artikel Fspr. *Hp. Kuhn*, Es lebe die Entsolidarisierung, SÄZ 12/1994) geschaffen; findige Kassenmanager werden sie auch zu öffnen verstehen. Die Aufsichtspflicht des BSV wird gefordert, hoffentlich nicht überfordert sein.

Ein krasser Widerspruch besteht zwischen der erklärten Absicht, mit der Revision die Kosten einzudämmen, gleichzeitig aber den Pflichtleistungskatalog um

zum Teil äusserst gewichtige Brocken zu erweitern. Ich denke an die Einführung der Pflegeversicherung zu Lasten der KV, an den Wegfall der zeitlichen Begrenzung beim Spitalaufenthalt, an die, wenn auch begrenzte, Aufnahme zahnärztlicher Leistungen, die Erweiterung der Leistungen bei Mutterschaft, die Massnahmen zur kollektiven Gesundheitsförderung und zur individuellen Prävention und anderes. Zusammen mit den bekannten Faktoren (medizinischer Fortschritt, Demografie usw.), die auch in Zukunft eine Kostensteigerung, die über der allgemeinen Teuerungsrate liegt, bedingen, wird dieser Leistungsausbau eine gewaltige Kostensteigerung auslösen, gegenüber der die vorgesehenen verschärften Kostendämpfungsmassnahmen praktisch wirkungslos bleiben werden. Das zweite vom Bundesrat definierte Hauptziel der Revision, die Kosteneindämmung, wird mit diesem Gesetz mit Sicherheit nicht erreicht werden – es sei denn, man senke das heutige hohe Qualitätsniveau unseres Versorgungssystems. Zwar spricht man nicht gerne davon, aber stille Ansatzmöglichkeiten dazu bietet das Gesetz zum Beispiel in Form alternativer Versicherungs- und Vergütungssysteme. Weniger, d. h. eine Beschränkung der Grundversorgung auf das medizinisch wirklich Notwendige, wäre auch hier möglicherweise mehr gewesen.

Was wartet dem Versicherten?

Aus der Sicht des nach dem Willen des Gesetzes künftig zwangsversicherten Bürgers enthält die Vorlage allerdings auch begrüssenswerte Neuerungen und dringend notwendige Verbesserungen gegenüber heute. Der neue Finanzierungsmodus und die differenzierte Subventionierung werden zu einer nach sozialen Kriterien unterschiedlichen Prämienbelastung führen, mit der Konsequenz allerdings, dass etwa $\frac{2}{3}$ der Versicherten statt der von der Revision erhofften Prämienentlastung mit zum Teil empfindlich höheren Prämien für die Grundversicherung zu rechnen haben werden. Nur Begüterte werden sich in den kommenden Jahren gar noch eine Zusatzversicherung leisten können, denn in diesem Bereich werden die Prämien ebenfalls massiv steigen. Eine wachsende Zahl von Kündigungen wird die Folge sein. Dadurch ist auch der Arzt, in erster Linie der spitaltätige Arzt, einkommensmässig betroffen.

Aus Sicht des Bürgers ist, wenn man von den Kostenfolgen absieht, jeder Leistungsausbau begrüssenswert. Das gilt insbesondere für Leistungen, von denen man auch als Gesunde profitieren kann. Ich meine damit die neuen Pflichtleistungen der kollektiven Gesundheitsförderung und der individuellen Prävention. Zwar entfernt sich das Gesetz mit dieser Leistungserweiterung von der ursprünglichen Versicherungs Idee, nämlich, die finanziellen Risiken im Falle einer Erkrankung für den Einzelnen aufzufangen. Sicher ist die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheit ein Ziel, hinter das man voll und ganz stehen kann, ja muss. Nur: Der Einschluss solcher Leistungen in die Grundversicherung steht im vollen Widerspruch zur Absichtserklärung, die Eigenverantwortlichkeit des Versicherten zu fördern. Wo eher als gerade hier käme das zum Tragen? Prävention ist, entgegen allen Behauptungen, kein Mittel zur Kosteneindämmung! Sie vermag allein aktuelle Kosten auf spätere Jahre zu verschieben.

Als versicherter Bürger kann ich eine Anzahl von Einzelbestimmungen finden, die positiv zu werten sind. So zum Beispiel die Prämiengleichheit für Mann und Frau – allerdings steht sie im Widerspruch zu den Gesetzen des freien Marktes, der grundsätzlich nach risikogerechten Prämien verlangen würde. Positiv der abschliessende und für alle unter dem Gesetz arbeitenden Versicherer identische Leistungskatalog; er fördert die Möglichkeiten des Vergleiches, schafft mehr Transparenz, steht allerdings auch auf Kriegsfuss mit der Idee des freien Wettbewerbs. Begrüssenswert auch der Zugang der Privatversicherung zur Tätigkeit im Rahmen der Sozialversicherung, die Einführung einheitlicher Kostenstellen im Spitalbereich, die Kompetenz des Bundesrates, den jährlichen Verwaltungskostenanstieg der Krankenkassen zu begrenzen (zur Illustration: von 1985 – 1991 sind diese Verwaltungskosten um jährlich durchschnittlich 13%, rund das Doppelte des prozentualen Kostenanstieges für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung, angestiegen!). Diese Aufzählung positiver Aspekte aus Versichertensicht ist nicht abschliessend, weitere vorwiegend punktuelle Verbesserungen im Vergleich zum geltenden Gesetz sind realisiert.

Was wartet dem Arzt?

«Am meisten Grund zum Klagen hätte die Ärzteschaft.» So steht es in einem Kommentar der Basler Zeitung von 8.10.1993 zum Resultat nach erfolgter Debatte im Nationalrat. Wenn das schon die Medien sagen, denen man in den letzten Jahren keinen besonders pfleglichen Umgang mit der Ärzteschaft nachsagen kann, dann muss schon einiges dran sein. Der Konjunktiv kann heute ruhig weggelassen werden, denn ausser dass das Globalbudget im ambulanten

Bereich fallengelassen wurde, hat sich seither kaum mehr etwas Wesentliches zugunsten der Ärzte verändert. Zwar ist der Sonntagsblick nicht gerade mein Leibblatt – in der Ausgabe vom 20.2.1994 legt er den Finger aber auf einen zentralen Punkt: «... das neue Gesetz ist ein (...) missratener Zwitter aus staatlich verordneter Medizin und vermehrtem Wettbewerb...» Die Ideologie des freien Wettbewerbes im sozialen Krankenversicherungsbereich, den die Kartellkommission fünf Minuten nach zwölf, d.h. nachdem das Gesetz den Erstrat schon passiert hatte und in den Grundsätzen schon stand, als wesensfremdes Element noch hineinschmuggelte, musste die Vorlage geradezu zwangsläufig zum «missratenen Zwitter» machen.

Aus berufsbezogener Sicht kann sich der Arzt durchaus den Regeln des freien Marktes stellen. Allerdings erfordert ein freies Unternehmertum, um bestehen zu können, unternehmerischen Freiraum. Den gewährt die Vorlage nun allerdings nicht, aus der berechtigten Sorge, dass ein freier Markt im Gesundheitswesen direkt in eine Zweiklassenmedizin führen müsste. Damit enthält das Gesetz eine ganze Anzahl von Widersprüchlichkeiten, die den Arzt in die unbequeme Lage zwischen Hammer und Amboss manövrieren. Man hat ihm den ausgleichend wirkenden Schutz des heute üblichen Verbandsvertrages genommen, desgleichen das generelle Beitrittsrecht zu Verträgen. Sondervertragsverbote, eine Verpflichtung der Verbandsmitglieder auf Verbandsverträge, Meistbegünstigungsklauseln und anderes sind als unzulässig erklärt worden.

So weit, so gut. Voraussetzung müsste allerdings sein, dass das Gesetz dem Arzt im Gegenzug nun den zugehörigen unternehmerischen Freiraum gewährte. Das würde unter anderem heissen: Verzicht auf verbindliche behördliche Vorgaben zur Tarifstruktur, auf das Anhörungsrecht von Patientenorganisationen, auf zwangsweise Bindung an behördlich festgelegte Tarife, auf die Tarifgenehmigungspflicht durch die Regierung und anderer mit den Regeln des freien Wettbewerbes im Widerspruch stehenden staatlichen Eingriffe. Das hiesse auch Verzicht auf Spitalsubventionierung und damit Schaffung gleich langer Spiesse im Wettbewerb um den Kranken.

Abgesehen von diesen mehrfachen Widersprüchen im Spannungsfeld zwischen Deregulierungseuphorie und dirigistischen Fesseln wird die berufliche Freiheit des Arztes vermehrt eingeschränkt durch die Einführung einer Negativliste, die Verpflichtung zu vermehrter Generikaanwendung und anderem. Stossend und von der Sache her fragwürdig und konfliktschwanger ist die Verpflichtung, vorgängig «bestimmter, namentlich besonders kostspieliger» diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen die Einwilligung des Vertrauensarztes der zuständigen Kasse einholen zu müssen. Dass der Bundesrat im selben Artikel die Kompetenz hat,

das Erbringen gewisser Leistungen der Krankenversicherung einem von ihm bezeichneten engen Kreise von Leistungserbringern vorzubehalten, verstösst – sofern die qualitativen Voraussetzungen beim Leistungserbringer gegeben sind – wiederum gegen die Gesetze des freien Wettbewerbes und ausserdem gegen die ratio legis des Freizügigkeitsgesetzes, besonders bei einem Versicherungsobligatorium.

Ordnungspolitisch zumindest fragwürdig, aus ärztlicher Sicht negativ zu werten ist die Überführung der dringlichen Bundesbeschlüsse zur Kosteneindämmung in das Gesetz.

Die Regelung der Selbstdispensation hat als einzig übriggebliebene Differenz nach drei Umgängen eine Einigungskonferenz nötig gemacht. Das grenzt fast an schwarzen Humor. In der zweiten Lesung des Rates hatte Ständerat *Otto Schoch* davor gewarnt, aus dem SD-Artikel den Schicksalsartikel des Gesetzes zu machen. Das schien in dieser Phase der Beratungen reichlich übertrieben. Beinahe hat er jedoch recht bekommen. Hätte sich die Konferenz nicht geeinigt, wäre die Revision aus Abschied und Traktanden gefallen, der ganze bisherige Aufwand für die Katz' gewesen. Was soll's: Zwar bleibt die SD jetzt in kantonaler Hoheit, der Bund schreibt aber den Kantonen gleich vor, welches das entscheidende Kriterium für die Reglementierung sein muss: Die Zugangsmöglichkeit des Patienten zu einer Apotheke, im wesentlichen also eine Distanzregelung, mit der ihr inhärenten fragwürdigen Tauglichkeit – ein Kilometer ist nicht für jeden Patienten gleich lang! Der Zugänglichkeitsbegriff wurde zwar nicht näher definiert; ich verstehe darunter nicht nur die Distanz zur nächsten Apotheke, sondern zwingend auch die Sicherstellung der Versorgung rund um die Uhr, an Werk- wie an Sonn- und Feiertagen. Warum eigentlich das unerfreuliche, frustrierende Seilziehen? Wenn schon freier Markt, warum lässt man nicht hier, beim Medikamentenverkauf, den freien Wettbewerb spielen?

Sicher, das neue Gesetz hat auch aus spezifisch ärztlicher Sicht nicht nur negative, sondern durchaus auch positive Seiten. So liegt ein klares Bekenntnis zum Kostenerstattungsprinzip vor. Das ist im heute noch geltenden Gesetz nicht mit derselben Deutlichkeit der Fall. Das eigene Erbringen von Sachleistungen, wie es gewisse Kassen in letzter Zeit angefangen haben, dürfte nach dem Wortlaut des neuen Gesetzes der Rechtsgrundlage entbehren.

Positiv zu werten ist der Wegfall des obsolet gewordenen Karenzjahres zugunsten einer vom Bundesrat anerkannten, auf dem Verordnungsweg näher zu umschreibenden Weiterbildung. Nicht zu übersehen ist die «Einladung» an die Dachverbände – FMH und Versicherer –, die vom Vertrauensarzt an die Administrativorgane zu liefernden medizinischen Angaben

untereinander auszuhandeln, zu «regeln». Können sie das nicht, wird es der Bundesrat an ihrer Stelle tun. Hier ist erstmals die Möglichkeit geschaffen, den Persönlichkeitsschutz des Versicherten wirklich sicherzustellen, nötigenfalls unter Mithilfe des Datenschutzbeauftragten des Bundes. Das ist um so begrüßenswerter, als aus schlecht einsehbaren Gründen die Verletzung der Schweigepflicht durch das Administrativpersonal rechtlich milder bestraft werden wird als bis anhin.

Man kann sagen, dass auch der grundsätzlich garantierte Anspruch des Patienten auf Arzt- und Spitalwahlfreiheit und desgleichen die grundsätzlich unbestrittene Abklärungs- und Behandlungsfreiheit des Arztes wesentliche positive Aspekte aus ärztlicher Sicht seien. Das stimmt. Nur: Diese Freiheiten sind nichts Neues; sie wurden schon im alten Gesetz aus dem Jahre 1911 verankert. Heute fallen sie nur deshalb positiv auf, weil sie dem Patienten und uns Ärzten erhalten geblieben sind, wenn auch leider in zunehmend eingeschränkter Form.

Unter dem Strich

Aus Sicht des Bürgers und des Versicherten – auch wir Ärzte gehören dazu – bringt das neue Gesetz ohne Zweifel Verbesserungen, zugleich aber einen neuen Kostenschub. Die allgemeine Erwartung, zumindest für einige Zeit, auf einen Stillstand der jährlichen Prämienaufschläge oder gar die Hoffnung auf eine Prämienreduktion, dürfte bloss für etwa $\frac{1}{3}$ der Versicherten eintreten, $\frac{2}{3}$ werden mit zum Teil empfindlichen Prämienaufschlägen zu rechnen haben.

Für den Arzt beinhaltet das Gesetz zahlreiche Widersprüchlichkeiten, ein vermehrtes Unternehmerrisiko und aufgrund vermehrter Kontrollen und Vorschriften eine schmerzlich spürbare Einschränkung seiner beruflichen Freiheiten.

Die Unterstützung des zu erwartenden Referendums scheint bei dieser Bilanz zumindest aus ärztlicher Sicht naheliegend.

Andererseits – oder: was passiert bei Ablehnung des Gesetzes?

Es wäre Illusion zu glauben, im Falle einer Ablehnung dieses Revisionsvorschlages träten wiederum Verhältnisse ein, wie sie unter dem heute gültigen Gesetz vor den dringlichen Bundesbeschlüssen gegeben waren. Gewiss: mit einigen Unvollkommenheiten des geltenden Gesetzes liesse sich – als Versicherter wie als Arzt – weiterleben. Andere Mängel aber drohten in ihrer Auswirkung das ganze System zum Zusammenbruch zu bringen. Das zu verhindern, griff das Parlament im Dezember 1991 zur Notbremse, zu den dringlichen

Bundesbeschlüssen, die in ihrer heutigen Form Ende 1994 auslaufen werden. Die Neuauflage für 1995 – das neue KVG soll ja erst auf Anfang 1996 in Kraft treten – liegt, wie zu vernehmen war, bereits vorbereitet in der Schublade der Verwaltung. Wie ein nächster dringlicher Bundesbeschluss aussehen, was er enthalten wird, ist noch nicht bekannt; mit Sicherheit wird er noch härter ausfallen als seine beiden Vorgänger.

Ich habe in meinen Ausführungen kein Hehl daraus gemacht, dass der vom Parlament mühsam verabschiedete Entwurf kein «Meisterstück der Schöpfung» ist. Im Gegenteil: Es vermag weder den Bürger noch gar uns Ärzte zu befriedigen. Die vielen Negativpunkte und Ungereimtheiten werden durch die wenigen positiven Aspekte kaum wettgemacht.

Nun kommt aber ein Gesetz nicht isoliert, sozusagen im luftleeren Raum zum Tragen. Mein Versuch einer Grobanalyse hat das gesundheits- und gesellschaftspolitische Umfeld, in dem es zur Wirkung kommen wird, ausser acht gelassen, es war sozusagen eine kritische Würdigung «in vitro». Pointiert gesagt: Im Grunde genommen kommt es gar nicht so sehr darauf an, was «absolut» in diesem Gesetz steht, als vielmehr darauf, was für Alternativen zur Wahl stehen, welches die möglichen Szenarien sind, die uns im Falle einer Ablehnung des Gesetzes warten. Der Entscheid über Akzeptanz oder Ablehnung des Gesetzesentwurfes hat sich primär nach diesen Gegebenheiten zu richten. Es ist ein Entscheid aufgrund von Vergleichen mit den vorausehbaren künftigen Entwicklungsmöglichkeiten.

Die Alternativen

Sollte auch diese Vorlage, wie frühere, Schiffbruch erleiden, dann sind realistischere nur zwei Szenarien denkbar; formal bleibt in beiden Fällen vorerst einmal das alte Gesetz in Kraft.

Eine Möglichkeit besteht darin, dass das ganze Spiel von vorne beginnt: Expertenkommission, bundesrätliche Vorlage, parlamentarische Ausmarchung für ein neues Gesetz. Das würde die Möglichkeit beinhalten, entweder auf den Einbau der sachfremden Elemente des freien Marktes zu verzichten – was im gegenwärtigen Zeitpunkt unwahrscheinlich erscheint –, oder dem Leistungserbringer den dem freien Wettbewerb zugehörigen Spielraum zu schaffen. So wäre zumindest die Chance gegeben, die zahlreichen Widersprüchlichkeiten der heutigen Vorlage auszumerzen und einer neuen Vorlage damit eine bessere Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft zu schaffen. Bloss: Bei den Ausmarchungen für das neue KVG hat sich gezeigt, dass das Parlament für die Forderungen der Ärzteschaft nicht viel übrig hat – dies wäre auch bei einer neuen Vorlage nicht anders.

Die andere Möglichkeit ist die, dass die anstehende, bereits 1984 lancierte Initiative der Sozialdemokraten und Gewerkschaften «Für eine gesunde Krankenversicherung» in der Volksabstimmung angenommen wird, da der Handlungszwang für den Bürger imperativ geworden ist. Sie würde über eine lohnprozentuale Finanzierung, ein Pflege- und Taggeldobligatorium auf direktem Wege in die Verstaatlichung führen – vielleicht nicht zum Nachteil der stets wachsenden Zahl berufsreifer Ärzte, sicher aber zum Nachteil des Patienten.

Wenn das Referendum gegen die jetzige Vorlage ergriffen wird und zustande kommt – an beidem ist nicht zu zweifeln –, dann wird der Bundesrat das Gesetz und die Initiative, sofern diese nicht noch zurückgezogen wird, wahrscheinlich gleichzeitig zur Abstimmung bringen. Dabei ist die Gefahr eines doppelten Neins nicht zu unterschätzen – wir stünden vor einem Scherbenhaufen. So sicher wie das Amen in der Kirche würde die Zeit bis zum Inkrafttreten eines in diesem Fall auszuarbeitenden neuen KVG – und das dauerte mindestens erneut fünf Jahre – mit dringlichen Bundesbeschlüssen überbrückt werden. Und es ist stark zu vermuten, dass ein nächstes Gesetz nicht ärztefreundlicher ausfallen würde als das vorliegende. Zur Erinnerung: Dringliche Bundesbeschlüsse können sich nahtlos ablösen und im Zweijahresturnus von Mal zu Mal verschärfen und damit die Akzeptanzbereitschaft auch für noch schlechtere, drückendere Gesetzesvorlagen effektiv gefördert werden. Oder, um mit *Gorki* zu sprechen: «Alles in dieser Welt ist relativ, und es gibt keine noch so schlimme Lage für den Menschen, die nicht durch eine noch schlimmere abgelöst werden könnte.»

Die Ärztekammerdelegierten werden am 27. April im Namen der berufstätigen Ärzteschaft über Akzeptanz oder Ablehnung des vorgelegten Gesetzes zu entscheiden haben. Es ist ein verantwortungsvoller Entscheid, und ich meine, er sollte sich nicht auf eine isolierte Beurteilung und einen Vergleich mit dem geltenden Gesetz, sondern auf eine vergleichende Analyse mit den vorhandenen Alternativen abstützen. □

Dr Hans Rudolf Sahli, président de la Fédération des médecins suisses (FMH)

Les deux côtés de la médaille

Essai d'analyse de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie

«Oh toi, merveille brisée de la création!»

Shakespeare, le roi Lear

D'un côté

Je ne me risquerais point à prétendre que le projet de la nouvelle loi sur l'assurance maladie, soumis en 1990 au Conseil fédéral par la Commission *Schoch*, devrait être qualifié de merveille de la création. Etant donné la composition très variée de la commission, formée de représentants de divers mouvements politiques et groupements d'intérêts, il s'agissait d'une solution de compromis. Mais quoi qu'il en soit, cela restait un ouvrage en soi complet, fondé essentiellement sur les structures éprouvées de notre système de soins et adapté aux exigences actuelles. Ce que le Conseil fédéral et le Parlement en ont fait est pour le moins de nature à créer des problèmes. L'introduction après coup de l'idéologie de déréglementation de la Commission des cartels dans des structures déjà établies et l'acceptation de compromis encore plus étendus ont donné naissance à un ouvrage d'où la cohérence du projet *Schoch* a disparu et qui mène à des contradictions regrettables.

L'objectif

Dans son message de novembre 1991, le Conseil fédéral avait fixé deux principes essentiels pour la révision: le renforcement de la solidarité et la maîtrise des coûts. L'introduction de l'obligation d'assurance et d'un fonds de compensation devait en principe permettre d'atteindre le but, en verrouillant le processus de désolidarisation, qui au fil des ans avait pris des proportions indésirables. Cependant, l'admission de modèles d'assurance alternatifs (cf. article de *Hp. Kuhn*, Le règne de la désolidarisation, p. 543) a balisé des chemins de traverse que les responsables de caisses ingénieux auront vite fait d'emprunter. Le devoir de surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sera mis à contribution, pas au-delà de ses capacités espérons-le.

Une incohérence évidente existe entre l'intention proclamée de contenir les coûts, grâce à la révision, et l'extension simultanée du catalogue des prestations obligatoires par des éléments en partie extrêmement lourds de conséquence. Je pense à l'introduction de l'assurance de soins à la charge de l'assurance maladie, à la suppression de la limite de temps pour le séjour hospitalier, à la prise en charge même limitée de soins dentaires, à l'extension des prestations en cas de maternité, aux mesures de promotion générale de la santé et de prévention individuelle, etc. S'ajoutant aux facteurs connus (progrès de la médecine, démographie, etc.) qui, à l'avenir également, maintiendront une progression des coûts supérieure au taux général de renchérissement, cet allongement de la liste des prestations provoquera un énorme accroissement des coûts, contre lequel les mesures prévues pour maîtriser ce phénomène, même renforcées, resteront quasiment sans effet. Il est certain que le deuxième objectif principal de la révision, défini par le Conseil fédéral, la maîtrise des coûts, ne sera pas atteint, à moins que l'on abaisse le haut niveau de qualité de notre système de soins actuel. On ne parle pas volontiers de cet aspect, mais la loi présente des possibilités cachées d'aller dans ce sens, par exemple sous la forme de systèmes d'assurance et de remboursement alternatifs. Ici également, en faire moins, c.-à-d. limiter les soins de base à ce qui est vraiment indispensable du point de vue médical, eût probablement été mieux.

A quoi peut s'attendre l'assuré?

Du point de vue du citoyen, qui sera obligé de par la loi de s'assurer à l'avenir, le projet contient toutefois aussi des innovations intéressantes et des améliorations absolument nécessaires par rapport à la situation actuelle. Le nouveau mode de financement et la distribution différenciée des subventions conduiront à des charges de cotisation différentes, selon des critères sociaux; près des $\frac{2}{3}$ des assurés devront cependant s'attendre à des cotisations sensiblement plus élevées pour l'assurance de base, au lieu de l'abaissement que la révision permettait d'espérer. Seules les personnes fortunées pourront encore s'offrir une assurance complémentaire dans les années à venir, car, dans ce do-

maine également, les cotisations augmenteront considérablement. On assistera alors à un nombre croissant de résiliations. Sur le plan économique, cette évolution touchera aussi le médecin, en particulier le médecin hospitalier.

Abstraction faite des conséquences en matière de coûts, toute extension des prestations est la bienvenue pour le citoyen, particulièrement pour les prestations dont il peut profiter même s'il est en bonne santé. J'entends par là les nouvelles prestations obligatoires de promotion générale de la santé et de prévention individuelle. Par cette extension des prestations, il est un fait que la loi s'écarte de son idée d'assurance originelle, à savoir: couvrir les risques financiers de l'individu en cas de maladie. Bien sûr que promouvoir la santé et éviter la maladie sont des buts que l'on peut, que l'on doit même, soutenir. Mais l'inclusion de telles prestations dans l'assurance de base est en totale contradiction avec la déclaration d'intention d'encourager la responsabilité personnelle de l'assuré. Où cela aurait-il plus d'importance que là précisément? Quoi qu'on en dise, la prévention n'est pas un moyen de contenir les coûts! Elle permet seulement de les reporter de quelques années.

En tant que citoyen assuré, un certain nombre de dispositions particulières m'apparaissent comme positives, notamment l'égalité des primes entre homme et femme, bien que celle-ci soit contraire aux lois du marché libre, lesquelles demanderaient en principe des primes basées sur les risques. Positif également, le catalogue de prestations complet et valable pour tout assureur soumis à la loi en question; il offre la possibilité d'établir des comparaisons, crée une plus grande transparence, mais s'oppose également à l'idée de la libre concurrence. Autres points appréciables: la possibilité offerte aux assurances privée d'élargir leurs activités au domaine de l'assurance sociale, l'introduction de centres de coûts unitaires dans le secteur hospitalier, la compétence du Conseil fédéral de limiter l'augmentation annuelle des coûts administratifs des caisses-maladie (rappelons que, de 1985 à 1991, ces coûts ont augmenté en moyenne annuelle de 13%, juste le double du taux de croissance des coûts des soins médicaux ambulatoires!). Cette énumération des aspects positifs du point de vue de l'assuré n'est nullement exhaustive; d'autres améliorations surtout ponctuelles ont été apportées par rapport à la loi en vigueur.

A quoi peut s'attendre le médecin?

«C'est le corps médical qui aurait le plus de raisons de se plaindre.» Voilà ce que déclarait la Basler Zeitung du 8 octobre 1993, dans un commentaire concernant les résultats des débats du Conseil national. Si même la presse le dit, elle qui n'a pas particulièrement montré

d'égards envers le corps médical au cours de ces dernières années, c'est qu'il doit tout de même y avoir du vrai. Aujourd'hui, on peut se passer du conditionnel, car mis à part la renonciation au budget global dans le domaine ambulatoire, rien d'essentiel n'a été changé en faveur des médecins depuis. Dans son édition du 20 février 1994, le Sonntagsblick, qui n'est pas vraiment mon journal de prédilection, met le doigt sur un point important: «... la nouvelle loi est une espèce d'hybride raté entre la médecine étatique et une concurrence accrue...». L'idéologie de la libre concurrence dans le domaine de l'assurance maladie sociale, élément étranger que la Commission des cartels a réussi à introduire en douce au dernier moment, c.-à-d. juste après que la loi avait passé la première Chambre et qu'elle était formée dans ses principes de base, ne pouvait forcément mener qu'à un «hybride raté».

D'un point de vue professionnel, le médecin peut fort bien se soumettre aux règles du marché libre. Toutefois, pour pouvoir fonctionner, la liberté d'entreprise doit se déployer dans un certain champ libre laissant les coudées franches à l'initiative; le projet ne le ménage cependant pas, tant on s'est montré à raison soucieux d'éviter qu'une libre concurrence dans le domaine de la santé ne conduise tout droit à une médecine à deux vitesses. En conséquence, la loi contient un grand nombre d'illogismes qui tendent à placer le médecin entre le marteau et l'enclume. On l'a privé de la protection compensatrice de la convention d'association, en usage encore aujourd'hui, ainsi que de son droit général d'adhérer aux conventions existantes. Les interdictions de contrats particuliers, l'obligation pour les membres de sociétés d'adhérer aux conventions passées par celles-ci, les clauses de la partie la plus favorisée et d'autres choses encore ne sont plus permises.

Eh bien soit! Cependant, la condition à cela devrait être que la loi accorde en échange au médecin la liberté d'entreprise qui lui revient. Cela impliquerait notamment que l'on renonce aux entraves imposées par les autorités dans le domaine tarifaire, au droit de recours des organisations de patients, à l'obligation d'appliquer les tarifs fixés par les autorités, à l'obligation de faire approuver un tarif par le gouvernement et à d'autres interventions étatiques en contradiction avec les règles de la libre concurrence. Cela signifierait également l'abandon du subventionnement des hôpitaux afin de donner des chances égales dans la lutte concurrentielle pour le malade.

Indépendamment de ces multiples incohérences dans le champ de tension entre l'euphorie de déréglementation et les entraves dirigistes, la liberté professionnelle du médecin est en plus restreinte par l'introduction d'une liste négative, par l'obligation d'utiliser plus

fréquemment les génériques et par d'autres choses encore. Quant à l'obligation de devoir obtenir l'autorisation du médecin-conseil de la caisse compétente avant de procéder à une mesure diagnostique ou thérapeutique «spéciale, en particulier au coût élevé», elle est choquante et en soi plutôt douteuse et génératrice de conflits. Dans le même article, la compétence attribuée au Conseil fédéral, de réserver à un cercle restreint de fournisseurs de prestations désignés par lui la possibilité de fournir certaines prestations de l'assurance maladie, viole une nouvelle fois les lois de la libre concurrence, notamment envers le prestataire de soins qui satisfait aux exigences qualitatives. En outre, elle enfreint également la ratio legis de la loi sur l'exercice des professions médicales, surtout dans le cas d'une assurance obligatoire.

Du point de vue politique, la démarche qui a consisté à introduire dans la loi les arrêtés fédéraux urgents sur la maîtrise des coûts est pour le moins contestable; elle est négative pour le médecin.

Après trois renvois d'une Chambre fédérale à l'autre, la seule divergence restante, à savoir la question de la vente de médicaments par les médecins, a nécessité la convocation d'une Conférence de conciliation. Cela frise l'humour noir. Au cours de la deuxième lecture de la Chambre haute, le Conseiller aux Etats *Otto Schoch* avait mis en garde contre le fait de jouer le futur de la loi sur l'article concernant la propharmacie. A cette phase des délibérations, cela semblait grandement exagéré. Pourtant, la suite des événements lui a presque donné raison. Si la Conférence n'avait pas réussi à se mettre d'accord, c'en aurait été fini de la révision; c'est en vain que toutes ces dépenses auraient été faites. Qu'en est-il maintenant? La propharmacie demeure sous la souveraineté cantonale, mais la Confédération prescrit tout de même aux cantons le critère décisif pour la réglementation en la matière: la possibilité pour le patient d'accéder à une pharmacie, une question de distance pour l'essentiel, avec le problème inhérent et sujet à contestation de l'aptitude (1 kilomètre ne représente pas la même distance pour chaque patient!). La notion d'accessibilité n'a d'ailleurs pas été définie avec clarté; en ce qui me concerne, elle ne représente pas seulement la distance à la pharmacie la plus proche, mais aussi forcément une assistance assurée nuit et jour, dimanches et jours fériés y compris. Pourquoi ces tiraillements désagréables et frustrants? Si le marché libre doit prévaloir, pourquoi ne pas laisser jouer la libre concurrence aussi dans le domaine de la vente des médicaments?

Il est certain que la nouvelle loi n'a pas que du négatif du point de vue spécifique du médecin; elle a aussi des côtés positifs. Elle contient par exemple une reconnaissance claire et nette du principe du remboursement des coûts; une telle clarté fait défaut à la loi en vigueur.

Avec la formulation de la nouvelle loi, le fait d'offrir des prestations en nature, comme certaines caisses ont commencé à le faire ces derniers temps, est dénué de tout fondement juridique.

Un autre élément positif est la suppression de la désormais obsolète année de carence au profit d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral et qui devra être précisée par voie d'ordonnance. Il ne faut pas non plus ignorer l'«invitation» faite aux associations faitières – FMH et assureurs – de négocier et de «régler» entre elles les informations médicales susceptibles d'être transmises par le médecin-conseil aux organes administratifs de la caisse. S'ils n'y parviennent pas, le Conseil fédéral le fera à leur place. Il s'agit là de la toute première possibilité de garantir véritablement la protection de la personnalité de l'assuré, au besoin avec l'aide du Préposé fédéral à la protection des données. Ce point est d'autant plus appréciable que, pour des motifs difficilement compréhensibles, la violation du secret professionnel par le personnel administratif sera punie par des sanctions de droit moins sévères que jusque-là.

On ajoutera aussi que le droit théoriquement garanti du patient de choisir librement le médecin et l'hôpital, et la liberté diagnostique et thérapeutique, en principe incontestée, du médecin sont des éléments très positifs pour ce dernier. Il faut le reconnaître. Seulement, ces libertés ne sont pas nouvelles; elles étaient déjà ancrées dans l'ancienne loi de 1911. Aujourd'hui, leur côté positif réside dans le fait qu'elles demeurent pour le bien des patients et des médecins, quand bien même sous une forme de plus en plus restreinte.

Bilan

Du point de vue du citoyen et de l'assuré – et le médecin en fait partie – la nouvelle loi apporte indubitablement des améliorations, mais aussi en même temps une nouvelle poussée des coûts. L'attente générale d'un gel des augmentations annuelles des cotisations, au moins sur une certaine période, ou même l'espoir d'une réduction de celles-ci devrait se concrétiser pour env. $\frac{1}{3}$ des assurés; les $\frac{2}{3}$ restants devront s'attendre quant à eux à des augmentations de cotisation, substantielles pour certains.

Pour le médecin, la loi contient de nombreuses contradictions, de plus grands risques d'entreprise et, à cause d'une multiplication des contrôles et des prescriptions, une limitation sensiblement douloureuse de ses libertés professionnelles.

Compte tenu de ce bilan, il est tout à fait concevable que le médecin choisisse d'apporter son soutien au probable référendum.

De l'autre côté – ou: que se passera-t-il si la loi est rejetée?

En cas de rejet du projet de révision, ce serait une illusion que de croire que les conditions redeviendraient ce qu'elles étaient sous la loi actuelle avant les arrêtés fédéraux urgents. Il est certain que, pour l'assuré comme pour le médecin, la vie continuerait, malgré les quelques imperfections de la loi en vigueur. Cependant, d'autres déficiences menaceraient de faire s'écrouler le système tout entier. C'est pour empêcher cela qu'en décembre 1991, le Parlement a tiré la sonnette d'alarme; d'où les arrêtés fédéraux urgents, qui expireront sous leur forme actuelle à la fin 1994. La nouvelle version pour 1995, car la nouvelle LAMal ne devrait entrer en force qu'au début 1996, est déjà toute prête dans le tiroir de l'administration, comme il fallait s'y attendre. On ne sait pas encore de quoi aura l'air ce nouvel arrêté urgent, ni ce qu'il contiendra; mais on peut être certain qu'il sera encore plus draconien que les deux précédents.

Dans mes explications, je n'ai nullement caché que le projet péniblement élaboré par le Parlement n'est pas une «merveille de la création». Il s'agit bien plutôt d'un ouvrage qui ne satisfait pas le citoyen et encore moins le médecin. Les quelques aspects positifs ne suffisent guère à compenser les nombreux points négatifs et absurdités.

A cela il faut ajouter qu'une loi n'existe jamais que pour elle-même, dans une tour d'ivoire pour ainsi dire. Ma tentative d'analyse générale ne tient pas compte du contexte de la politique sociale et de santé dans lequel cette loi doit déployer ses effets; on pourrait la qualifier d'appréciation critique «in vitro». En bref, il s'agit moins de décrire ce qui figure de manière «absolue» dans la loi que de voir quelles sont les solutions de rechange, quels sont les scénarios possibles, dans l'éventualité d'un rejet de la loi. La décision d'accepter ou de rejeter ce projet de loi doit s'orienter en premier lieu sur ces considérations. Il s'agit d'une décision à prendre sur la base d'une comparaison entre les diverses possibilités de développement dans le futur.

Les autres solutions

Si ce projet, comme les précédents, devait échouer, on ne pourrait alors envisager que deux scénarios réalistes; sur le plan formel, dans les deux cas l'ancienne loi commence par demeurer en vigueur.

L'une des solutions réside dans le fait de recommencer le jeu à zéro: commission d'experts, projet du Conseil fédéral, débats parlementaires pour une nouvelle loi. Il y aurait alors deux possibilités: soit renoncer à l'introduction des éléments étrangers du marché libre, ce qui dans le contexte actuel semble peu probable, soit créer

pour le fournisseur de prestations la latitude indispensable à la libre concurrence. Cela permettrait au moins d'éliminer les nombreuses contradictions du projet actuel et de donner naissance à un nouveau projet qui serait mieux accepté au sein du corps médical. En fait, au cours des débats sur la nouvelle LAMal, il est apparu que le Parlement n'était pas très sensible aux revendications du corps médical; il n'en serait pas autrement dans le cas d'un nouveau projet.

La seconde solution serait que l'initiative «Pour une saine assurance maladie», lancée en 1984 déjà par les sociaux-démocrates et les syndicats, soit acceptée en votation populaire, étant donné le besoin d'aboutir devenu impératif pour le citoyen. Avec son financement en pourcentage du salaire, son assurance de soins et son assurance d'indemnité journalière, toutes deux obligatoires, cette solution mènerait tout droit à l'étatisation, pas forcément au désavantage des médecins en exercice, dont le nombre ne cesse de croître, mais à coup sûr au désavantage du patient.

Si un référendum est lancé contre le projet actuel et qu'il aboutit, ce qui sera probablement le cas, alors le Conseil fédéral fera vraisemblablement voter en même temps la loi et l'initiative, dans la mesure où celle-ci n'a pas été retirée. En pareil cas, il ne faut pas sous-estimer le risque d'un double «non»; ce serait alors un véritable désastre. Aussi sûr que deux et deux font quatre, la période allant jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur l'assurance maladie, dont la mise au point demanderait de nouveau cinq ans au minimum, serait couverte par des arrêtés fédéraux urgents. Et on peut fortement présumer que la prochaine loi ne sera pas plus amicale envers le corps médical que celle qu'on nous présente. Rappelons que les arrêtés fédéraux urgents peuvent se succéder sans interruption et peuvent être renforcés de fois en fois dans un roulement de deux ans, de manière à encourager efficacement l'acceptation de projets de loi encore pires et encore plus accablants. Ou, pour citer *Gorki*: «En ce monde, tout est relatif et il n'existe pas de condition si mauvaise pour l'homme qu'elle ne puisse être suivie par une pire.»

Le 27 avril prochain, les délégués à la Chambre médicale devront choisir, au nom du corps médical, entre l'acceptation et le rejet du projet de loi. Il s'agit d'une décision lourde de responsabilité et je pense qu'elle ne devrait pas uniquement être le fruit d'une appréciation isolée et d'une comparaison avec la loi actuelle, mais qu'elle devrait aussi se fonder sur une analyse comparative des autres options. □

Aus der Sicht des SAV-Präsidenten

Das neue KVG

Max Brentano

Nachdem die Schweizerische Gewerbekammer vor allem aufgrund unserer Interventionen beschlossen hat, das Referendum gegen das neue KVG nicht zu unterstützen, ist durch die Ausschaltung des politisch potenten gewerblichen Spitzenverbandes der Weg für das neue Krankenversicherungsgesetz um ein schönes Stück geebnet worden. Aber wie bereits im Editorial der letzten SAZ angetönt, gilt es, noch manche Hürde zu nehmen. Nachstehend sollen die wichtigsten Elemente des KVG aus persönlicher Warte in einer ersten Übersicht – wie sie den Mitgliedern der Schweizerischen Gewerbekammer zugestellt wurde – zusammengefasst werden.

Das heutige Gesetz stammt aus dem Jahre 1911. Es war ursprünglich für eine Krankenversicherung gedacht, welcher eher die ärmeren Schichten angehörten. Die starke Kostensteigerung im Gesundheitswesen und die damit verbundenen finanziellen Risiken führten dazu, dass heute praktisch die ganze Bevölkerung in einer Krankenkasse versichert ist.

Als Antwort auf viele Mängel

Im Verlaufe der vergangenen Jahre zeigten sich aber mehr und mehr die Mängel des heutigen Gesetzes. Der grösste Mangel besteht darin, dass die an sich erwünschte Konkurrenz zwischen den Krankenkassen durch die fehlende Freizügigkeit der Versicherten verfälscht wird. Nur junge und noch einigermaßen gesunde Versicherte können heute die Krankenkasse ohne Nachteile wechseln. Das bedeutet, dass heute letztlich die Betagten, die Frauen und die Kranken die Rechnung im Konkurrenzkampf zwischen den Krankenkassen und für das damit verbundene Kassensterben (1973 gab es 735 Kassen; 1993 sind es noch gut 200 Kassen) bezahlen. Sie sind es, die sich in teuren Krankenkassen oder in höheren Prämiengruppen befinden, ohne in einen Kollektivvertrag oder zu einer billigeren Kasse wechseln zu können.

Gesucht: solide Basis

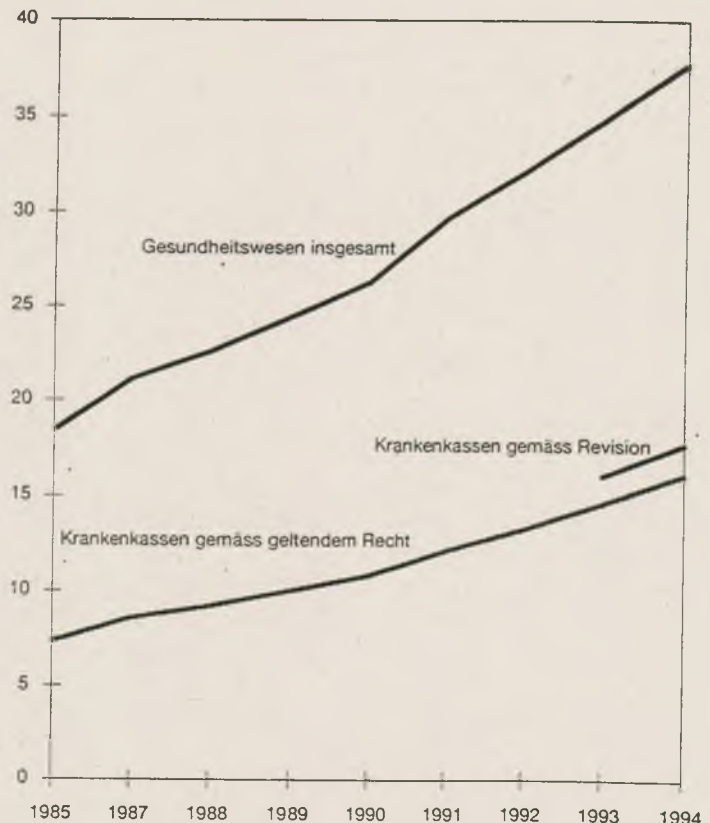
Das neue Gesetz bringt für alle Versicherten die volle Freizügigkeit. Nur

wenn jeder Versicherte ohne Nachteile die Krankenkasse wechseln kann, besteht ein echter und fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Die volle Freizügigkeit führt zu einer Gleichbehandlung der Versicherten

und bildet damit auch die Grundlage für eine echte Solidarität zwischen den Versicherten. Jeder Versicherte einer Krankenkasse soll deshalb unabhängig von seinem Alter, seinem Geschlecht und seinem Gesundheitszustand die gleiche Prämie bezahlen. Die Einführung von risikogerechten Prämien nach dem Alter der Versicherten würde bedeuten, dass ein Siebzjähriger mehr als das Vierfache eines Zwanzigjährigen bezahlen müsste. Eine schwächere Abstufung, wie sie die Artisana vorschlägt (bis 25% höhere Prämien für Betagte), würde auf eine Bestrafung der älteren Versicherten hinauslaufen, ohne das Problem der Risikounterschiede zu lösen. Mit Rücksicht auf den föderalistischen Aufbau unseres Staates und die dezentrale Organisation unseres Gesundheitswesens bleiben örtliche Prämienunterschiede zulässig. Auch wird es weiterhin Prämienunterschiede zwischen den Krankenkassen geben. Im übrigen werden künftig auch private Versicherungsgesellschaften die Krankenversicherung zu den gleichen Bedingungen wie die Krankenkassen durchführen können, was den Wettbewerb ohne Zweifel beleben wird. Die Einführung der obligatorischen Ver-

Entwicklung der Kosten

Mrd. Franken



sicherung ist das notwendige Mittel, um diese Neuerungen überhaupt zum Spielen zu bringen.

Erweiterung des Leistungskatalogs

- ▷ Der Schwerpunkt liegt bei den Leistungen für die Betagten: Keine Beschränkung der Leistungsdauer mehr; Förderung von Spitex; Übernahme der medizinisch-pflegerischen Kosten im Pflegeheim. Die daraus resultierenden Mehrkosten machen mehr als die Hälfte der Kosten für Leistungserweiterungen aus, die nach der Botschaft des Bundesrates auf etwa 10 Prozent geschätzt werden.
- ▷ Diese Leistungen werden aber schon heute von den verschiedensten Trägern abgedeckt: freiwillige Leistungen der Krankenversicherung, Zusatzversicherungen, Gemeinden, Selbstzahler, Fürsorge. Letztlich übernimmt also die soziale Krankenversicherung einen höheren Anteil der Gesundheitskosten, ohne dass diese insgesamt ansteigen
- ▷ Die Abrundung des Leistungskatalogs ist nötig, da in Zukunft die Grundversicherung ganz klar von

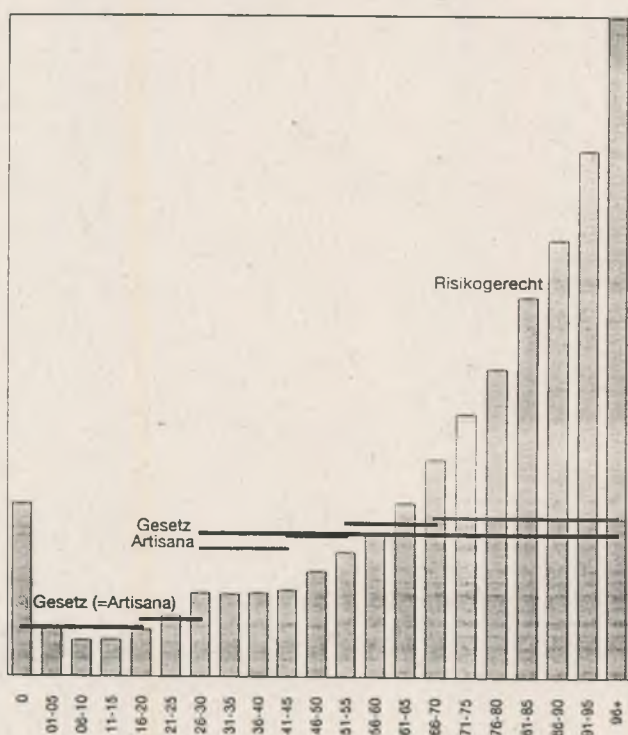
den Zusatzversicherungen getrennt werden soll: Grundversicherung für vollständige Grundversorgung auf qualitativ hohem Niveau, Zusatzversicherungen für Wahlbedarf. Die klare Trennung von Grund- und Zusatzversicherung dient auch der immer wieder geforderten Transparenz und der Selbstverantwortung der Versicherten.

Kosteneindämmung

- ▷ Die Kostensteigerung hängt nicht in erster Linie von der Umschreibung des Leistungskatalogs ab. Sonst hätten die Kosten in der KV zwischen 1966 und 1992 bei weitgehend unverändertem gesetzlichem Leistungskatalog nicht um etwa das Zehnfache zugenommen.
- ▷ Hiefür sind neben dem erfreulichen medizinischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung insbesondere die Verhaltensweisen der Leistungsanbieter und der Konsumenten sowie auch der Versicherer massgebend.
- ▷ Hier setzt denn auch die reichhaltige Palette von kosteneindämmenden Rahmenbedingungen und Anreizen der Vorlage an.

- ▷ Sie mobilisiert und fördert die Selbstverantwortung:
 - bei den *Versicherten*: freie Wahl der Kasse; volle Freizügigkeit; freie Wahl des Leistungserbringers; freie Wahl alternativer und kostensparender Versicherungsformen; Kostenbeteiligung mit der Möglichkeit, dieselbe gegen eine angemessene Prämienreduktion freiwillig zu verstärken;
 - bei den *Leistungserbringern*: Vertragsfreiheit; Abschaffung von einschränkenden Kartellnormen; Wahl von geeigneten Tarifen, zum Beispiel zur Förderung der intellektuellen gegenüber der heute überbewerteten technisch-apparativen Leistung; gleich lange Spiesse für stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen.
 - bei den *Versicherern*: Vielfalt der Versicherer; Mitwirkung der Privatassekuranz; volle Freizügigkeit; Vertrags- und Tariffreiheit; Wettbewerb auf fairer Grundlage.
- ▷ Wo Selbstverantwortung fehlen sollte, können die Kantone und in den von ihm betreuten Bereichen der Bund durch fein abgestufte Instrumente für mehr Vernunft sorgen. Denn ein kostenbewusster und sorgsamer Umgang mit den Ressourcen einer qualitätsbewussten Medizin ist ein wichtiger Beitrag an die Solidarität. Genauso wie Ressourcenverschleuderung umgekehrt unsolidarisch ist.

Gegenüberstellung der Prämienvarianten



Prämienverbilligung

- ▷ Unsere soziale Krankenversicherung hält weiterhin am System der individuellen Kopfprämie fest. Alle Versicherten sind damit vor dem Risiko Krankheit gleich; das heisst jeder zahlt für die gleiche Deckung auch die gleiche Prämie.
- ▷ Kopfprämien nehmen aber keine Rücksicht auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten. Hier schaffen die Beiträge der öffentlichen Hand (Bund und Kantone) an Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen den nötigen Ausgleich. Es handelt sich dabei um klar gezielte Subventionen für den notwendigen sozialen Ausgleich (keine Giesskanne!).
- ▷ Dies entspricht dem von den Privatversicherern (PKU) vorgeschlagenen und von den eidg. Räten bereits Mitte der 80er Jahre durch

gleichlautende Motionen gutgeheissenen Finanzierungsmodell.

- ▷ Die Subventionen von Bund und Kantonen entsprechen zusammen etwa 15–20 Prozent der Prämienzahlungen aller Versicherten. Wenn also die Kantone die Hälfte der Bevölkerung unterstützen würden, könnten die Prämien dieser Versicherten, darunter vor allem auch von Familien mit Kindern, um etwa 30–40 Prozent verbilligt werden.

Das heutige Gesetz ist keine Alternative

Sollte die mit dem neuen Gesetz angestrebte Reform der Krankenversicherung scheitern, könnte bis zum Jahre

1997 – abgesehen vielleicht von neuen dirigistischen notrechtlichen Massnahmen – mit Sicherheit keine Änderung des bestehenden Gesetzes in Kraft treten. Wir müssten noch während Jahren mit der geltenden Ordnung leben. Die zunehmende Auflösung der Solidarität innerhalb der Krankenversicherung würde vor allem zu Lasten der Betagten gehen und diese in wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen. Diese Entwicklung würde gerade den Mittelstand am härtesten treffen. Wenn die Krankenversicherung im Alter keinen genügenden Schutz mehr bietet oder wenn die Prämien für die Betagten nicht mehr zahlbar sind, werden jene die fehlenden Leistungen selber bezahlen müssen, welche noch über entsprechende Einkommen oder Vermögen verfügen. Wem diese Mittel

fehlen, wird der Staat helfen müssen. Diese Mittel werden über Steuern und damit wiederum zu einem grossen Teil vom Mittelstand aufzubringen sein.

Die einzige, politisch sofort greifbare Alternative zum neuen Krankenversicherungsgesetz wäre die abstimmungsreife Volksinitiative von SP und Gewerkschaftsbund. Diese würde wegen der grossen finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand (25 Prozent der Kosten der Krankenversicherung) und wegen der grossen Solidaritätskomponente von Lohnprozentualen Beiträgen für eine Mehrheit der Bevölkerung die Prämien für die Krankenversicherung verringern. Eine Ablehnung des neuen KVG würde dieser Initiative ohne Zweifel politischen Auftrieb geben. ■



Römerstrasse 20
Postfach
4502 Solothurn

Telefon 065/204 204
Telefax 065/226 246
PC-Konto 45-619-8

Information

Nr. 6

13.6.1994

Reform der Krankenversicherung

Ein Entscheid von grosser Tragweite

=====

(KSK) Dass das Referendum gegen das neue Krankenversicherungsgesetz zustande kommt, steht schon drei Wochen vor Ablauf der Referendumsfrist fest. Das Volk wird also über das neue Gesetz zu befinden haben. Sein Entscheid wird von grosser Tragweite für die Zukunft der Krankenversicherung sein.

Nachdem in den letzten 25 Jahren zahlreiche Versuche zur dringend notwendigen Revision der Krankenversicherung fehlgeschlagen sind und die Probleme mit jedem gescheiterten Versuch zahlreicher und grösser wurden, steht diesmal die Weiterexistenz der Krankenversicherung in der heutigen Form auf dem Spiel. Wer glaubt, mit der Ablehnung des neuen Gesetzes würde eine bessere Ausgangslage geschaffen, um die auseinanderdriftenden Interessen auf einen Nenner zu bringen, täuscht sich gründlich. Schon die Tatsache, dass Gruppierungen mit völlig verschiedenen gesundheitspolitischen Vorstellungen

das Referendum ergriffen haben, müsste ihm eigentlich die Augen öffnen.

Wird das neue Gesetz abgelehnt, so beginnt wiederum ein jahrelanges Seilziehen, das schliesslich etwa dort enden wird, wo wir heute stehen. Inzwischen aber werden Bundesrat und Parlament zu neuem Dringlichkeitsrecht greifen müssen, wenn sie der weiteren Kostensteigerung und der völligen Entsolidarisierung in der Krankenversicherung nicht tatenlos zusehen wollen. Möglich ist aber auch, dass die immer stärker belasteten Prämienzahler vom ganzen Hin und Her genug haben und mit der Zustimmung zu einer lohnprozentualen Finanzierung der eidgenössischen Krankenversicherung den Weg bahnen.

Im Lichte dieser möglichen Szenarien gilt es, die Vor- und Nachteile des neuen Gesetzes gegeneinander abzuwägen.

Der wichtigste Vorteil des neuen Gesetzes ist sicher die Entlastung der wirtschaftlich schwachen Versicherten, die im heutigen System der Kopfprämien einen ständig steigenden Teil ihres Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden müssen. Positiv zu werten ist weiter die Schliessung bestehender Leistungslücken, wie die mangelnde Finanzierung der spitalexternen Krankenpflege und die Leistungsbegrenzung auf 720 Spitaltage. Einen grossen Fortschritt für die Versicherten bedeutet zudem die völlig freie Kassenwahl in jedem Alter und jedem Gesundheitszustand. Diese Neuerung wird die Versiche-

rer einem harten Wettbewerb aussetzen, wobei der auf zehn Jahre befristete Risikoausgleich dafür sorgt, dass Kassen, die sich bisher auf die Anwerbung junger Versicherter spezialisiert haben, nicht zu sehr im Vorteil sind.

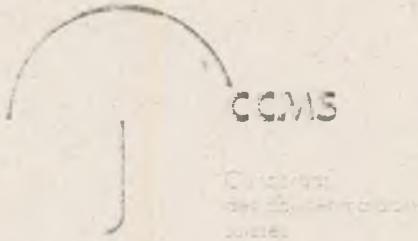
An die Grenzen des Verantwortbaren geht nach Auffassung des Konkordats der Ausbau des Leistungskatalogs. Es besteht jedoch die Möglichkeit, neue Leistungen, wie Psychotherapie und Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Ausführungsverordnung auf ein tragbares Mass einzuschränken. Auch wenn der neue Leistungskatalog kostenwirksam sein wird, so warnt das Konkordat doch vor übertriebenen Kostenschätzungen. Denn der Leistungskatalog ist längst nicht der wichtigste Kostenfaktor, wie die Kostenentwicklung der letzten Jahre gezeigt hat. Viel entscheidender sind Faktoren, wie Spitalpolitik, steigende Arztlzahl, neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sowie demografische Entwicklung.

Ein gewisser Leistungsausbau ist wohl auch deshalb unumgänglich, weil künftig die Zusatzversicherungen nach Privatrecht durchgeführt werden, was sie für ältere Versicherte sehr teuer macht. Allerdings werden die Spitalzusatzversicherungen auch unter dem noch geltenden Recht für viele Versicherte über kurz oder lang unerschwinglich. Immer mehr jüngere Versicherte verzichten schon heute darauf, was die Belastung für ältere Versicherte zusätzlich erhöht.

Ist der neue Leistungskatalog kostenwirksam, so enthält das neue Gesetz andererseits doch eine Reihe von Massnahmen, um die Kostenentwicklung einzudämmen. Dazu gehört eine Notbremse in Form des Preis- und Tarifstopps, die gezogen wird, wenn die Kosten in der Krankenversicherung doppelt so stark ansteigen sollten als die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung. Dazu gehört ebenso das Verbot von Kartellabsprachen, das neben den weiterhin dominierenden Verbandsverträgen auch Sonderverträge zwischen Kassen und Gruppen von Aerzten ermöglicht. Aerzte, denen dieser Wettbewerbsgedanke Mühe macht, müssen wissen, dass die Krankenversicherung so oder anders nicht in der Lage sein wird, der rasch wachsenden Zahl an Leistungserbringern das heutige Einkommen zu garantieren.

Nur beschränkten Einfluss kann das Gesetz auf den Spitälssektor ausüben, wo heute der grösste Kostenzuwachs zu verzeichnen ist. Immerhin enthält es Vorschriften zur Planung und Koordination, und es schafft mit seinen Anforderungen an die Rechnungsführung die Basis für Betriebsvergleiche. Mit oder ohne neues Krankenversicherungsgesetz werden aber die Kantone nicht um neue Weichenstellungen in der Spitalpolitik herumkommen, da sie sich in einer Zeit knapper Staatsfinanzen einen überdimensionierten Spitälssektor nicht mehr lange werden leisten können. Das neue Gesetz fördert diese "Gesund-schrumpfung" noch zusätzlich.

KSK



20, Römerstrasse
Case postale
4502 Soleure

Téléphone 065/204 204
Téléfax 065/22 62 46
CCP 45-619-8

No 6
13.6.1994

Information

Réforme de l'assurance-maladie

Une décision de grande portée

=====

(CCMS) Trois semaines avant l'expiration du délai référendaire, l'on sait que le référendum contre la nouvelle loi sur l'assurance-maladie aboutira. Le peuple devra donc se prononcer à ce sujet. Sa décision sera de grande portée pour l'avenir de l'assurance-maladie.

De nombreuses tentatives urgentes et nécessaires de révision de l'assurance-maladie ont échoué au cours de ces 25 dernières années, si bien que les problèmes se sont accumulés, grossissant à chaque essai manqué; il y va cette fois-ci de la survie de l'assurance-maladie sous sa forme actuelle. Celui qui croit qu'un refus de la nouvelle loi débouchera sur une issue favorisant la convergence d'intérêts contraires vers un dénominateur commun, se trompe profondément. Le fait que le référendum ait été lancé par des groupements aux opinions divergentes en matière de politique de la santé devrait à lui seul déjà dissiper toute illusion.

Si la nouvelle loi est refusée, commencera alors une longue errance qui aboutira dans de nombreuses années là où nous en sommes maintenant. Dans l'entre-temps toutefois, Conseil fédéral et

Parlement devront à nouveau recourir au droit d'urgence, s'ils ne veulent pas subir une nouvelle explosion des coûts et une complète désolidarisation au sein de l'assurance-maladie. Mais il est également possible que les payeurs de cotisations en aient assez de tout ce va-et-vient et ouvrent la voie à un financement en pour cent du salaire de l'assurance-maladie fédérale.

Il s'agit, à la lumière de ces scénarios possibles, de comparer les avantages et les désavantages de la nouvelle loi.

L'avantage le plus important de la nouvelle loi est indéniablement le soulagement des assurés les plus défavorisés sur le plan économique qui, dans le système actuel des cotisations par tête, doivent dépenser une partie toujours plus grande de leur revenu pour l'assurance-maladie. Le comblement de lacunes à propos de certaines prestations est aussi un point positif; par exemple remédier à la prise en charge lacunaire de l'hospitalisation hors canton ou supprimer la limitation des prestations à 720 jours consécutifs dans le cas de séjours hospitaliers. Un grand progrès représente aussi pour l'assuré le choix absolument libre de la caisse, indépendamment de l'âge et de l'état de santé. Cette nouveauté confrontera les assureurs à une dure compétition, sans oublier que la compensation des risques limitée à dix ans veillera à ce que les caisses, qui se sont spécialisées jusqu'ici dans le recrutement des assurés jeunes, ne soient pas particulièrement avantagées.

Selon l'opinion du Concordat, l'extension du catalogue des prestations atteint les limites de ce qui est encore acceptable. Subsiste toutefois la possibilité de limiter dans une mesure supportable, de nouvelles prestations telles la psychothérapie et les contrôles préventifs grâce à l'ordonnance

d'application. Même si le nouveau catalogue de prestations engendre des coûts, le Concordat met en garde contre leur estimation exagérée. Car le catalogue des prestations n'est de loin pas le plus important facteur de coûts, ainsi que l'a prouvé le développement des dépenses ces dernières années. Des facteurs tels la politique hospitalière, le nombre croissant de médecins, de nouvelles possibilités de diagnostic et de traitement, ainsi que le développement démographique sont tout aussi décisifs.

Une certaine extension des prestations est aussi inévitable pour la bonne raison qu'à l'avenir les assurances complémentaires seront régies d'après le droit privé, ce qui les renchérisse beaucoup pour les assurés âgés. Il faut avouer qu'à plus ou moins longue échéance les assurances complémentaires en cas d'hospitalisation seront inabordables pour de nombreux assurés, ce qui vaut aussi pour le droit encore en vigueur actuellement. Aujourd'hui déjà, toujours plus de jeunes assurés y renoncent, ce qui alourdit davantage le fardeau des assurés plus âgés. Même si le nouveau catalogue de prestations engendre des coûts supplémentaires, la nouvelle loi renferme par contre une série de mesures susceptibles de freiner le développement des coûts. Qu'il soit évoqué ici le frein de secours conçu sous la forme d'un stop des prix et tarifs, frein qui sera tiré lorsque les coûts de l'assurance-maladie devraient augmenter deux fois plus fortement que le renchérissement général des prix et des salaires. En fait également partie l'interdiction d'accords cartellaires, ce qui autorise donc l'existence de conventions particulières entre des caisses et des groupes de médecins à côté des conventions tarifaires conclues par les fédérations, accords qui continueront de dominer. Les médecins, à qui cette idée de concurrence cause quelques tracasseries, doivent savoir que l'assurance-maladie, d'une façon ou

d'une autre, ne sera pas en mesure de garantir le revenu actuel à des fournisseurs de prestations dont le nombre est en croissance rapide.

La loi ne peut exercer qu'une influence limitée sur le secteur hospitalier, qui connaît actuellement la plus grande augmentation des coûts. Toujours est-il qu'elle contient des dispositions visant la planification et la coordination, et qu'elle crée de par ses exigences de gestion financière la base pour des comparaisons d'exploitation. Avec ou sans la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, les cantons ne pourront pas passer à côté d'une remise en question de leur politique hospitalière, étant donné qu'en présence de budgets déficitaires ils ne peuvent plus, à long terme, tolérer un secteur hospitalier surdimensionné. La nouvelle loi favorise de surcroît ce sain amaigrissement.

CCMS

Das neue Krankenversicherungsgesetz – eine Gesamtbeurteilung

Am 18. März 1994 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verabschiedet. Inzwischen steht fest, dass das Volk über dieses Gesetz abstimmen wird. In einer Volksabstimmung werden einzelne Punkte der Vorlage in den Vordergrund gerückt werden. Das ist bei einer so komplexen Vorlage nicht zu vermeiden. Es wäre aber falsch, wenn das Urteil über das Gesetz sich nur auf einzelne Elemente der Vorlage abstützen würde. Die Vorlage muss in ihrer Gesamtheit beurteilt werden. Das soll hier versucht werden.

VON DR. IUR. MARKUS MOSER, VIZEDIREKTOR,
CHEF DER HAUPTABTEILUNG KRANKEN- UND UNFALL-
VERSICHERUNG IM BSV

Ausgangspunkt der Arbeiten für das neue Krankenversicherungsgesetz waren vier unabhängige Expertenberichte vom September 1988 mit Vorschlägen über die Reform der Krankenversicherung. Gestützt auf diese Expertenberichte hat der Bundesrat im August 1989 seine Vorstellungen über die Reform der Krankenversicherung in Grundsätzen festgehalten, welche er einer Expertenkommission als Vorgaben mit auf den Weg gegeben hat.¹ Die Grundsätze des Bundesrates waren einerseits verbindliche Vorgaben an die Expertenkommission, andererseits waren es Aufträge, gewisse Fragen zu prüfen, wobei der Entscheid der Expertenkommission überlassen blieb. Sind nun diese Grundsätze im Gesetz verwirklicht worden oder haben sich im Laufe der Beratungen die Gewichte markant verschoben?

Drei Schwerpunkte

Bereits in den verbindlichen Grundsätzen des Bundesrates finden sich die drei Schwerpunkte für die Reform der Krankenversicherung, nämlich:

- die Stärkung der Solidarität durch eine Reform in der Organisation der Krankenversicherung (Obligato-

rium, volle Freizügigkeit, klare Trennung von Grundversicherung und Zusatzversicherungen, Einheitsprämie innerhalb einer Kasse, gezielter Einsatz der Subventionen für wirtschaftlich Schwache),

- die Kosteneindämmung durch Förderung des Wettbewerbes (Stärkung der Vertragsfreiheit bei den Tarifvereinbarungen, effizientere Durchsetzung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung der Patienten, Möglichkeit von alternativen Versicherungsangeboten) sowie
- die Schliessung von Lücken bei den Leistungen der Grundversicherung.

Im nunmehr verabschiedeten KVG sind dem gegenüber nur leichte Akzentverschiebungen feststellbar. In den Grundsätzen des Bundesrates war noch davon die Rede, dass die Beiträge der öffentlichen Hand «in erster Linie» für gezielte Prämienverbilligungen einzusetzen seien. Ein Teil davon sollte weiterhin für einen allgemeinen Lastenausgleich (z.B. für Frauen, Betagte oder Chronischkranke) verwendet werden. Hier ist das Gesetz nun konsequenter, weil in einer obligatorischen Versicherung Beiträge zum Ausgleich von gesetzlichen Auflagen (z.B. gleiche Prämien für Männer und Frauen) nicht mehr nötig sind. Im weiteren sahen die Grundsätze des Bundesrates den Ri-

sikoausgleich zwischen den Krankenversicherern als fixes Element einer Reform der Krankenversicherung vor. Im Gesetz ist dieser Risikoausgleich lediglich für die Dauer von zehn Jahren vorgesehen.

Mit den Grundsätzen wollte der Bundesrat auch die Einführung einer Grossrisikoversicherung und einer nach Einkommen abgestuften Familienfranchise prüfen lassen. Diese Ideen wurden bereits in der Expertenkommission fallengelassen. Im weiteren fällt auf, dass der Bundesrat in seinen Grundsätzen den Einfluss der Behörden auf die Tarife eher zurücknehmen wollte, indem er anregte, auf die Genehmigung von Tarifverträgen durch die Kantonsregierungen und den Erlass von behördlichen Tarifen bei Arzneimitteln und Laboranalysen zu verzichten. In beiden Punkten ist bereits die Expertenkommission beim geltenden Zustand geblieben, der auch im Gesetz bestätigt worden ist.

Verfolgt man – angefangen bei den Expertenberichten über die Grundsätze des Bundesrates, den Bericht der Expertenkommission, den Entwurf des Bundesrates bis zum Gesetz –, welche Themen jeweils im Vordergrund standen, so stellt man fest, dass die Diskussion mit Fragen zur Organisation der Versicherung (Obligatorium usw.) begonnen hat. Später konzentrierte sich dann die Diskussion auf die Kosteneindämmung bzw. die Kostenentwicklung. Stark beeinflusst wurde diese Entwicklung durch den Erlass der dringlichen Bundesbeschlüsse im Dezember 1991 und den Bericht der Kartellkommission vom Dezember 1992. Die Schliessung von Leistungslücken stand im Vergleich zu den beiden anderen Schwerpunkten immer etwas im Hintergrund. Sie wird nun aber in der Abstimmung, vor allem im Zusammenhang mit der Kostenfrage, eine bedeutende Rolle spielen.

Die Ziele der Reform

Welches sind nun eigentlich die Ziele dieser Reform der Krankenversicherung? Geht es in erster Linie um die Stärkung der Solidarität oder um die Kosteneindämmung? Kann man gleichzeitig die Kosten eindämmen und die Leistungen erweitern? Ist im Gesetz eine konsequente Linie eingehalten oder handelt es sich um eine widersprüchliche Kompromissle-

S
C
H
W
E
R
P
U
N
K
T

¹ Vgl. dazu Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991, Ziff. 14, BBl 1992 I 93 ff.

sung? Gerade bei diesen Fragen darf man nicht den Blick auf das Ganze verlieren und es müssen die inneren Zusammenhänge der einzelnen Regelungen gesehen werden. Das soll im folgenden versucht werden.

1. Solidarität durch Einführung der obligatorischen Versicherung

In einer sozialen Krankenversicherung sollten zwei Solidaritätsziele erreicht werden, nämlich die Solidarität mit den Kranken und die Solidarität mit den wirtschaftlich Schwächeren. Beide Ziele lassen sich nur in einer obligatorischen Versicherung konsequent verwirklichen.

Eine freiwillige Versicherung begünstigt die Entsolidarisierung, weil die Regelung über den Beitritt zur Versicherung (Versicherungsvorbehalte, Abstufung der Prämie nach dem Eintrittsalter) dazu führt, dass

Vier Komitees bekämpfen das neue KVG

Gleich vier verschiedene Komitees haben Unterschriften zum Referendum gegen das neue Krankenversicherungsgesetz gesammelt. Die Bundeskanzlei hat insgesamt 148 952 Unterschriften beglaubigt. Sie wurden von folgenden Gruppierungen eingereicht:

77 205 Unterschriften: Schweizerisches Komitee gegen die Prämienexplosion und Zweiklassenmedizin in der Krankenversicherung, Bern

Trägerschaft: Kranken- und Unfallversicherung Artisanas

55 097 Unterschriften: Schweizerisches Komitee gegen das geplante Krankenversicherungsgesetz – für eine Neuorientierung im Gesundheitswesen, Bern

Trägerschaft: Organisationen aus der Alternativmedizin

9788 Stimmen: Schweizerisches Komitee gegen eine zu teure Krankenversicherung und für echte Reformen im Gesundheitswesen, Winterthur

Trägerschaft: Swica Krankenkasse, Winterthur (Zusammenschluss der Kassen Oska, Panorama, SBKK, Zoku)

6566 Stimmen: Komitee für ein Krankenversicherungsgesetz mit Berücksichtigung der Patientenrechte, Lausanne

Trägerschaft: frei praktizierende Ärzte, Physiotherapeutenverband, Westschweizer Arbeitgeberverband

nur junge und gesunde Versicherte die Kasse ohne Nachteile wechseln können. Diese können sich deshalb in eigenen Risikogemeinschaften (Billigkassen, Kollektivverträge) zusammenfinden. Dieser Tendenz kann durch die Einführung der vollen Freizügigkeit begegnet werden, weil so alle Versicherten die Möglichkeit erhalten, zu einer kostengünstigen Krankenkasse zu wechseln.

An sich könnte der Grundsatz der Freizügigkeit auch in einer freiwilligen Versicherung teilweise eingeführt werden, nämlich als Freizügigkeit für alle, die bereits bei einer Krankenkasse versichert sind. Zur Verhinderung von Missbräuchen müssten allerdings für jene, die erst in späteren Jahren, möglicherweise erst nach Eintritt einer Krankheit der Sozialversicherung beitreten wollen, weiterhin Versicherungsvorbehalte und Prämienzuschläge nach Eintrittsalter vorgesehen werden. Diese müssten allerdings aus sozialpolitischen Gründen wiederum gemildert und damit letztlich von der öffentlichen Hand finanziert werden.

Eine freiwillige Versicherung bindet in grossem Umfang Mittel der öffentlichen Hand, weil sozialpolitische Auflagen durch Subventionen abgegolten werden müssen. Dies kam bereits in den Expertenberichten aus dem Jahre 1988 klar zum Ausdruck. Drei der Experten kamen zum Schluss, dass sich die Probleme in der Krankenversicherung nur durch die Einführung einer obligatorischen Versicherung lösen lassen. Der vierte Experte, welcher für die Beibehaltung der freiwilligen Versicherung plädierte, berechnete auf der Kostenbasis des Jahres 1986 für einen vollständigen Ausgleich der sozialpolitischen Auflagen (Aufnahmepflicht, Umfang der Leistungen, Ausschluss von risikogerechten Prämien nach Alter und Geschlecht usw.) einen Subventionsbedarf von 3,3 Milliarden Franken. Auf die Kostenbasis des Jahres 1996 hochgerechnet wäre dies mindestens das Doppelte.

Das Versicherungsobligatorium erlaubt also auch eine stärkere Solidarität mit den wirtschaftlich Schwächeren, weil Subventionen zur Abgeltung von gesetzlichen Auflagen an die Krankenkassen nicht mehr nötig sind. Die so frei werdenen Mittel können zur gezielten Prämienverbilligung für wirtschaftlich Schwächere eingesetzt werden.

Wer deshalb die Abschaffung der sogenannten Giesskannensubventionen verlangt, muss sich im klaren sein, dass dies ohne gleichzeitige Einführung einer obligatorischen Grundversicherung nicht möglich ist. Es gibt zwar theoretisch noch einen dritten Weg. Dieser würde darin bestehen, dass das Risiko der Krankheit ausschliesslich nach den Grundsätzen der Sozialversicherung versichert werden kann, dass es also

In einer obligatorischen Krankenversicherung gelten die gesetzlichen Auflagen für alle Versicherten, sie müssen deshalb nicht mehr durch Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenkassen abgegolten werden. Dies erlaubt den Einsatz der Subventionen für gezielte Prämienverbilligungen zugunsten von wirtschaftlich Schwächeren.

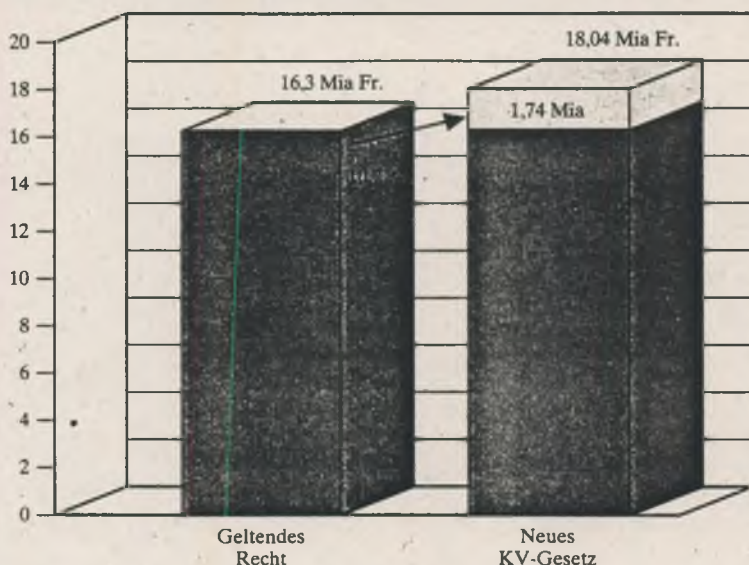
neben der sozialen Krankenversicherung keine andere Krankenversicherung geben darf. Damit wäre der privaten Versicherungswirtschaft nicht nur die soziale Krankenversicherung, sondern die Versicherung der Krankheit überhaupt, also auch die Zusatzversicherung, entzogen.

2. Schliessen von Leistungslücken

Was übernimmt die Grundversicherung?

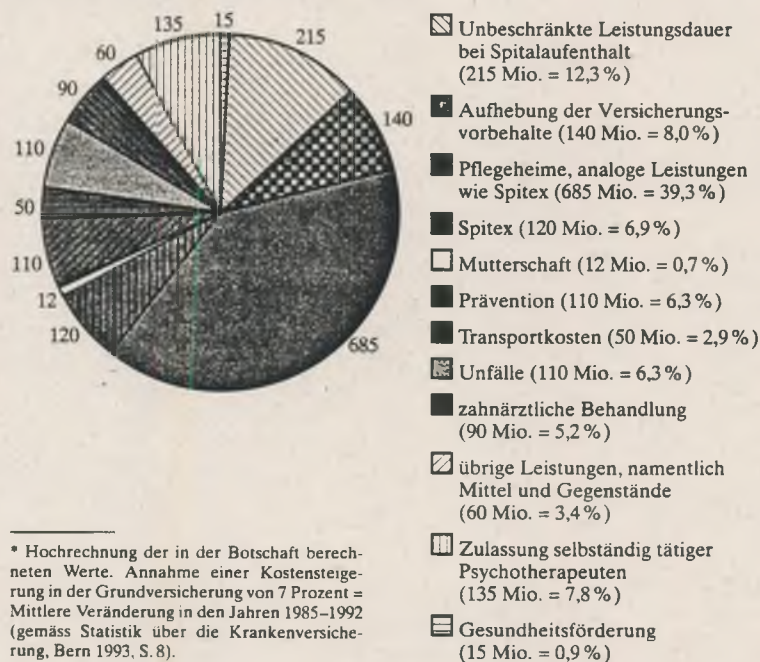
Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung verlangt nach einer klaren Trennung zwischen der obligatorischen Grundversicherung und den Zusatzversicherungen und damit nach einer klaren Definition des Leistungsumfanges in der Grundversicherung. Die Lösung des geltenden Rechts, nämlich den Krankenkassen lediglich Mindestleistungen vorzuschreiben und ihnen die Möglichkeit einzuräumen, die Grundversicherung von sich aus noch mit zusätzlichen Leistungen zu erweitern, kann deshalb nicht beibehalten werden. Diese Lösung widerspricht im übrigen auch dem Anliegen nach Transparenz, weil dabei die

Abb. 1: Aufwand für die soziale Krankenversicherung (Grundversicherung) 1996 nach geltendem und nach neuem Recht



Im Vergleich zum geltenden Gesetz sieht das neue Gesetz zusätzliche Leistungen in der Grundversicherung vor, deren Aufwand das BSV für das Jahr 1996 auf 1,74 Milliarden Franken schätzt. Dies erklärt einen Teil des Anstiegs der Prämien in der Grundversicherung. Zum grössten Teil handelt es sich dabei um eine sozialpolitisch unbestrittene Kostenübernahme von Leistungen für Betagte durch die Grundversicherung, die bereits heute zumeist im Rahmen von Zusatzversicherungen übernommen werden. Die Erweiterung des Leistungskataloges in der Krankenpflegeversicherung erfolgt dabei in erster Linie bezüglich der Leistungen, die für die Grundversorgung im Krankheitsfall notwendig sind (wie unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt, Spitex).

Abb. 2: Verteilung der zusätzlichen Ausgaben von 1,74 Mia Franken nach dem neuen Gesetz (in Mio. Fr.)*



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

Versicherungsangebote der Krankenkassen nicht miteinander vergleichbar wären. Dies wiederum wäre dem Grundsatz der vollen Freizügigkeit der Versicherten sowohl rechtlich wie faktisch abträglich.

Hätte es nun nicht genügt, die im geltenden Recht vorgesehenen Mindestleistungen als abschliessenden Leistungskatalog zu übernehmen? Bereits die Expertenkommission hat diese Frage verneint, weil die heutigen Mindestleistungen schwerwiegende Lücken enthalten.

Leistungspflicht bei stationärer Behandlung

Die bedeutendste Lücke ist ohne Zweifel die Regelung, dass bei Betagten nach zwei Jahren Spitalaufenthalt die Leistungspflicht der Krankenversicherung wegfällt. Zahlreiche Krankenkassen haben in den vergangenen Jahren von sich aus diese Härte des Gesetzes gemildert. Die Schliessung dieser Leistungslücke im Gesetz war deshalb von Anfang an praktisch unbestritten.

Was aber ist ein Spitalaufenthalt? Soll die zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht im Spital bedeuten, dass auch die Pflege und Betreuung von Langzeitpatienten voll zu Lasten der Krankenversicherung geht? Diese vollständige Abwälzung des Pflegerisikos auf die Krankenversicherung würde den finanziellen Spielraum einer über individuelle Kopfbeiträge finanzierten Krankenversicherung sprengen. Sie wäre im übrigen auch sachlich nicht sinnvoll, weil bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim auch der normale Grundbedarf von Essen und Wohnen ab-

Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums verlangt nach einer verbindlichen Definition der obligatorischen Versicherung und einer klaren Abgrenzung zu den Zusatzversicherungen.

gedeckt wird. Diese Überlegungen führen zur Unterscheidung zwischen Spital und Pflegeheim und zu einer Definition der Leistungspflicht im Pflegeheim. Wenn nun aber die Leistungen im Pflegeheim neu definiert

Abb. 3: Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung durch die öffentliche Hand und die Versicherten (1996)

	Altes Recht in Mio. Fr.	Neues Gesetz in Mio. Fr.	Veränd. in Mio. Fr.	Veränd. in Prozenten
Öffentliche Hand	2030	2470	440	21,7 %
Versicherte (Prämien und Kostenbeteiligung)	14260	15560	1300	9,1 %
• davon Kostenbeteiligung	(1850)	(2590)	(740)	(40,0 %)
Aufwand Grundversicherung (insgesamt)	16290	18030	1740	10,7 %

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

werden, können dann die Leistungen bei spitalexterner Krankenpflege weiterhin so eng definiert bleiben wie heute? Zwischen diesen Leistungserweiterungen (zeitlich unbeschränkte Leistungen im Spital, Einbezug der medizinischen Grundpflege in den Leistungskatalog bei Spitex und in Pflegeheimen) besteht also ein innerer Zusammenhang.

Was kostet das?

Was kosten nun diese Leistungserweiterungen? Gesamthaft betrachtet entstehen dadurch keine zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen, denn diese Leistungen werden auch heute auf irgendeine Weise erbracht und bezahlt. Das gilt auch für die übrigen Leistungen, welche neu in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen werden (subsidiäre Dekkung des Unfalles; Zahnbehandlungen als Folge schwerer Erkrankungen, z.B. nach einer Behandlung von Krebs). Selbst Massnahmen der Prävention werden bereits heute in zahlreichen Fällen von den Krankenkassen bezahlt, weil die Abgrenzung zu Diagnose und Therapie fließend ist.

Unbestritten ist aber, dass eine stärkere Kostenverlagerung hin zur Grundversicherung entsteht. Wir schätzen, dass sich dadurch die Kosten der Grundversicherung um etwa 10 Prozent erhöhen werden. Davon entfallen ziemlich genau zwei Drittel auf die unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalten, die zusätzlichen Leistungen in Pfe-

geheimen und bei Spitex sowie die Aufhebung von Versicherungsvorhalten für bestehende Krankheiten, also auf sozialpolitisch notwendige und unbestrittene Leistungen.

3. Kosteneindämmung

Die Kosteneindämmung war wie erwähnt zu Beginn der Revisionsarbeiten nicht das Hauptthema, und das mit Grund. Wie soll eine Kosteneindämmung mit Mitteln des Wettbewerbes und der Aufhebung von Kartellen funktionieren, wenn der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch eine fehlende Freizügigkeit der Versicherten verfälscht wird? Es lohnt sich heute für eine Krankenkasse mehr, ihr Werbebudget aufzustocken und so auf Wachstum bei den jungen und gesunden Versicherten zu machen, als bei der Kosteneindämmung innovativ zu sein. Versucht eine Krankenkasse trotzdem, die Kosten in den Griff zu bekommen, beispielsweise durch eine härtere Gangart gegenüber Leistungserbringern oder durch Einschränkungen im Leistungsbereich, besteht die Gegenreaktion der Konkurrenz in Inseraten mit der Botschaft, «kommen Sie zu uns, wir bezahlen alles». Was tun die Krankenkassen in dieser Situation? Sie schliessen sich zusammen, sie gründen sogenannte Megakassen. Diese Entwicklung muss nicht unbedingt zu mehr Wettbewerb führen, sie kann im Gegenteil die Bildung von Monopolen bewirken.

Solange wir die Konstruktionsfehler der heutigen Krankenversicherung nicht behoben haben, werden wir das Kostenproblem nicht in den Griff bekommen, jedenfalls nicht mit den Mitteln, die heute allgemein als die geeignetsten angesehen werden, nämlich die Mittel des Wettbewerbes. Unter dem heutigen Recht bleiben uns deshalb nur behördliche Eingriffe und bürokratische

Solange wir die Konstruktionsfehler der heutigen Krankenversicherung nicht behoben haben, werden wir das Kostenproblem nicht in den Griff bekommen.

tische Kontrollen, also in der einen oder anderen Form die Fortführung jener Massnahmen, welche mit den dringlichen Bundesbeschlüssen eingeführt worden sind.

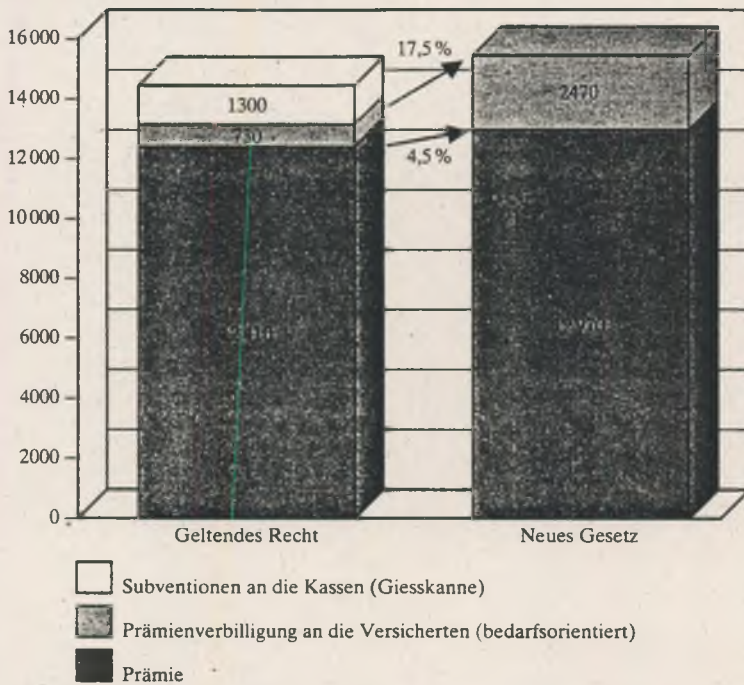
Mehr Eigenverantwortung – weniger Staat

Das neue Gesetz legt demgegenüber das Gewicht sehr stark auf die Eigenverantwortung und den Wettbewerb. Es setzt zunächst beim Versicherten an. Die Kostenbeteiligung wird beibehalten. Sie wird auf die Spitalbehandlung ausgedehnt, um so zwischen ambulanter und stationärer Behandlung gleiche Bedingungen zu schaffen. Die Möglichkeit der Wahl von höheren Kostenbeteiligungen gegen eine Reduktion der Prämien wird beibehalten. Die Wahl von alternativen Versicherungsformen (HMO, Hausarztssystem) soll definitiv eingeführt werden können. Heute sind solche Modelle nur versuchsweise zugelassen.

Mehr Wettbewerb – weniger Zwang

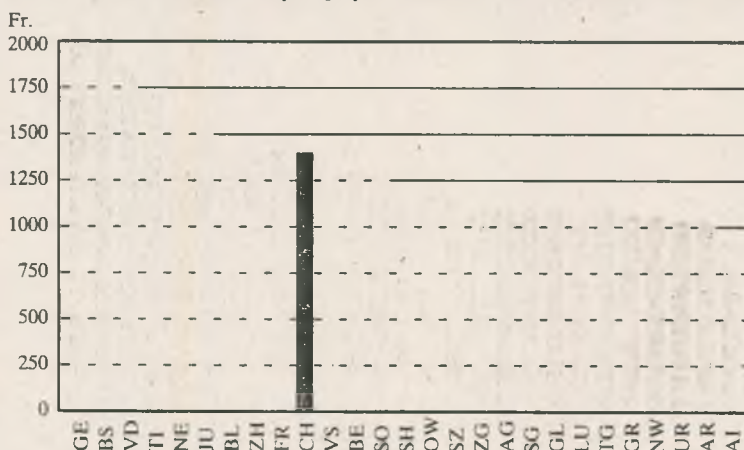
Im Verhältnis zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern soll mehr Wettbewerb herrschen. Aus diesem Grund wird der Verbandszwang beim Abschluss von Tarifverträgen aufgehoben. Auch andere Formen von kartellistischen Absprachen werden ausdrücklich verboten. Dadurch soll das breite Ausgestaltungs-

Abb. 4: Durchschnittlicher effektiver Anstieg des Prämienvolumens (in Mio. Fr.) durch das neue Gesetz



Unter dem geltenden Recht werden die Subventionen direkt an die Krankenkassen ausbezahlt, was zu einer allgemeinen Beeinflussung des Prämienniveaus führte («Giesskanne»). Das neue Gesetz sieht nun anstelle der Subventionierung der Kassen vor, die Subventionen direkt an wirtschaftlich schlechter gestellte Personen auszubehalten (bedarfsgerechte Subventionierung). Die Prämie wird daher vor der Verteilung der Subventionen festgesetzt. Der Vergleich zwischen den beiden Prämientypen führt zu einem Prämienanstieg aufgrund des neuen Gesetzes, welcher nicht der effektiven Mehrbelastung der privaten Haushalte entspricht, weil dabei die Subventionen zur Prämienverbilligung nicht berücksichtigt sind.

Abb. 5: Kosten für Krankenpflege pro Versicherten in den Kantonen 1992



Quelle: Kostenstatistik der Risikoausgleichsstelle des Konkordates der schweizerischen Krankenkassen, Schweiz. Krankenkassen-Zeitung 1994 Nr. 3 S. 17 f.

Die aus der Abbildung ersichtlichen kantonal unterschiedlichen Kosten pro Versicherten wirken sich auf das jeweilige Prämienniveau aus. Die Prämienverbilligungen werden durch den Einbezug des Kriteriums kantonale Durchschnittsprämie diesem Umstand Rechnung tragen. Das neue Gesetz sollte sowohl bei den Kosten pro Versicherten wie auch bei den Prämien mittelfristig zu einer Nivellierung führen (wegen Wettbewerbssituation unter den Kassen [Freizügigkeit] und Leistungserbringern, maximalem Kostendeckungsgrad, kantonalen Planungen usw.).

spektrum bei den Tarifverträgen, welches das Gesetz ermöglicht (Zeittarife, Fallpauschalen, Versichertenpauschalen usw.) auch tatsächlich zur Anwendung gelangen.

Das Gesetz gibt aber auch den Behörden weiterhin die Möglichkeit, auf die Vergütung von Leistungen Einfluss zu nehmen, nämlich durch das Mittel der Genehmigung von Tarifverträgen und die Beschwerdemöglichkeit an den Bundesrat.

Sonderfall Spitäler

Im Bereich der Spitäler sind spezielle Vorkehren zur Kosteneindämmung vorgesehen, und zwar ebenfalls als Mischung zwischen Mitteln der Kontrolle und des Wettbewerbes. Die Kantone haben eine Liste der zugelassenen Spitäler zu erstellen. Sie müssen diese Liste unter anderem aufgrund einer Spitalplanung erstellen. In die Planung sind auch Privatspitäler einzubeziehen. Die Spitäler müssen ihre Kostenrechnungen und Leistungsstatistiken nach einheitlicher Methode führen. Dadurch werden Betriebsvergleiche zwischen Spitalern möglich, und dies wiederum erlaubt den Krankenversicherern, die Senkung von überhöhten Spitaltarifen zu verlangen.

Qualitätskontrollen

In Zukunft dürften Qualitätskontrollen immer wichtiger werden. Bei den hohen Aufwendungen für das Gesundheitswesen besteht ein legitimes Bedürfnis nach Untersuchungen, welche zeigen, ob den eingesetzten Mitteln auch tatsächlich ein entsprechendes Ergebnis gegenübersteht. Mit dem Gesetz wird nun zum ersten Mal eine rechtliche Grundlage für solcher Qualitätskontrollen geschaffen. Die Durchführung der entsprechenden Kontrollen soll in erster Linie den betreffenden Berufsverbänden übertragen werden können.

Notrecht nur als letztes Mittel

Das neue Gesetz bringt gegenüber dem geltenden Recht also eindeutig mehr Möglichkeiten, um auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen. Es wird deshalb möglich sein, auf das heutige Notrecht zu verzichten. Auf Dauer kann man nämlich die Kosten nicht mit einem Verbot der Erhöhung von Arzt- und Spitaltarifen im Griff halten. Solche Massnahmen können nur für eine beschränkte Zeit ergriffen werden. Sie

sind aber nach dem Konzept des Gesetzes auch in Zukunft nicht völlig ausgeschlossen. Sollten die Mittel des Wettbewerbes nicht greifen, können die Behörden, in erster Linie die Kantonsregierungen, zu ausserordentlichen Mitteln (Verbot von Tarifierhöhungen, Globalbudgetierungen in Spitälern) greifen.

Zusammenfassung

Der Grund für die Revision der Krankenversicherung sind die Mängel der heutigen Regelung. Es sind Mängel in der Konstruktion der Krankenversicherung. Das Konzept unserer Krankenversicherung stammt noch aus dem 19. Jahrhundert. Es baut auf einer Gesellschaft mit einer geringen Mobilität auf, in welcher die Bindungen an Institutionen, wie sie eine Krankenkasse darstellt, relativ stabil waren. Die Schwächen dieser Konstruktion kommen in einer mobilen Gesellschaft mit geringen Bindungen an Institutionen zum Vorschein. Sie werden noch verstärkt durch die Kostensteigerung.

Die Revision der Krankenversicherung muss deshalb richtigerweise beim System und der Organisation der Krankenversicherung ansetzen. Die Mobilität in der Gesellschaft soll sich auch in der Krankenversicherung wiederfinden. Wenn die Krankenversicherung eine Sozialversicherung sein soll, dann muss sich diese Mobilität aber innerhalb eines klar definierten Rahmens abspielen. Das ist der Grund für die Einführung der obligatorischen Versicherung mit voller Freizügigkeit der Versicherten zwischen den mitwirkenden Krankenversicherern.

In einer obligatorischen Krankenversicherung gelten die gesetzlichen Auflagen für alle Versicherten, sie müssen deshalb nicht mehr durch Beiträge der öffentlichen Hand an die Krankenkassen abgegolten werden. Dies erlaubt den Einsatz der Subventionen für gezielte Prämienverbilligungen zugunsten von wirtschaftlich Schwächeren.

Die Einführung eines Versicherungsobligatoriums verlangt nach einer verbindlichen Definition der obligatorischen Versicherung und einer klaren Abgrenzung zu den Zusatzversicherungen. Bei einer verbindlichen Umschreibung der Grundversicherung stellt sich die Frage des Schliessens von Leistungs-



Verteilung der staatlichen Gelder nach dem bisherigen...



...und nach dem neuen Krankenversicherungsgesetz

(Pécub)

lücken. Solche Leistungslücken bestehen heute tatsächlich, vor allem bei der Spitalbehandlung (beschränkte Leistungsdauer), bei den Pflegeheimen und in der spitalexternen Krankenpflege.

Für die Versicherten steht das Problem der Kosten- und Prämiensteigerung im Vordergrund. Die Revision der Krankenversicherung muss sich deshalb darauf konzentrieren. Im heutigen System der Krankenversicherung können die Mittel des Wettbewerbes nur beschränkt zur Kosteneindämmung eingesetzt werden, weil der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch die fehlende Freizügigkeit der Versicherten verfälscht ist. Dem heutigen System ist deshalb die Tendenz zu Kartellen und zu behördli-

chen Eingriffen inhärent. Auch die Kosteneindämmung verlangt deshalb nach einer Reform des Systems, und zwar grundsätzlich nach der gleichen Reform wie die Stärkung der Solidarität. Im Interesse der Kosteneindämmung sind aber die Wahlmöglichkeiten der Versicherten und der Versicherer zu erweitern (alternative Versicherungsmodelle, Vielzahl von Vergütungssystemen). In diesem Punkt gehen wir mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz auch im internationalen Vergleich völlig neue und interessante Wege, indem wir das Versicherungsobligatorium nicht mit einer Einheitslösung verbinden, sondern mit Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb innerhalb eines klar abgegrenzten Rahmens. —

Fünf Gründe für ein kartellrechtliches Ja zum KVG



MARGARETA LAUTERBURG,
FÜRSPRECHERIN,
ADJUNKTIN DES SEKRETARIATS
DER KARTELLKOMMISSION

Das KVG bringt ein Verbot von kostentreibenden Kartellabsprachen

Gegenüber dem heutigen Gesetz hat das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus wettbewerbsrechtlicher Sicht einen grossen Vorteil: Es verbietet eine Reihe von Kartellen (d.h. wettbewerbsbeschränkenden Abreden), die heute gang und gäbe sind. Zum Beispiel verbieten die Ärztesellschaften ihren Mitgliedern, mit den Krankenkassen eigene Verträge abzuschliessen oder die bestehenden Honorarordnungen (Tarife) zu unterschreiten. Das neue KVG erklärt solche Kartelle, die das Kostenwachstum anheizen, für unzulässig. Damit räumt es den einzelnen Leistungserbringern die Freiheit ein, mit den Kassen eigene Verträge abzuschliessen, die von den einheitlichen Verbandsverträgen abweichen. Innovative, kostenbewusste Ärzte wären unabhängig von der Standespolitik der Verbände und könnten z.B. einen HMO-Vertrag¹ abschliessen oder sich einer PPO-Organisation² anschliessen.

Heute ist dies nicht selbstverständlich. So hat die bernische Ärztesgesellschaft ihren Mitgliedern 1992 mit dem Ausschluss und mit dem Entzug des FMH-Titels gedroht, falls sie eigene Verträge abschliessen würden. Diese Drohung ist von der Ärztesgesellschaft zwar zurückgenommen worden, nachdem sich die Kartellkommission eingeschaltet hatte. Eine Selbstverständlichkeit ist die Vertragsfreiheit der Ärzte in der Schweiz deshalb aber noch lange nicht: Im Mai 1994 hat eine Kasse, welche in der Nordwest-

schweiz eine HMO aufziehen wollte, von der dortigen Ärztesgesellschaft einen Brief erhalten, in dem zu lesen stand, Vertragspartner könne nur die Vereinigung sein, den Mitgliederärzten seien eigene Vertragsverhandlungen verboten. Der Beizug von freipraktizierenden Ärzten zur Tätigkeit in HMOs auf breiter Basis wurde in dem Brief gar als systemwidrig dargestellt. Offensichtlich versucht die Ärzteschaft immer noch, die Entstehung von kostengünstigen Versicherungs- und Versorgungsalternativen zu behindern, weil diese die Ärzteteinkommen schmälern könnten.

Nicht nur bei den Ärzten, sondern auch bei anderen Leistungserbringern (z.B. Physiotherapeuten) wird das Recht zum Vertragsschluss dem Verband vorbehalten. Das neue KVG, welches bestimmte Arten von Kartellen verbietet, ist mit Blick auf Tarifverträge mit einem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis also sehr wichtig.

Wer will, dass auch die Leistungsanbieter künftig einen gewissen Wettbewerbsdruck zu spüren bekommen, und wer nicht will, dass eine immer grössere Zahl von Anbietern auf Kosten der Prämienzahler eine Einkommensgarantie mit Teuerungsausgleich beansprucht, sollte das neue KVG unterstützen.

Das KVG bringt Leben in die verkrustete Tarifvertragslandschaft

Während das heutige Gesetz auf der Grundlage der einheitlichen Verbandsverträge steht, welche alle Leistungsanbieter und alle Kassen erfassen, will das neue KVG die Tür

öffnen für Tarifverträge, die von den Verbandsverträgen abweichen. Gruppen von Ärzten könnten z.B. mit einer oder mehreren Kassen statt einem Einzelleistungstarif einen Zeittarif vereinbaren. Einzelleistungstarife setzen einen Anreiz zur sogenannten Mengenausdehnung: Je mehr der Arzt im Einzelfall vorkehrt, desto höher wird sein Einkommen. Weil der Arzt Behandlungsfreiheit geniesst und weil die Kassen die Wirtschaftlichkeit der Behandlung mit den heutigen Methoden kaum wirksam überprüfen können, kann nicht verhindert werden, dass unnötige Leistungen erbracht und verrechnet werden. Mit einem Zeittarif würde der Arzt dagegen für die Zeit entschädigt, die er einem Patienten widmet. Die Wirtschaftlichkeitskontrolle ist hier sehr viel einfacher: Eine Arbeitswoche kann nicht gut zweihundert Stunden haben...

Denkbar sind ausser den Zeittarifen auch HMO-Verträge, in denen der Arzt unabhängig von der Anzahl der Konsultationen ein bestimmtes Monats- oder Jahreseinkommen erhält, PPO-Verträge, in welchen 50 oder 70 Prozent der im Kanton niedergelassenen Ärzte die Behandlung der Versicherten einer Kasse übernehmen oder Verträge, welche eine Pauschalentschädigung für bestimmte Typen von Diagnosen³ vorsehen.

Mit solchen Vertragsalternativen lässt sich herausfinden, wie die Verhältnisse zwischen Kassen und Leistungserbringern gestaltet werden müssen, damit eine qualitativ hochstehende und preiswerte Medizin resultiert. Dieser Wettbewerb unter verschiedenen Vertragssystemen bietet eine Chance zum Auffinden des optimalen Versicherungs- und Versorgungs-Pakets. Die heutigen, alle Kassen und Leistungserbringer erfassenden Einheits-Verbandsverträge erlauben es dagegen kaum, die Kostenentwicklung soweit nötig in den Griff zu bekommen.

Wer also will, dass die Krankenkassen die (heute massgeblich durch

1 HMO = Health Maintenance Organisation = «Gesundheitskasse».

2 PPO = Preferred Provider Organisation = Kasse mit «bevorzugten» (weil gut und günstig arbeitenden) Ärzten.

3 DRG = diagnosis related groups = diagnoseabhängige Fallkostenpauschale im Spitalbereich.

AVG = ambulatory visitor group = «DRG für den ambulanten Bereich».

die Leistungsanbieter bestimmten) Verhältnisse künftig auch ein Stück weit sollen beeinflussen können, sollte das neue KVG bejahen.

Das KVG ermöglicht Prämienersparnisse gegen Verzicht auf volle Arztwahlfreiheit

Das neue Gesetz bestimmt, dass künftig nicht mehr die Krankenkassen, sondern nur noch die Versicherten selber befugt sind, die Arztwahlfreiheit einzuschränken. Nur in dem Masse, als die Versicherten bereit sind, auf einen Teil dieser Freiheit zu verzichten, können die Kassen kostengünstige Sonderverträge mit einem Teil der Leistungserbringer abschliessen. Solange die Versicherten die volle Wahlfreiheit beanspruchen wollen, sind die Krankenkassen auch künftig verpflichtet, mit allen Ärzten, Physiotherapeuten usw. Verträge abzuschliessen und die Leistungen aller dieser Anbieter zu bezahlen.

Die Kartellkommission hatte sich ursprünglich für ein System ausgesprochen, in welchem die Leistungserbringer nicht automatisch das Recht hätten, auf Kosten der Sozialversicherung tätig zu sein. In diesem Modell hätten die Krankenkassen das Recht gehabt, nur diejenigen guten und kostenbewussten Ärzte unter Vertrag zu nehmen, welche für die Behandlung ihrer Versicherten notwendig sind. Entsprechend hätten die Kassen, wie im heutigen Recht, befugt sein müssen, die Wahlfreiheit der Versicherten zu beschränken. Dieses Modell hätte die Tatsache berücksichtigt, dass eine Angebotsausdehnung (z.B. Zunahme der Ärztezahl) zu einem Kostenwachstum (alle Ärzte streben ein gewisses Einkommen an), eine Angebotseinschränkung (Vertrag nur mit einem Teil der Ärzte) entsprechend zu einem Kostenrückgang (Einkommensgarantie nur für einen Teil der Ärzte) führt. Hätten die Krankenkassen jedoch das Recht erhalten, das heute existierende Überangebot durch die Beschränkung der Vertragsärzte zu reduzieren, hätte dies für diejenigen Leistungsanbieter innert kurzer Zeit einschneidende Folgen gehabt, welchen es nicht gelungen wäre, einen Vertrag mit den Kassen zu erhalten.

Mit Rücksicht auf eine schonende Anpassung der Ärztezahl an veränderte Verhältnisse (sprich Not-

wendigkeit zur Begrenzung des Kostenwachstums) ist es deshalb zu begrüssen, dass künftig nur die Versicherten selber ihre Wahlfreiheit einschränken können. An ihnen ist es nun, diese Möglichkeit wahrzunehmen, damit sich kostengünstige Alternativen langsam ausdehnen und schliesslich auf dem Markt eventuell sogar durchsetzen können.

An der Verwaltung liegt es, die Entwicklung der alternativen Versicherungs- und Versorgungsverhältnisse nicht mit allzu einschränkenden Prämienvorschriften zu hemmen: Beschränkt man die zulässigen Prämienrabatte zu sehr, lassen sich die Versicherten nicht für eine kostengünstige Alternative begeistern. Die Alternativverträge könnten sich dann auf dem Markt nicht durchsetzen. Der sukzessive Abbau des kostspieligen Überangebots würde unterbleiben.

Wer also will, dass die Versicherten eigenverantwortlich darüber sollen entscheiden können, ob sie im Interesse der Kostenbegrenzung auf einen Teil ihrer Wahlfreiheit verzichten wollen, und wer eine schonende Strukturanpassung einem schmerzhaften kurzfristigen Eingriff vorzieht, sollte dem neuen KVG zustimmen.

Das KVG bringt Freiheit bei Kassenwahl und -wechsel und stoppt die Entsolidarisierung

Auf dem Markt kann sich die geschilderte Vertragsvielfalt nur dann positiv auswirken, wenn die Versicherten ihre Rolle als Nachfrager spielen können. Ihnen muss ermöglicht werden, dass sie tatsächlich zu demjenigen Versicherungs- und Versorgungsangebot strömen können, welches kostengünstig ist und in qualitativer Hinsicht die Erwartungen erfüllt. Die Versicherten müssen mit anderen Worten ihre Kasse (bzw. ihr bevorzugtes Versicherungs-Versorgungs-Paket) frei wählen und frei wechseln können. Die Kasse muss verpflichtet werden, Interessenten unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand aufzunehmen.

Damit die sogenannten «guten Risiken» nicht abwandern können zu Billigkassen mit (vorübergehend) günstiger Risikostruktur oder zu Einrichtungen der Privatassekuranz, welche diesen «guten Risiken» vorbehalten bleiben, ist in der Grund-

versicherung ferner ein Obligatorium notwendig. Das Obligatorium trägt dazu bei, dass Wettbewerbsverzerrungen zwischen der Privatassekuranz und der Sozialversicherung ausgeräumt werden.

Das neue Gesetz garantiert mit seinen Bestimmungen über die Grundversicherung, über die vorbehaltlose Aufnahmepflicht der Krankenkassen, die freie Kassenwahl, die Freizügigkeit und das Obligatorium, dass die Versicherten sich mittels Prämien- und Leistungsvergleichen ein Bild davon machen können, welches Versicherungs- und Versorgungspaket sie wünschen, und dass sie tatsächlich die Möglichkeit haben, sich entsprechend zu versichern.

Es trifft nicht zu, dass die Vielfalt in den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Kassen für die Versicherten zu einem unübersichtlichen Wirrwarr führt. Die Vertragsvielfalt bezieht sich nämlich nicht auf die Frage, welche Leistungen die Kassen bezahlen müssen, denn der Leistungskatalog der Grundversicherung ist im Gesetz definiert. Die Vertragsvielfalt bezieht sich vielmehr auf die Frage, welche Leistungserbringer für eine Kasse tätig sind und auf welche Weise die Leistungserbringer entschädigt werden sollen. Vertragsvielfalt verhindert die Transparenz und die Möglichkeit von Preis-Leistungs-Vergleichen deshalb nicht.

Wer also will, dass die Solidarität in der Versichertengemeinschaft wiederhergestellt wird und dass die Versicherten echte Wahlmöglichkeiten erhalten, und wer es ablehnt, dass die «guten Risiken» in guten Zeiten von tiefen Prämien profitieren, um dann in schlechteren Zeiten wieder auf die Sozialversicherung zurückzugreifen, spricht sich für das neue KVG aus.

Das KVG beseitigt wettbewerblich unerwünschte Nebenwirkungen des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich unter den Krankenkassen wirkt strukturerhaltend, indem er Kassen mit schlechter Risikostruktur (und teuren Prämien!) künstlich am Leben erhält. Aus wettbewerblicher Sicht sollten notwendige Strukturbereinigungen demgegenüber nicht verhindert werden. Ausserdem hat der Risikoausgleich wettbewerbsverzerrende Nebenwirkungen, indem er just kleine

Kassen und Kassen mit gutem Kostenmanagement benachteiligt.

Diese Nachteile des Risikoausgleichs sind mittlerweile erkannt worden. Nach dem neuen Gesetz soll er deshalb so konstruiert werden, dass Anreize zum Kostensparen erhalten bleiben. Gutes Kostenmanagement der Kassen kann dann in Form von Prämiennachlässen an die Versicherten weitergegeben werden, statt in Form von Ausgleichszahlungen in weniger gut wirtschaftenden Kassen zu versickern. Ausserdem soll der Risikoausgleich auf die Dauer von maximal zehn Jahren beschränkt werden. Wahrscheinlich wird er sich aber schon vor Ablauf dieser Frist erübrigen: Die rasant verlaufende Strukturbereinigung bei den Kassen wird schnell zu alters- und geschlechtsmässig ausgeglichenen Versichertenbeständen führen.

Wer also will, dass der aufwendige, wettbewerbsrechtlich problematische, sozialpolitisch aber notwendige Risikoausgleich zeitlich beschränkt wird, und wer dagegen ist, dass der Risikoausgleich gerade die Kassen mit gutem Kostenmanagement benachteiligt, sollte sich für das neue KVG einsetzen. —

Das neue Krankenversicherungsgesetz: Stimmt die sozialpolitische Stossrichtung?



DR. WALTER ACKERMANN,
DIREKTOR DES INSTITUTS FÜR
VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT
DER HOCHSCHULE ST.GALLEN

In einem sind sich Befürworter und Gegner des neuen KVG einig: Das schweizerische Gesundheitswesen kränkelt und bedarf einer Neuorientierung. Über das «Wie» gehen die Meinungen freilich weit auseinander. Angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen (z.B. der Versicherten, der Ärzte, der öffentlichen Hand, der Krankenkassen) ist dies auch nicht verwunderlich.

Aus diesen Gründen ist es sinnvoll, die KVG-Vorlage nicht nur aus Sicht der wichtigsten Interessengruppen zu beurteilen. Hier soll vielmehr der Versuch unternommen werden, das neue Krankenversicherungsgesetz aus Sicht der Sozialpolitik beziehungsweise Gesundheitsökonomik einer kurzen Analyse und Würdigung zu unterziehen. Dieses Vorgehen bedingt, die Zielvorgaben offenzulegen, die dieser Beurteilung zugrunde liegen.

Historische Besonderheiten sowie eine unterschiedliche Gewichtung sozialpolitischer und ökonomischer Ziele haben zur Ausprägung von drei verschiedenen Systemen der medizinischen Grundversorgung geführt:

- **Nationaler Gesundheitsdienst:** Hier wird der gesamten Bevölkerung ein «kostenloser» Zugang zu staatlich kontrollierten medizinischen Einrichtungen gewährt, welche vorwiegend aus dem allgemeinen Steuerhaushalt finanziert werden (Beispiele: Grossbritannien, Italien).

- **Sozialversicherungsmodell:** Das Gesundheitswesen wird schwerge-

wichtig über eine obligatorische Sozialversicherung organisiert. Versicherungsträger sind dezentrale Krankenkassen. Die ambulante Leistungserbringung erfolgt privat, die stationäre mehrheitlich öffentlich, teilweise auch privat (Beispiele: Deutschland, Frankreich, Schweiz).

- **Privatversicherungssystem:** Finanzierung und Leistungserbringung erfolgen hier vorwiegend privat (Beispiel USA).

Die drei Systeme unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Eingriffe in das Angebot und der Finanzierung medizinischer Leistungen natürlich sehr stark. Im Bereich der generellen Zielsetzungen sind indessen keine fundamentalen Unterschiede auszumachen. Grundsätzlich geht es allen Systemen um drei Zielsetzungen:

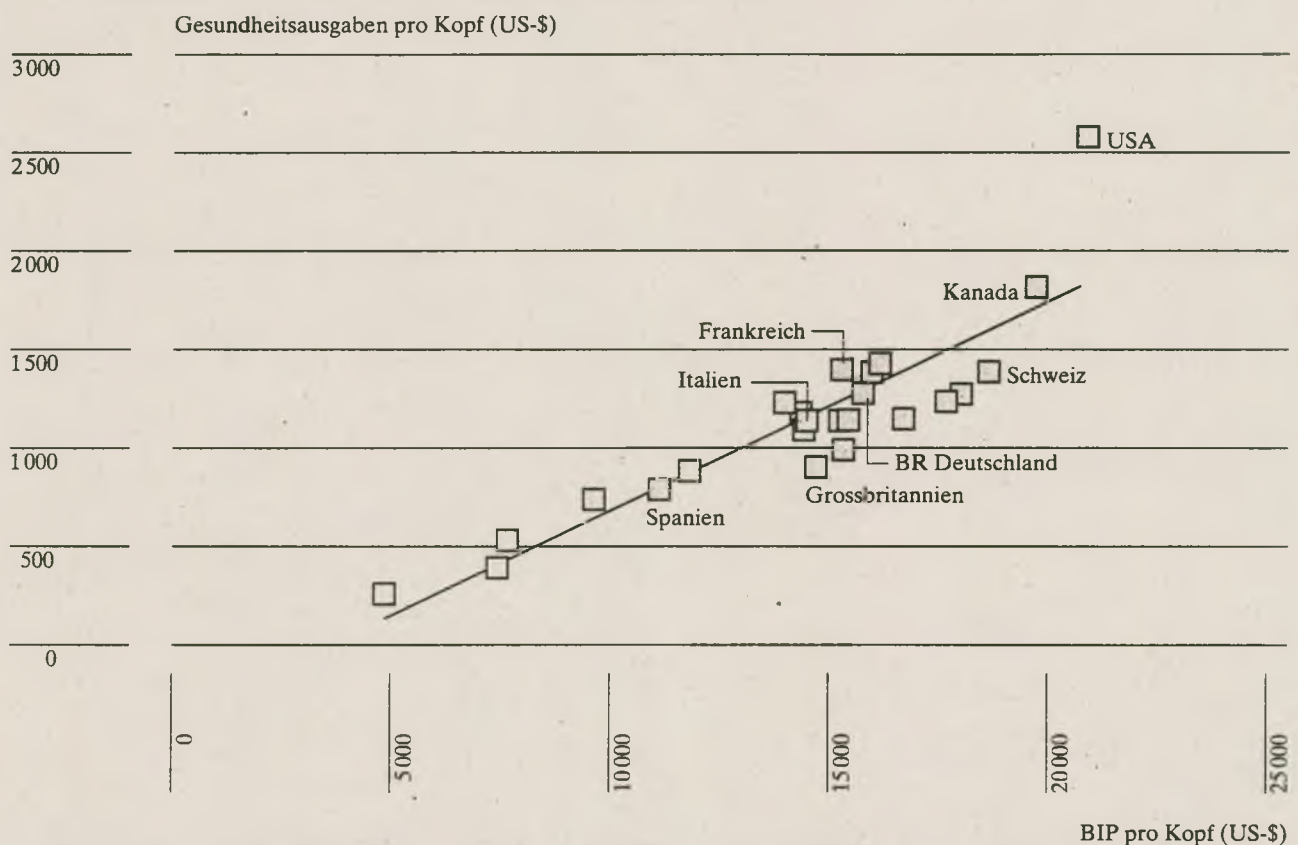
1. Angestrebt wird eine qualitativ möglichst hochstehende medizinische Versorgung.

2. Die Versorgung ist zu möglichst geringen Kosten bereitzustellen.

3. Das Angebot soll der gesamten Bevölkerung zu finanziell tragbaren Konditionen zugänglich sein.

Mit anderen Worten: Angestrebt wird sowohl Qualität wie auch Effizienz und soziale Gerechtigkeit. Es ist verständlich, dass diese Ziele bzw. die Zielerreichung in einer pluralistischen Gesellschaft unterschiedlich ausgelegt und beurteilt werden. Aus sozial- und gesundheitsökonomischer Sicht muss jedoch die Forderung bestehen bleiben, dass die grundsätzliche Stossrichtung einer Revision diesen Zielsetzungen entspricht.

Zusammenhang zwischen Bruttoinlandprodukt (BIP) und Gesundheitsausgaben, 1990



Quelle: OECD Health Data

Im folgenden werden einige zentrale Revisionspunkte des neuen KVG herausgegriffen und deren Zweckmässigkeit an den drei erwähnten Zielen eines modernen Gesundheitssystems gemessen.

Forderung 1: Das neue KVG muss eine qualitativ hochstehende Medizin ermöglichen

Die Sicherstellung einer qualitativ einwandfreien medizinischen Versorgung war sicherlich schon bis anhin nicht das Hauptproblem im schweizerischen Gesundheitswesen. Immerhin ist anzufügen, dass das neue KVG auch auf der Angebotsseite eine Reihe wettbewerbsfördernder Massnahmen enthält, die Konkurrenz und Qualität fördern.

Forderung 2: Die Versorgung ist zu möglichst geringen Kosten herzustellen

Wir alle wissen, dass die Zuwachsraten der Gesundheitsausga-

ben seit Jahren zu Sorge Anlass geben. Dabei ist die Problematik eng mit der Frage verknüpft, welche Ursachen die Kostenentwicklung beeinflussen bzw. wie diese am ehesten kontrolliert werden können:

Anhaltspunkte dazu lassen sich aus der Höhe und Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich gewinnen (vgl. Abbildung).

Der Zusammenhang zwischen dem BIP pro Kopf und den Gesundheitsausgaben pro Kopf (in US-\$) belegt, dass die Gesundheitsausgaben weitgehend dem Wohlstandsniveau folgen. Mit anderen Worten: Zwischen der Organisation des Gesundheitswesens (d.h. ob ein System als nationaler Gesundheitsdienst, als Sozial- oder als Privatversicherungsmodell konzipiert ist) und der Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben ist kein direkter Zusammenhang erkennbar.

Die GesundheitsökonomInnen sind sich daher weitgehend einig, dass das Wachstum in erster Linie auf eine

vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, d.h. auf einen *Mengeneffekt*, zurückzuführen ist. Die Höhe der Ausgaben wird somit unmittelbar durch den Umfang der Versicherungsleistungen sowie deren Finanzierung bestimmt.

Dieser Zusammenhang macht klar, dass die vorgesehene Trennung zwischen obligatorischer Grundversicherung und freiwilliger Zusatzversicherung sowie die Einführung einer Kostenbeteiligung auch im stationären Bereich sinnvoll sind. Die Einführung einer umfassenden, obligatorischen Grundversicherung bietet die Möglichkeit, den *Leistungskatalog abschliessend* zu definieren – und damit zu verhindern, dass laufend neue Versicherungsleistungen in die soziale Krankenversicherung eingebaut werden. Die Ausweitung der Kostenbeteiligung sorgt einerseits für mehr Kostentransparenz und enthält Anreize zur Nachfragesteuerung. Die stärkere Einbindung der Kantone in die Finanzierung der sozialen Krankenversiche-

zung ist ebenfalls richtig, da die Kantone über ihr Spitalangebot die Menge der angebotenen medizinischen Dienstleistungen entscheidend mitbestimmen. Alle drei Massnahmen dürften daher mittelfristig dämpfend auf die Gesundheitskosten einwirken.

**Forderung 3:
Das Angebot muss der Gesamtbevölkerung zu finanziell tragbaren Konditionen zur Verfügung gestellt werden**

Aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht darf sich die Finanzierungs- bzw. Umverteilungsdiskussion nicht einseitig auf die Krankenversicherung konzentrieren. Zur Sicherstellung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sind die gesamten Sozialaufwendungen bzw. Umverteilungsströme relevant. Bekanntlich ist die *Sozialleistungsquote* in der Schweiz – wie in anderen europäischen Industriestaaten auch – seit Jahren steigend, von einem generellen Sozialabbau kann keine Rede sein. Zusätzlich ist bekannt, dass die grossen demografisch bedingten Mehrbelastungen noch vor uns liegen. Vor diesem Hintergrund zeigen sich, international gesehen, grundsätzliche sozialpolitische Entwicklungstendenzen. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die nach dem Zweiten Weltkrieg lediglich in Mittel- und Nordeuropa entstandene Politik einer *staatlich verordneten, obligatorischen Vollversorgung* der Bürger (= Sicherung der gewohnten Lebenshaltung) lässt sich unter den Bedingungen weltweit offener, deregulierter Märkte langfristig nicht aufrechterhalten.

2. Aufgabe des Sozialstaates wird die *Garantierung einer umfassenden Grundversorgung*.

3. Dabei ist es – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der aktuellen Armutsproblematik – zwingend notwendig, die knappen sozialpolitischen Ressourcen gezielter zur *Subventionierung der wirklich Bedürftigen* einzusetzen.

4. Parallel dazu muss die *Idee der Eigenverantwortung und Selbstvorsorge* aufgewertet werden, da ein steigender Teil von Haushalten Aufgaben selbst lösen kann, die der Staat vor Jahrzehnten stellvertretend für sie übernommen hat.

Wichtige Elemente des neuen KVG sind wiederum an diesen Ent-

wicklungstendenzen zu messen. Vor diesem Hintergrund zeigt sich erneut, dass die *Zweiteilung* in eine obligatorische und subventionierte Grundversicherung und eine freiwillige Zusatzversicherung sinnvoll ist; sie entspricht einem generellen sozialpolitischen Entwicklungstrend. In diesem Zusammenhang wird vereinzelt geltend gemacht, dass diese Zweiteilung zu einer Zwei-Klassen-Versicherung und -Medizin führen könnte.

Dieser Vorwurf ist jedoch irreführend, solange die obligatorische Grundversicherung wirklich als eine umfassende Grundversorgung – wie dies im KVG vorgesehen ist – ausgestaltet ist.

Über die seit Jahren diskutierte Forderung, die Subventionen gezielter den wirklich Bedürftigen bzw. sozial Schwachen und Benachteiligten zukommen zu lassen, braucht man keine weiteren Worte zu verlieren. Das im KVG vorgesehene Modell der bedarfsorientierten Prämienverbilligung wird aus Sicht von Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik seit Jahren verlangt.

Fazit:

Aus Sicht der (übergeordneten) Sozialpolitik sprechen mehrere Überlegungen für das neue KVG:

1. Die generelle Stossrichtung ist auf ein *zukunftsgerichtetes sozialpolitisches Ordnungsmodell* ausgerichtet, das in den nächsten Jahren, nicht nur in der Schweiz, an Aktualität gewinnen wird.

2. Die im KVG vorgesehenen *Massnahmen zur Angebots- und Nachfragesteuerung* sind sinnvoll und politisch ausgewogen.

3. Eine Verwerfung der Vorlage wirft uns um Jahre zurück. Auch die *politischen Ressourcen* zur Lösung solcher Probleme sind beschränkt – wir werden sie zur Lösung der anstehenden Probleme in der Altersvorsorge dringend brauchen. —

S C H W E R P U N K T

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie – appréciation globale

Le 18 mars 1994, les Chambres fédérales ont adopté la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Depuis lors, il ne fait aucun doute que le peuple sera appelé à se prononcer sur cette loi. Certains points du projet seront alors, et c'est inévitable vu la complexité de ce dossier, mis au premier plan. Mais ce serait une erreur de vouloir se forger une opinion à propos de cette loi en s'appuyant uniquement sur l'un ou l'autre élément du projet. Celui-ci doit être jugé dans son ensemble, ce que nous tenterons de faire ici.

MARKUS MOSER, DR EN DROIT, SOUS-DIRECTEUR,
CHEF DE LA DIVISION PRINCIPALE
ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, OFAS

L'élaboration de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie a eu pour point de départ les rapports assortis de propositions de réforme de l'assurance-maladie remis en septembre 1988 par quatre experts indépendants. S'inspirant des points de convergences de ces rapports, le Conseil fédéral a, au mois d'août 1989, fixé des principes concernant la réforme de l'assurance-maladie dont il a assorti le mandat d'une commission d'experts qu'il venait de désigner.¹ Ces principes constituaient, d'une part, des bases de travail contraignantes pour la commission et, d'autre part, donnaient des orientations sur certaines questions à examiner, la décision incombant aux experts. Sont-ils maintenant concrétisés dans la loi ou les accents ont-ils été sensiblement déplacés au cours des débats?

Trois points cruciaux

Les trois points cruciaux de la réforme de l'assurance-maladie figurent déjà dans les principes imposés par le Conseil fédéral; ce sont:

- *le renforcement de la solidarité grâce à une réforme de l'organisation de l'assurance-maladie (obligation de s'assurer, libre passage intégral, séparation précise entre l'assurance de base et les assurances complémen-*

¹ Cf. à ce propos Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991, chiffre 14, FF 1992 I 77 s.

taires, uniformité des primes au sein d'une même caisse, affectation ciblée des subsides des pouvoirs publics à la réduction des primes des assurés à ressources modestes),

- *la maîtrise des coûts par la promotion de la concurrence (renforcement de la liberté contractuelle dans les conventions tarifaires, application plus efficace du principe du caractère économique du traitement, possibilité de choisir des modèles d'assurance alternatifs), ainsi que*

- *la suppression de lacunes dans les prestations de l'assurance de base.*

A cet égard, on constate que les accents n'ont été que légèrement décalés dans la LAMal qui vient d'être adoptée. Dans les principes du Conseil fédéral, il fallait que les subventions des pouvoirs publics servent «en premier lieu» à réduire les cotisations individuelles des assurés à ressources modestes. Une partie de ces subventions devait être affectée à la péréquation générale des charges (en faveur des femmes, des personnes âgées ou des malades chroniques, par exemple). La loi va plus loin puisque l'assurance obligatoire rend inutiles les contributions destinées à compenser des charges légales (p.ex. primes identiques pour les hommes et les femmes). En outre, les principes posés par le Conseil fédéral prévoyaient que la compensation des risques entre les assureurs devait être un élément immuable de la réforme de l'assurance-maladie. La loi n'ins-

D
O
S
S
I
E
R

taure cette compensation des risques que pour une durée de dix ans.

Le Conseil fédéral souhaitait également que l'on examine l'introduction d'une assurance des gros risques et d'une franchise familiale échelonnée en fonction des revenus. Cette perspective a toutefois déjà été écartée par la commission d'experts. On relèvera en outre que le Conseil fédéral voulait plutôt abolir l'influence des autorités sur les tarifs puisqu'il suggérait de renoncer à l'approbation des conventions tarifaires par les gouvernements cantonaux ainsi qu'à la fixation des tarifs sur le plan fédéral pour les médicaments et les analyses de laboratoires. Sur ces deux points, la commission d'experts s'en est tenue aux conditions en vigueur, qui ont également été confirmées dans la loi.

Si l'on recherche – à partir des rapports d'experts sur lesquels se fondaient les principes posés par le Conseil fédéral, du rapport de la commission d'experts, du projet du Conseil fédéral et jusqu'à la loi – les objets qui ont été placés au premier plan, on constate que le débat a porté en premier lieu sur l'organisation de l'assurance (régime obligatoire, notamment). La discussion s'est ensuite concentrée sur la maîtrise et l'évolution des coûts. Cette évolution a été fortement influencée par l'arrêté fédéral urgent adopté en décembre 1991 et le rapport de la Commission des cartels du mois de décembre 1992. La suppression des lacunes en matière de prestations a toujours été quelque peu en retrait des deux autres points centraux. Mais elle jouera un rôle important lié surtout à la question des coûts lors du scrutin populaire.

Les objectifs de la réforme

Quels sont aujourd'hui les véritables objectifs de cette réforme de l'assurance-maladie? S'agit-il en premier lieu de renforcer la solidarité ou de maîtriser les coûts? Peut-on simultanément maîtriser les coûts et étendre les prestations? La loi observe-t-elle un tracé logique ou est-elle une solution de compromis contradictoire? C'est précisément lorsqu'on se pose ces questions qu'il ne faut pas perdre de vue l'ensemble des problèmes et qu'il y a lieu de considérer les connexions internes de chacune des règles. C'est ce que nous allons tenter de faire ci-après.

1. La solidarité grâce à l'introduction de l'assurance obligatoire

Une assurance-maladie sociale devrait atteindre deux buts: la solidarité avec les malades et la solidarité avec les personnes dont les ressources sont modestes. Ces deux objectifs ne peuvent réellement se concrétiser que dans une assurance obligatoire.

L'assurance facultative favorise la désolidarisation car les règles d'adhésion à l'assurance (réserves d'assurance, échelonnement des primes selon l'âge d'entrée) ont pour effet que seuls les assurés jeunes et en bonne santé peuvent changer de caisse sans inconvénient et, par conséquent, être réunis au sein de leur propre communauté de risque (caisses bon marché, contrats collectifs). L'instauration du libre passage intégral permet de contrer cette tendance étant donné que tous les assurés peuvent ainsi adhérer à une caisse-maladie avantageuse.

En lui-même, le principe du libre passage pourrait aussi être introduit

partiellement dans une assurance facultative, et plus précisément sous forme de libre passage pour toutes les personnes qui sont déjà assurées auprès d'une caisse-maladie. Afin de prévenir les abus, il faudrait cependant toujours prévoir des réserves d'assurance et des suppléments de primes fixés selon l'âge d'entrée pour les personnes qui ne veulent adhérer à l'assurance sociale que lorsqu'elles atteignent un âge avancé ou éventuellement après être tombées malades. Pour des motifs de politique sociale, ces restrictions devraient toutefois à nouveau être tempérées et, de ce fait, leur financement incomberait finalement aux pouvoirs publics.

Une assurance facultative met fortement à contribution les deniers publics en raison du fait que les obligations relevant de la politique sociale doivent être compensées par des subventions des pouvoirs publics. Les rapports d'experts de 1988 le soulignent déjà clairement. Trois des quatre experts ont conclu que les problèmes que connaît l'assurance-maladie ne pouvaient être résolus qu'en introduisant une assurance obligatoire. Le quatrième expert, favorable au maintien de l'assurance facultative, a calculé, en prenant pour base les coûts de l'année 1986, qu'il fallait 3,3 milliards de subventions pour compenser intégralement les obligations de caractère social (obligation de s'affilier, éventail des prestations, exclusion des primes prenant en compte les risques en fonction de l'âge et du sexe). Si l'on effectue une projection de ces coûts pour l'année 1996, on arrive à un montant de subventions équivalant au minimum au double.

L'obligation d'assurance permet donc également de renforcer la solidarité avec les personnes économiquement faibles parce qu'il n'est plus nécessaire de verser des subventions aux caisses-maladie à titre de compensation des obligations légales. Les moyens financiers ainsi économisés peuvent être utilisés pour abaisser de manière ciblée les primes des personnes aux ressources modestes.

Ceux qui revendiquent la suppression des subventions octroyées selon le principe dit de l'arrosoir ne doivent pas perdre de vue qu'une telle suppression n'est envisageable que si l'on introduit en même temps une assurance de base obligatoire. En théorie, une troisième voie est

possible. Elle consisterait à assurer le risque de maladie exclusivement selon les principes de l'assurance sociale; il ne resterait donc plus que l'assurance-maladie sociale. Les assurances privées ne pourraient plus œuvrer ni dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ni dans celui des assurances complémentaires.

2. Suppression des lacunes existantes en matière de prestations

Que prend en charge l'assurance de base?

L'introduction d'une assurance-maladie obligatoire requiert que l'on procède à une claire séparation entre l'assurance de base obligatoire et les assurances complémentaires et, partant, que l'on définisse de manière précise l'éventail des prestations prises en charge par l'assuran-

Dans l'assurance-maladie obligatoire, les obligations légales s'appliquent à toutes les personnes assurées; c'est pourquoi elles ne doivent plus être compensées par des contributions que les pouvoirs publics octroient aux caisses-maladie. Cela permet d'utiliser les subventions de manière ciblée pour réduire les primes des personnes à faible revenu.

ce de base. On ne peut en conséquence conserver la solution proposée dans le droit en vigueur, à savoir de ne prescrire aux caisses-maladie que les prestations minimales et leur accorder la possibilité d'élargir leur propre éventail des prestations de l'assurance de base. Cette solution ne répond d'ailleurs pas au postulat de transparence en ce sens que les offres d'assurance des différentes caisses-maladie ne sont pas comparables, ce qui serait alors préjudiciable juridiquement et de facto au principe du libre passage intégral des assurés.

N'aurait-il pas été plus simple de reprendre les prestations minimales prévues dans le droit en vigueur en les considérant comme un catalogue de prestations définitif? La commis-

4 comités combattent la LAMal

Le référendum contre la LAMal a abouti - 148 952 signatures ont été validées par la Chancellerie fédérale. Ces signatures ont été récoltées par les comités suivants:

77 205 signatures: Comité suisse contre l'explosion des primes et une médecine à deux vitesses dans l'assurance-maladie, Berne

Il émane de la Caisse-maladie et accident Artisana, Berne

55 097 signatures: Comité référendaire contre la loi fédérale sur l'assurance-maladie - pour une nouvelle conception de la santé publique, Berne

Il émane des milieux de la médecine alternative

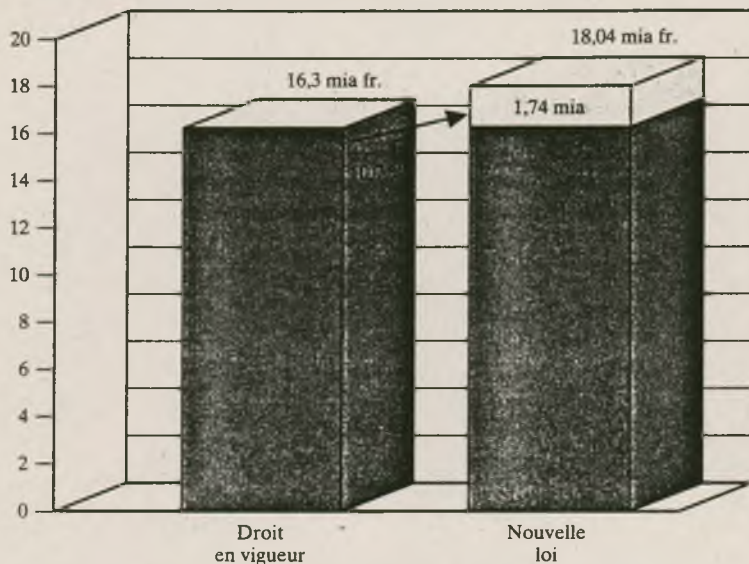
9788 signatures: Comité suisse contre une assurance-maladie onéreuse et pour une véritable réforme de la santé publique, Winterthur

Il émane de la Caisse-maladie Swica (qui regroupe les caisses Oska, Panorama, SBKK, Zoku)

6566 signatures: Comité pour une loi sur l'assurance-maladie respectueuse des droits du patient, Lausanne

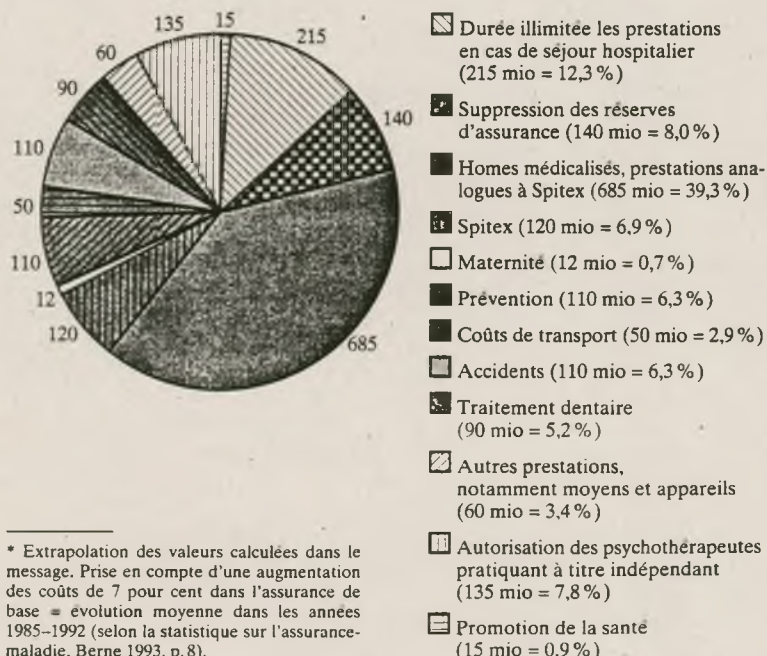
Il émane de médecins, de l'association des physiothérapeutes et du Centre patronal romand

Tabl. 1: Dépenses pour l'assurance-maladie sociale (assurance de base) 1996 en fonction de l'ancien droit et de la nouvelle loi



En comparaison avec la loi en vigueur, la nouvelle loi prévoit des prestations supplémentaires dans l'assurance de base. Pour 1996, les dépenses correspondantes ont été estimées à 1,74 milliards de francs. Ceci explique une part de l'augmentation des primes dans le domaine de l'assurance de base. Il s'agit en grande partie de la prise en charge incontestée par l'assurance de base de coûts correspondant à des prestations pour les personnes âgées. Ces prestations sont aujourd'hui déjà le plus souvent prises en charge dans le cadre des assurances complémentaires. L'extension du catalogue des prestations dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques concerne en premier lieu des prestations qui sont nécessaires à l'approvisionnement de base en cas de maladie (comme la durée illimitée des prestations en cas de séjour hospitalier, Spitex).

Tabl. 2: Répartition des dépenses supplémentaires de 1.74 mia de francs selon la nouvelle loi (en mio fr.)*



* Extrapolation des valeurs calculées dans le message. Prise en compte d'une augmentation des coûts de 7 pour cent dans l'assurance de base = évolution moyenne dans les années 1985-1992 (selon la statistique sur l'assurance-maladie, Berne 1993, p. 8).

sion d'experts avait déjà à l'époque répondu à cette question par la négative parce que les prestations minimales actuelles comportent d'importantes lacunes.

Les prestations obligatoires dans le domaine des soins en milieu hospitalier

La lacune la plus importante est sans conteste constituée par la réglementation selon laquelle l'assurance-maladie n'a pas l'obligation de prendre en charge les frais hospitaliers encourus par une personne âgée au-delà d'un séjour à l'hôpital de deux ans. Au cours de ces dernières années, de nombreuses caisses ont spontanément adouci cette réglementation sévère. Dès le départ, presque personne n'a d'ailleurs contesté la suppression de cette lacune dans la loi.

Mais comment doit-on considérer un séjour à l'hôpital? La prise en charge obligatoire illimitée dans le temps des frais hospitaliers signifie-t-elle que l'assurance-maladie doit assumer l'intégralité des frais occasionnés par les soins et l'assistance prodigués aux patients de longue durée? Si l'on répercutait intégralement la prise en charge du risque de tels soins sur l'assurance-maladie, cela dépasserait les capacités d'une assurance-maladie financée par des primes individuelles. Cette solution ne serait d'ailleurs matériellement pas judicieuse en raison du fait que le séjour dans un home médicalisé comprend les besoins de base normaux en matière de nourriture et de logement. Ces considérations amènent à faire la distinction entre hôpital et home médicalisé et à redéfinir les prestations obligatoirement prises en

L'introduction d'une obligation d'assurance nécessite une définition contraignante de l'assurance obligatoire et une délimitation claire de cette dernière par rapport aux assurances complémentaires.

charge dans ce dernier. Mais si l'on redéfinit les prestations dans le secteur des homes médicalisés, ne faut-il pas en faire de même des prestations dans le domaine des soins infirmiers extra-hospitaliers? Il y a donc un rapport in-

Tabl. 3: Financement de l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques par les pouvoirs publics et les assurés (1996)

	Ancien droit en mio fr.	Nouvelle loi en mio fr.	Modification en mio fr.	Modification en pour cent
Pouvoirs publics	2030	2470	440	21,7 %
Charge suppl. des ménages (participation aux coûts et primes)	14260	15560	1300	9,1 %
• participation aux coûts	(1850)	(2590)	(740)	(40,0 %)
Dépense de l'assurance de base (totale)	16290	18030	1740	10,7 %

L'extension des prestations est couverte par l'augmentation des dépenses pour l'assurance de base des soins médico-pharmaceutiques de 10,7 %, celle-ci ne correspond cependant pas à l'augmentation des primes de 4,5 %. Cela est dû au fait que les parts de financement des pouvoirs publics et la participation aux coûts présentent des taux d'augmentation nettement plus élevés que l'ensemble des dépenses de l'assurance de base. L'augmentation est de 21,7 % en ce qui concerne les financements par les pouvoirs publics. La forte augmentation au niveau de la participation des ménages privés aux coûts (40 %) tient au fait que cette participation a été introduite dans le secteur hospitalier. On assure ainsi d'une part une égalité de traitement des différents fournisseurs de prestations et d'autre part on renforce la conscience des coûts chez les assurés (mêmes conditions pour les soins ambulatoires, semi-stationnaires et stationnaires), ceci contribuant à la maîtrise des coûts.

terne entre ces extensions de prestations (prestations illimitées dans le temps à l'hôpital, intégration des soins médicaux de base dans le catalogue de prestations de soins extra-hospitaliers et des homes médicalisés).

Que coûtent de telles mesures ?

Quels seront les coûts de ces extensions de prestations ? Si l'on considère la santé publique dans son ensemble, elles n'occasionneront pas de coûts supplémentaires, car ces prestations sont déjà fournies et payées d'une manière ou d'une autre à l'heure actuelle. Cela vaut également pour les autres prestations qui sont nouvellement admises dans le catalogue des prestations obligatoires (couverture subsidiaire des accidents ; soins dentaires suite à des maladies graves, par exemple après un traitement contre le cancer). Même des mesures de prévention sont déjà prises en charge dans de nombreux cas par les caisses-maladie car leur délimitation par rapport au diagnostic ou à la thérapie n'est pas fixe.

Mais il est incontestable que l'assurance de base devra assumer une plus grande charge de coûts. Nous estimons que les coûts de l'assurance de base augmenteront d'environ 10 pour cent en raison de l'application de ces mesures ; les deux tiers de ce pourcentage seront dus à l'introduction de la durée illimitée des prestations lors de séjours à l'hôpital, aux prestations supplémentaires dans les

domaines des homes médicalisés et des soins extra-hospitaliers ainsi qu'à la suppression de réserves d'assurance pour des maladies existantes, en somme des mesures qui sont toutes nécessaires et incontestées sur le plan social.

3. Maîtrise des coûts

Comme nous l'avons dit plus haut, la maîtrise des coûts ne représentait pas le thème principal lorsque les travaux de révision ont débuté. Comment peut-on réussir à maîtriser les coûts par le jeu de la concurrence et la suppression des cartels si la concurrence entre les caisses est d'emblée faussée en raison du fait que le libre passage des assurés n'est pas intégralement garanti ? A l'heure actuelle, il est préférable pour une caisse-maladie de gonfler son budget publicitaire et d'aller à la «pêche» aux assurés jeunes et en bonne santé que d'introduire des innovations en vue de maîtriser les coûts. Si une caisse cherche malgré cela à compresser les coûts, par exemple en adoptant une attitude moins souple envers les fournisseurs de prestations ou en procédant à des limitations dans le domaine des prestations, la réaction de la concurrence ne se fait pas attendre ; celle-ci passe des annonces dans la presse dont le contenu est approximativement le suivant : «Venez chez nous, nous payons tout». Que font les caisses-maladie dans une telle situation ? Elles s'asso-

cient et fondent ce qu'on appelle des «mégacaisses». Cette évolution ne renforce pas obligatoirement la concurrence et elle peut au contraire mener à la formation de monopoles.

Aussi longtemps que nous n'avons pas supprimé les erreurs de construction de l'actuelle assurance-maladie, nous ne pourrions pas prendre vraiment en main le problème des coûts, du moins pas avec les instruments que l'on considère généralement aujourd'hui comme étant les plus appropriés, à savoir ceux de la concurrence. Dans le droit tel qu'il est actuellement, il ne reste pour ce faire que les interventions des autorités et les contrôles bureaucratiques, autrement dit on ne peut que poursuivre sous une forme ou une autre les mesures qui ont été introduites par le biais des arrêtés fédéraux urgents.

Plus de responsabilité propre – moins d'Etat

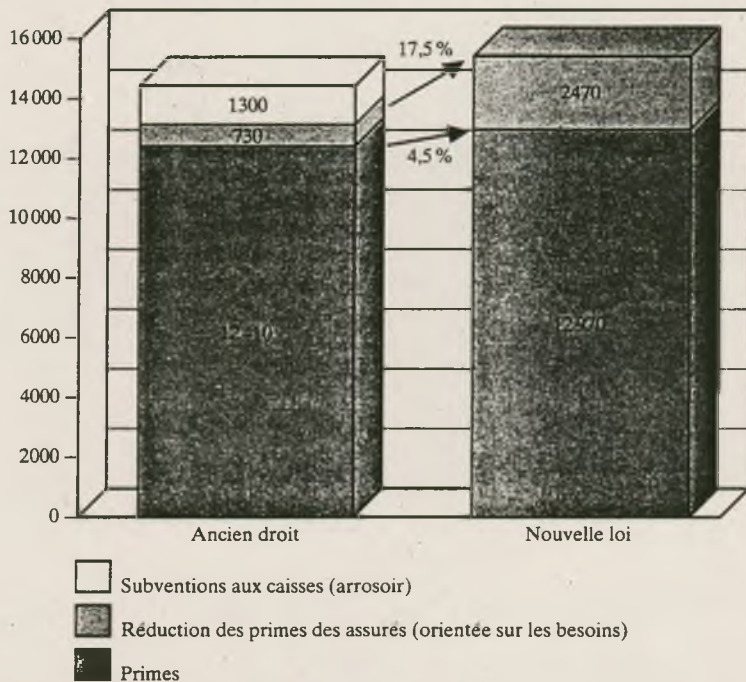
La nouvelle loi met en revanche l'accent sur la responsabilité propre et la concurrence. Ces mesures concernent tout d'abord les assurés. La participation aux frais est maintenue. Elle est étendue aux soins hospitaliers afin que soins ambulatoires et soins hospitaliers bénéficient des mêmes conditions. L'assuré continuera à pouvoir se décider en faveur de franchises plus élevées en contrepartie d'une réduction de ses primes. La possibilité de choisir des modèles d'assurance alternatifs (HMO, système du médecin de famille) sera définitivement introduite. Ces derniers ne sont aujourd'hui autorisés qu'à titre d'essai.

Plus de concurrence – moins de contrainte

Une plus grande concurrence doit régner dans les rapports entre assurances-maladie et fournisseurs de prestations. C'est la raison pour laquelle l'obligation de s'affilier à l'une des parties à une convention tarifaire sera supprimée. D'autres formes d'accords cartellaires seront expressément interdites. Ces modifications permettront d'appliquer effectivement le large spectre des possibilités d'organisation des conventions tarifaires autorisées par la loi (tarifs au temps, forfaits par cas, forfaits par assuré, etc.)

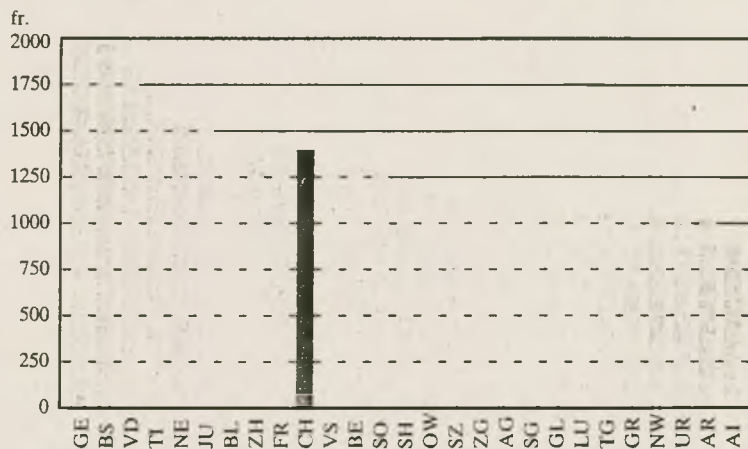
La loi continue cependant également à donner aux autorités la possibilité d'influer sur l'indemnisation

Tabl. 4: Augmentation effective moyenne du volume des primes (en mio fr.) d'après la nouvelle loi



Dans le cadre du droit actuel, les subventions sont versées directement aux caisses-maladie. Ceci exerce une influence générale sur le niveau des primes («système de l'arrosoir»). En lieu et place du subventionnement aux caisses, la nouvelle loi prévoit de verser les subventions directement aux personnes économiquement faibles (subventionnement en fonction des besoins). La prime est donc déterminée avant distribution de la subvention. La comparaison entre ces deux types de primes conduit à une augmentation des primes fondée sur la nouvelle loi qui ne correspond pas à la charge supplémentaire effective des ménages privés. Les subventions destinées à la réduction des primes ne sont en effet pas prises en compte dans cette comparaison.

Tabl. 5: Coûts des soins médico-pharmaceutiques par assurés dans les différents cantons en 1992



Source : Statistique des coûts du service de la compensation des risques du Concordat des caisses-maladie suisses. Journal du CCS 3/1994 p. 17 f.

Le tableau fait ressortir les différences cantonales de coûts par assuré, coûts qui influencent le niveau des primes dans chaque canton. Les réductions du montant des primes tiennent compte de cette circonstance en incluant le critère de la prime moyenne cantonale. A moyen terme, la nouvelle loi devrait conduire à un nivellement aussi bien en ce qui concerne les coûts par assuré que les primes (en raison de la concurrence entre les caisses [libre-passage] et entre les fournisseurs de prestations; du degré maximal de couverture des frais, de planifications cantonales, etc.).

des prestations par le truchement de l'approbation de conventions tarifaires et de la possibilité de recourir auprès du Conseil fédéral.

Le cas particulier des hôpitaux

Différentes dispositions spéciales sont prévues pour maîtriser les coûts dans le secteur hospitalier; elles comprennent un mélange de mesures de contrôle et de mesures visant à renforcer la concurrence. Les cantons doivent établir une liste des hôpitaux autorisés. Ils doivent dresser cette liste en s'appuyant notam-

Aussi longtemps que nous n'avons pas supprimé les erreurs de construction de l'actuelle assurance-maladie, nous ne pourrons pas prendre vraiment en main le problème des coûts.

ment sur une planification hospitalière. Des hôpitaux privés doivent également être inclus dans cette dernière. Les hôpitaux doivent tenir leurs décomptes de frais et leurs statistiques des prestations selon une méthode uniforme. Cette manière de faire permet de procéder à des comparaisons entre les hôpitaux et permet ainsi aux assureurs de demander l'abaissement de tarifs hospitaliers jugés trop élevés.

Contrôles de qualité

Les contrôles de qualité seront de plus en plus importants à l'avenir. Vu l'ampleur des dépenses en matière de santé, il y a un besoin légitime de faire des enquêtes pour savoir si les moyens engagés permettent d'obtenir effectivement des résultats conformes. Une base juridique est maintenant créée dans la nouvelle loi pour procéder à de tels contrôles de qualité. L'exécution des contrôles sera en premier lieu confiée aux associations professionnelles concernées.

Ne recourir au droit d'urgence que lorsque l'on ne peut faire autrement

Par rapport au droit en vigueur actuellement, la nouvelle loi offre davantage de possibilités d'exercer une

influence sur l'évolution des coûts. Il devrait donc être possible de renoncer au droit d'urgence actuel. Car à longue échéance, il n'est en effet pas possible de maîtriser les coûts en interdisant l'augmentation des tarifs médicaux et hospitaliers. De telles mesures ne peuvent être prises que pendant une période limitée. Mais la nouvelle loi ne les exclut pas complètement. Si les moyens visant à renforcer la concurrence ne devaient pas donner les résultats escomptés, les autorités, en premier lieu les gouvernements cantonaux, auront la possibilité de recourir à des moyens extraordinaires (interdiction d'augmenter les tarifs, budgétisations globales dans les hôpitaux).

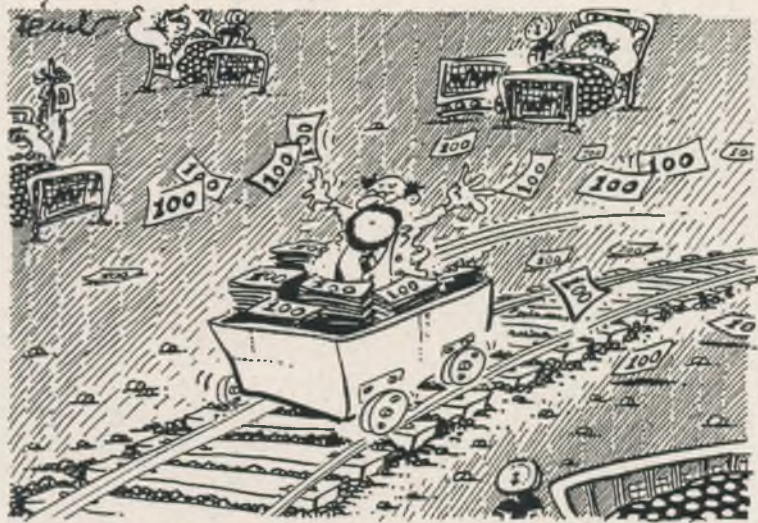
Récapitulation

La réglementation actuelle en matière d'assurance-maladie présente des défauts de construction, d'où la nécessité de procéder à une révision dans ce domaine. La conception de notre assurance-maladie date du siècle dernier et repose sur la vision d'une société peu mobile dans laquelle les gens sont très attachés aux institutions telles qu'une caisse-maladie. Mais dans une société mobile comme nous la connaissons aujourd'hui et où l'attachement aux institutions a nettement diminué, les faiblesses de la construction apparaissent au grand jour. L'augmentation des coûts n'a fait que renforcer ces dernières.

C'est la raison pour laquelle la réforme de l'assurance-maladie doit porter sur le système et l'organisation de celle-ci. L'assurance-maladie se doit de prendre en considération la mobilité dans la société. Mais si l'assurance-maladie entend être une assurance sociale, il faut que cette mobilité s'exerce dans un cadre clairement défini. C'est pourquoi il a été décidé d'introduire l'assurance obligatoire avec libre passage intégral des assurés entre les différentes caisses.

Dans une assurance obligatoire, les obligations légales s'appliquent à tous les assurés et ne doivent donc plus être compensées par des subventions que les pouvoirs publics allouent aux caisses-maladie. Ces subventions peuvent alors être utilisées de manière ciblée pour réduire les primes des personnes aux ressources modestes.

L'instauration d'une obligation de s'assurer implique une définition contraignante de l'assurance obliga-



Répartition des derniers publics d'après la loi actuelle...



...et selon la LAMal

(Pécub)

toire et une délimitation claire de celle-ci par rapport aux assurances complémentaires. Dans ce contexte, il y a lieu de faire en sorte de supprimer les lacunes existantes en matière de prestations, notamment dans les domaines suivants : soins hospitaliers (durée limitée des prestations), homes médicalisés et soins extra-hospitaliers.

Le problème de l'augmentation des coûts et des primes est prioritaire aux yeux des assurés. C'est pourquoi la révision de l'assurance-maladie doit se concentrer sur ce sujet. Dans le système actuel, les instruments servant à renforcer la concurrence ne peuvent être utilisés que de manière limitée pour maîtriser les coûts, car la concurrence entre les différentes caisses est faussée par le fait que les assurés ne disposent pas du libre pas-

sage. Le système actuel a tendance à favoriser la formation de cartels et les interventions de l'Etat. Si l'on veut parvenir à maîtriser les coûts, il est donc nécessaire de réformer le système tout comme le requiert d'ailleurs le renforcement de la solidarité. Il y a lieu à cet égard d'étendre les possibilités de choix des assurés et des assureurs (modèles d'assurance alternatifs, variété de systèmes de prestations). La nouvelle loi soutient largement la comparaison sur le plan international, car elle emprunte des voies complètement nouvelles et intéressantes : elle n'assortit pas l'obligation d'assurance d'une solution uniforme, mais propose des possibilités de choix et une concurrence à l'intérieur d'un cadre clairement délimité. —

(traduit de l'allemand)

Cinq bonnes raisons de dire OUI à la nouvelle LAMA (LAMal)



MARGARETA LAUTERBURG,
AVOCATE, ADJOINTE DU
SECRÉTARIAT DE LA COMMISSION
DES CARTELS

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) interdit les accords cartellaires qui provoquent une hausse des coûts

Par rapport à l'actuelle LAMA, la nouvelle Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) présente un avantage non négligeable du point de vue de la concurrence: elle prohibe toute une série de cartels (accords restreignant la concurrence), usuels aujourd'hui. Les sociétés médicales interdisent par exemple à leurs membres de passer des accords propres avec les caisses-maladie ou de pratiquer des tarifs inférieurs aux tarifs existants. La LAMal n'admet pas les cartels qui font grimper les coûts. Elle donne ainsi aux différents prestataires la liberté de conclure des accords propres avec les caisses, différents des accords syndicaux uniformes. Les médecins innovateurs et conscients du problème des coûts seraient libérés de la politique professionnelle et pourraient, par exemple, passer une convention HMO¹ ou s'affilier à une organisation PPO².

Dans l'actuelle LAMA, cela ne va pas de soi. C'est ainsi qu'en 1992, la société des médecins bernois a menacé ses membres de les exclure ou de leur retirer leur titre FMH s'ils concluaient des contrats séparés. Suite à l'interposition de la commission des cartels, la société des médecins a retiré sa menace. Mais la liberté contractuelle d'association est encore loin d'être un fait accompli en Suisse: en mai 1994, une caisse désireuse d'organiser une HMO au Nord-Est de la Suisse a reçu une lettre de la société locale des médecins précisant que l'association était

la seule habilitée à conclure des accords et que les médecins affiliés n'avaient pas le droit de négocier d'accords séparés. Le recours à des praticiens indépendants pour travailler dans des HMO sur une large échelle y est même déclaré contraire au système. Il est évident que le corps médical essaie encore d'empêcher la création de solutions bon marché en matière d'assurance et de soins, qui risqueraient de réduire les revenus des médecins.

Non seulement les médecins, mais également d'autres prestataires (physiothérapeutes par exemple) ne sont pas habilités à conclure des conventions, ce droit restant réservé à l'association. La LAMal, qui interdit certains types de cartels, est très importante dans l'optique de conventions tarifaires ayant un rapport prestations/prix favorable.

Ceux qui veulent que les prestataires sentent dorénavant une certaine pression de la concurrence et ceux qui refusent qu'un nombre croissant de fournisseurs sollicitent une garantie de revenus avec droit à la compensation du renchérissement, au détriment des cotisants, ceux-là devraient soutenir la LAMal.

La LAMal dépoussière les conventions tarifaires sclérosées

L'actuelle LAMA est fondée sur les conventions tarifaires uniformes, qui englobent chaque prestataire et chaque caisse, tandis que la nouvelle loi sur l'assurance-maladie entend ouvrir la voie aux accords tarifaires qui dérogent aux conventions susmentionnées. Elle offre par exemple la possibilité à des groupes de méde-

cins de convenir avec une ou plusieurs caisses, d'un tarif au temps au lieu d'un tarif à la prestation. Les tarifs à la prestation incitent à «une multiplication des actes médicaux»: plus le médecin intervient dans un cas, plus son revenu augmente. En raison de la liberté de traitement dont jouit le médecin et étant donné que les méthodes actuelles ne permettent guère aux caisses d'examiner efficacement l'économicité du traitement, prestations inutiles et facturation de frais correspondants deviennent inévitables. Avec un tarif au temps, le médecin serait par contre dédommagé pour le temps qu'il consacre au patient. Vérifier la rentabilité devient alors beaucoup plus facile: un médecin ne peut pas travailler deux cents heures par semaine...

Outre les tarifs au temps, on pourrait aussi envisager: des conventions HMO, où le médecin toucherait un pourcentage mensuel ou annuel déterminé, indépendant du nombre de consultations; accords PPO, où 50 à 70 pour cent des médecins établis dans un canton reprennent le traitement des assurés d'une caisse; ou bien encore des accords prévoyant une indemnité forfaitaire pour certains types de diagnostics déterminés.³

Entre ces différentes solutions, nous avons toutes les chances de trouver une médecine bon marché et de qualité, en organisant de manière idoine les rapports caisses/prestataires. Véritable stimulus, cette concurrence entre les différents systèmes nous permettra de trouver l'offre combinée Assurance/soins idéale. Les accords syndicaux uniformes qui englobent toutes les caisses et tous les prestataires, ne permettent par contre guère de contrôler l'évolution des coûts si nécessaire.

Ceux qui veulent que les caisses-maladie puissent influencer davantage sur la situation (aujourd'hui largement déterminée par les prestataires) devraient dire OUI à LAMal.

1 HMO = Health Maintenance Organisation = «Caisse de Santé».

2 PPO = Preferred Provider Organisation = Caisse qui passe des conventions avec des fournisseurs sélectionnés et particulièrement avantageux.

3 DRG = diagnostics related groups = Forfaits par diagnostic dans le domaine hospitalier. AVG = ambulatory visitor group = DRG dans le domaine ambulatoire.

Autre avantage de la LAMal : économies de primes contre le renoncement partiel à la liberté de choix du médecin

La LAMal précise que dorénavant les caisses-maladie ne seront plus habilitées à restreindre la liberté du choix du médecin, et que cette possibilité sera réservée uniquement aux assurés. Dans la mesure où ceux-ci sont prêts à renoncer à une partie de cette liberté, les caisses pourront conclure des accords spéciaux à bas prix avec une partie des prestataires. Aussi longtemps que les assurés revendiqueront la pleine liberté de choix, les caisses-maladie seront tenues, également, à l'avenir de passer des accords avec tous les médecins, les physiothérapeutes (etc.) et de payer les prestations de tous ces fournisseurs.

Initialement, la commission des cartels s'était prononcée pour un système dans lequel les prestataires n'avaient pas automatiquement le droit d'exercer leur activité au détriment de l'assurance-sociale. Dans ce système, les caisses-maladie auraient eu le droit de passer un contrat uniquement avec les bons médecins, conscients du coût de la santé et nécessaires pour soigner leurs assurés.

Comme avec l'actuelle LAMA, les caisses aurait été habilitées à restreindre la liberté de choix des assurés. Ledit modèle aurait tenu compte du fait qu'une extension de l'offre (augmentation du nombre de médecins) induit une croissance des coûts (chaque médecin vise un certain revenu), qu'une restriction de l'offre (possibilité de conclure un accord avec une partie seulement des médecins) correspond à un recul des coûts (garantie de revenus uniquement pour une partie des médecins). Mais si les caisses-maladie avaient été habilitées à réduire l'offre excédentaire en limitant le nombre de médecins conventionnés, cela aurait rapidement été lourd de conséquences pour les prestataires incapables de conclure un accord avec une caisse.

Eu égard à une adaptation prudente du nombre de médecins aux nouvelles données (nécessité de limiter la croissance des coûts), on peut applaudir à une LAMal qui laissera les assurés décider seuls de restreindre ou non leur liberté de choix. C'est à eux de saisir la balle au bond, afin de favoriser lentement

les solutions bon marché, qui pourraient peut-être même s'imposer éventuellement sur le marché.

L'administration se doit de ne pas entraver le développement de situations alternatives d'assurance et d'approvisionnement, par des prescriptions de primes par trop restrictives : en réduisant trop les rabais de primes autorisés, on ne pourra plus gagner les assurés à une nouvelle solution bon marché. Auquel cas les accords alternatifs ne pourraient plus s'imposer sur le marché, et le démantèlement successif de l'offre excédentaire ruineuse n'aurait pas lieu.

Ceux qui veulent laisser les assurés décider seuls de renoncer ou non à une partie de leur liberté de choix dans l'intérêt d'une maîtrise des coûts, et ceux qui préfèrent un ajustement structurel prudent à une intervention douloureuse à court terme, devraient dire OUI à la nouvelle loi.

La LAMal vous offre la liberté de choisir ou de changer de caisse-maladie, et elle met un frein à la désolidarisation

La pluralité des accords décrite ci-dessus ne peut influencer positivement sur le marché que si les assurés jouent leur rôle de demandeurs. Ils doivent avoir accès à une offre d'assurance et de soins intéressante du point de vue coûts et satisfaisant également les exigences qualitatives. Autrement dit, les assurés doivent pouvoir choisir librement leur caisse-maladie (offre combinée assurance/soins) et en changer si bon leur semble. De son côté, la caisse doit admettre les intéressés, quels que soient leur âge, leur sexe et leur état de santé.

Si l'on veut éviter que les «bons risques» ne partent vers les caisses «bon marché» avec une structure de risques - temporairement - favorable, ou vers des institutions d'assurance privée, qui demeurent réservées à ces «bons risques», il est nécessaire de fixer dans la nouvelle loi un régime obligatoire en matière d'assurance de base. Ces dispositions contribueront à éliminer les distorsions de la concurrence entre assurances privées et assurances sociales.

Avec ses dispositions sur l'assurance de base, la nouvelle loi garantit : l'admission obligatoire sans réserve par les caisses-maladie, la li-

berté du choix de la caisse, le libre-passage et le régime obligatoire, afin que les assurés puissent, en comparant primes et prestations, se faire une idée du paquet assurance/soins qu'ils souhaitent, et qu'ils aient effectivement la possibilité de s'assurer en conséquence.

Prétendre que la pluralité des accords entre prestataires et caisses est source de confusion chez les assurés est inexact. En effet, ladite pluralité ne se réfère pas aux prestations que les caisses doivent payer, puisque la loi définit le catalogue de prestations de l'assurance de base. Il s'agit bien davantage de savoir quels prestataires travaillent pour quelle caisse, et de quelle manière ils doivent être indemnisés. La pluralité des accords n'empêche pas la transparence et la possibilité de faire des comparaisons prix/prestations.

Les partisans de la restauration de la solidarité dans la communauté des assurés, qui veulent pour les assurés une véritable possibilité de choix, et ceux qui refusent que les «bons risques» profitent des basses primes en période favorable, pour revenir ensuite aux assurances sociales lorsque les temps changent, diront «OUI» à la LAMal.

La LAMal élimine les effets secondaires de la compensation des risques indésirables du point de vue de la concurrence

La compensation des risques entre les caisses contribue à soutenir les structures, puisqu'elle maintient artificiellement en vie des caisses à mauvaise structure de risques (et primes chères !). Si l'on se place du point de vue de la concurrence, on ne devrait par contre pas empêcher les ajustements structurels nécessaires. Au demeurant, la compensation des risques a des effets secondaires de distorsion de la concurrence, par le fait qu'elle défavorise les petites caisses et celles qui gèrent bien les coûts.

Ces inconvénients liés à la compensation des risques ont été décelés. Aussi la nouvelle loi doit-elle être conçue de manière à inciter aux économies de coûts. Une bonne gestion des coûts peut prendre la forme de remises de primes aux assurés, en lieu et place de versements compensatoires aux caisses moins bien gérées. Il faudra également limiter la compensation des risques à une du-

rée maximale de dix ans. Mais elle sera probablement devenue inutile avant d'avoir atteint cette limite: le processus d'ajustement structurel des caisses-maladie aura tôt fait de créer des effectifs d'assurés équilibrés du point de vue de l'âge et du sexe.

Ceux qui sont partisans de limiter dans le temps la compensation des risques coûteuse, problématique du point de vue de la concurrence, mais nécessaire en politique sociale, et ceux qui ne veulent pas que la compensation des risques défavorise les caisses bien gérées, devraient s'engager pour la LAMal. —

(traduit de l'allemand)

Nouvelle loi sur l'assurance-maladie: la direction donnée est-elle la bonne du point de vue social?



WALTER ACKERMANN,
DIRECTEUR DE L'INSTITUT
«VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT»
HEC, ST-GALL

Les défenseurs et les adversaires de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) sont unanimes sur un point: la santé publique suisse est souffrante et a besoin d'une réorientation. Les opinions sont par contre partagées quant à savoir comment procéder. Cela n'est d'ailleurs pas étonnant au vu des différents groupes d'intérêts en présence (par ex. les assurés, les médecins, les pouvoirs publics, les caisses-maladie).

C'est la raison pour laquelle il apparaît judicieux d'apprécier le projet de la LAMal autrement qu'en tenant compte des seuls points de vue des plus importants groupes d'intérêts. Nous essayerons ici bien plus d'analyser brièvement la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans l'optique de la politique sociale et de l'économie de la santé. Une telle démarche implique que l'on expose tout d'abord les objectifs sur lesquels se fonde cette appréciation.

Des particularités historiques de même qu'une évaluation différenciée des buts de politique sociale et des buts économiques ont donné naissance à trois différents systèmes de fourniture de base en matière de soins:

• **Service national de santé:** L'ensemble de la population a accès «gratuitement» à des institutions médicales contrôlées par l'Etat qui sont essentiellement financées par les impôts généraux (exemples: Grande-Bretagne, Italie).

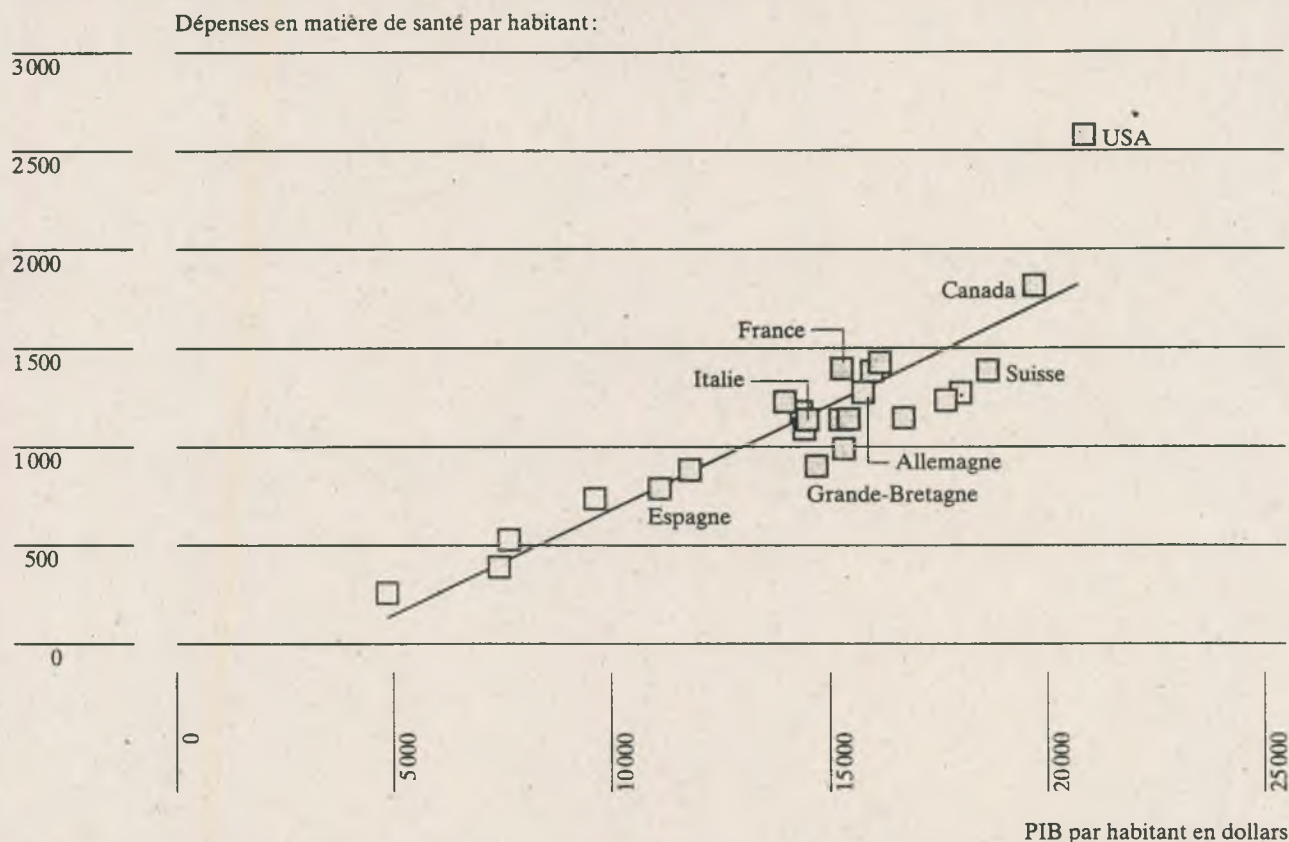
• **Modèle d'assurance sociale:** La santé publique est principalement organisée par le biais d'une assurance sociale obligatoire. Les organismes assureurs sont des caisses-maladie décentralisées. Les soins ambulatoires sont fournis par des organismes privés, les soins hospitaliers par des institutions généralement publiques, parfois privées (exemples: Allemagne, France, Suisse).

• **Système d'assurance privée:** Le financement et la fourniture de prestations s'effectuent essentiellement sur une base privée (exemple: USA). Les trois systèmes sont bien sûr très différents en ce qui concerne le financement et l'offre des prestations médicales. En revanche, ils ne présentent aucune différence fondamentale quant à leurs objectifs généraux. Chaque système vise fondamentalement les trois objectifs suivants:

1. La fourniture des soins doit être de la meilleure qualité possible.
2. Les soins doivent être fournis en occasionnant le moins de coûts possible.
3. L'offre de prestations doit être accessible à l'ensemble de la population à des conditions financièrement supportables.

En d'autres termes: on recherche à la fois la qualité, l'efficacité et la justice sociale. Il est compréhensible que dans une société pluraliste, ces objectifs ou la réalisation de ces derniers soient interprétés et évalués différemment. Mais du point de vue

Relation entre le PIB et les dépenses en matière de santé en dollars, 1990



Source : OECD Health Data

de la politique sociale et de l'économie de la santé, il est cependant nécessaire que la direction générale d'une révision réponde à ces objectifs.

Pour illustrer notre propos, nous allons prendre quelques points essentiels de la nouvelle LAMal et évaluer leur opportunité en fonction des trois objectifs susmentionnés qui sont le propre d'un système de santé moderne.

Exigence 1 :

La nouvelle LAMal doit permettre l'exercice d'une médecine d'excellente qualité

La garantie d'une fourniture de soins de qualité irréprochable n'a jamais été jusqu'à présent le principal problème de notre système de santé. Il convient toutefois de relever que la nouvelle LAMal comporte, au niveau de l'offre, toute une série de mesures favorisant la concurrence et la qualité.

Exigence 2 :

Les soins doivent être fournis en occasionnant le moins de coûts possible

Nous savons tous que les taux d'augmentation des dépenses dans le domaine de la santé sont préoccupants depuis des années. Le problème de l'explosion des coûts dans ce dernier est étroitement lié à la question de savoir quelles sont les causes influant sur l'évolution des coûts et comment contrôler ces dernières le plus précocement possible.

La comparaison des dépenses en matière de santé et de leur évolution en Suisse par rapport à d'autres pays donne certains points de repère (voir figure ci-dessus).

Le rapport entre le PIB par habitant et les dépenses en matière de santé par habitant (en \$ US) montre que ces dernières suivent dans une large mesure l'évolution du *niveau de vie*. Autrement dit, l'organisation

de la santé publique (que ce soit un service national de santé, un modèle d'assurance sociale ou un système d'assurance privée) n'a pas une relation directe avec les taux de croissance des dépenses en matière de santé.

Les économistes de la santé sont donc presque tous d'accord pour dire que la croissance est due en premier lieu à une sollicitation accrue des prestations médicales, donc à un effet d'amplification quantitative. Le montant des dépenses est de la sorte déterminé immédiatement par le volume des prestations d'assurance ainsi que par le financement de ces dernières.

Il ressort ici clairement que la séparation prévue entre l'assurance de base obligatoire et les assurances complémentaires facultatives de même que l'instauration d'une participation aux frais également dans le domaine hospitalier sont des mesures judicieuses. L'introduction d'une assurance de base complète et obliga-

toire offre la possibilité de définir le *catalogue des prestations de manière exhaustive* et permet ainsi d'empêcher que de nouvelles prestations d'assurance soient continuellement intégrées dans l'assurance-maladie sociale. L'extension de la participation aux frais, d'une part, assure une meilleure transparence des coûts et, d'autre part, permet d'orienter quelque peu la demande. Il est également juste que les cantons soient plus étroitement associés au financement de l'assurance-maladie. En effet, ces derniers peuvent désormais, par le biais de leur offre en matière d'hôpitaux, participer de manière décisive à la détermination du volume des prestations médicales proposées. Ces trois mesures devraient donc à moyen terme freiner l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé.

Exigence 3:

L'offre de prestations doit être accessible à l'ensemble de la population à des conditions financièrement supportables

Du point de vue économique et social, la discussion relative au financement ou à la redistribution ne doit pas porter unilatéralement sur l'assurance-maladie. Pour garantir la compétitivité sur le plan international, l'ensemble des dépenses sociales ou des courants de redistribution entrent en ligne de compte. Il est bien connu que, comme dans d'autres pays européens industrialisés, le *taux de prestations sociales* dans notre pays est en augmentation. On ne peut donc véritablement parler d'un démantèlement des acquis sociaux. En outre, on sait aussi que l'évolution démographique n'a pas encore déployé son plein effet sur les charges supplémentaires qu'elle occasionne. Tel est l'arrière fond sur lequel se dessinent les tendances fondamentales suivantes en matière d'évolution de la politique sociale au plan international:

1. La *prise en charge* complète et obligatoire des citoyens par l'*Etat* en matière de sécurité sociale (= maintien du niveau de vie habituel) est une politique qui a été pratiquée après la Seconde guerre mondiale uniquement en Europe centrale et en Europe du Nord. En raison de l'ouverture et de la déréglementation des marchés sur l'ensemble du globe, cette politique ne pourra pas être maintenue à long terme.

2. L'*Etat social* a pour tâche de garantir un *éventail complet de prestations de base*.

3. A cet égard, il est absolument nécessaire, notamment également en raison de l'actualité du problème de la pauvreté, d'affecter de manière plus ciblée les ressources limitées de la politique sociale au *subventionnement des personnes qui en ont réellement besoin*.

4. Parallèlement, il convient de revaloriser l'*idée de la propre responsabilité et de la prévoyance personnelle*; une partie croissante des ménages peuvent résoudre d'eux-mêmes des tâches que l'*Etat* assume à leur place depuis des décennies.

Il y a lieu d'examiner maintenant si certains éléments importants de notre nouvelle loi sur l'assurance-maladie sont dans la ligne de ces tendances. A cet égard, la *séparation* entre une assurance de base obligatoire et subventionnée et une assurance complémentaire facultative est judicieuse; elle correspond à une tendance générale en matière d'évolution de la politique sociale. Mais il faut mentionner ici que certains critiquent cette séparation en arguant qu'elle peut conduire à une médecine et une assurance à deux vitesses.

Ce reproche est cependant infondé aussi longtemps que l'assurance de base obligatoire est conçue comme une assurance de base complète telle qu'elle est prévue dans la LAMal.

L'exigence dont on discute depuis des années d'utiliser les subventions de manière plus ciblée afin qu'elles profitent aux personnes économiquement faibles et aux personnes défavorisées est aujourd'hui devenue une nécessité incontestable du point de vue de la politique sociale et de l'économie de la santé. Le modèle de réduction des primes orientée en fonction des besoins est un projet réclamé de longue date.

Conclusion

Du point de vue de la politique sociale (supérieure), plusieurs considérations parlent en faveur de la nouvelle LAMal:

1. La direction générale de la loi est axée sur un *modèle d'organisation sociale qui tient compte des besoins à venir* qui gagnera en actualité au

cours des prochaines années, non seulement en Suisse.

2. Les *mesures* prévues dans la LAMal en vue d'*orienter l'offre et la demande* sont judicieuses et politiquement équilibrées.

3. Le rejet de ce projet nous renverrait des années en arrière. Les *ressources politiques* pour résoudre de tels problèmes sont également limitées. Nous en aurons un urgent besoin pour venir à bout des problèmes qui nous attendent en matière de prévoyance vieillesse. —

(traduit de l'allemand)

RE
LE
S
S
S
D
O
S
D

ARGUMENTARIUM ZUM REFERENDUM GEGEN DAS KVG

Verfasser: Erhard D. Burri, Direktor ARTISANA Kranken- und Unfallversicherung, 13. April 1994

UNSERE KRITIK AN DER KVG - VORLAGE Leistungskatalog

Das neue KVG bewirkt alleine durch seinen enorm erweiterten Leistungskatalog Mehrkosten, die eine Prämienhöhung von ca 25% zur Folge haben. Das Ziel der Kosteneindämmung wurde also nicht nur verfehlt, sondern es wird das Gegenteil davon bewirkt.

Der Leistungsausbau in den Bereichen Spitalexterne Dienste (Spitex), passive Prävention, Psychotherapie, erweiterte Zahnpflegeleistungen und erweiterte Mutterschaftsleistungen führen bereits im Jahr 1996 zu einer Monatsprämie von mindestens 250 Franken für Erwachsene.

Finanzielle Auswirkungen auf Versicherte

Die vollen finanziellen Auswirkungen der KVG-Vorlage sind für rund 65% aller Versicherten dermassen gravierend, dass sogar der Status Quo, ohne Notrecht und ohne jegliche gesetzliche Neuregelung klar besser abschneiden würde.

Die Befürworter des Gesetzes sagen selber, es würden Mehrleistungen in der Höhe von 1,4 Mia. Franken ausgelöst. Diese Summe entspricht fast genau jenem Betrag, den die öffentliche Hand zusätzlich zum Zwecke der Prämienverbilligung einsetzen wollte. Schon heute lässt sich also absehen, dass unter dem Strich - und zwar nach der günstigsten Version - keine zusätzlichen Mittel zur Prämienverbilligung zur Verfügung stehen werden. Die effektiven Mehrkosten werden aber nach Angaben von Fachleuten zwischen 2,0 und 3,0 Mia. Franken liegen. Die Folge: Eine reine Umverteilung, bei der die verbilligten Prämien kaum tiefer liegen als heute.

Die durchschnittliche Monatsprämie für das Jahr 1996 müsste nach Inkrafttreten des KVG per 1.1.96 mit rund Fr. 250.-- veranschlagt werden. Damit käme sie um 70% höher zu liegen, als jene des Jahres 1994. Bei per 1.1.95 auslaufendem Notrecht und ohne jegliche Gesetzesänderung würde die Prämie bei einer hohen Teuerung von 14% trotzdem erst Fr. 185.-- betragen. Der vielzitierte finanzielle Scherbenhaufen tritt darum mit dem neuen KVG ein. Die Erfahrung, dass staatliche Eingriffe das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht verbessern, ist ja wirklich nicht ganz neu. Und: Durch massiv erhöhte Prämien würde das Anspruchsverhalten negativ beeinflusst.

Systembedingte Mehrkosten führen zur Zweiklassenmedizin

Die KVG-Vorlage führt einerseits zu massiv höheren Prämien in der Grundversicherung und verteuert erst noch die Zusatzversicherungen rein systembedingt und ohne Gegenleistung massiv, d.h. um durchschnittlich mind. 40%. Die

direkte Folge: Zweiklassenmedizin.

Das neue Gesetz führt die Zweiklassen-Medizin ein. Denn: Normalverdiener können keine Zusatzversicherungen mehr bezahlen. Es verteuert bisherige Leistungen im Zusatzbereich um mindestens 40%: Ohne eine einzige Gegenleistung. Es geht nicht an, dass eine ganze Generation von heute älteren Menschen um die Berechtigung zur Zusatzversicherung betrogen wird. Sie hat dafür ein ganzes Leben lang Prämien bezahlt. Das Gesetz gibt vor, Solidarität zu schaffen: Für Frauen und ältere Menschen gilt dieser Vorsatz offenbar nicht.

Abschliessend definierter Leistungskatalog

Das KVG schreibt einen abschliessend definierten Leistungskatalog vor. Somit wird die Medizin zum Spielball der Politik. Ein Wettbewerb der Versicherer und Leistungserbringer wird verhindert statt gefördert. Und: Die Alternativmedizin wird zur Angelegenheit für Bestsitierte.

Wir wollen kein Gesetz, das die Medizin verpolitisiert. Es ist nicht Sache des Parlamentes zu bestimmen, welche Medizin für die Bevölkerung gut (genug) ist. Die alternative Medizin gehört in die Grundversicherung. Denn: In der Zusatzversicherung könnten sich zwei Drittel der Bevölkerung die alternative Medizin nicht mehr leisten.

Gefährdung der kantonalen Finanzen

Das neue Gesetz sieht den massiven Einsatz von öffentlichen Mitteln vor. Resultat: Ein weiterer und folgenschwerer Eingriff in die kantonalen Finanzen.

Die Kantone müssen ihre Finanzhoheit behalten und nicht einem übertriebenen Leistungsausbau des Bundes opfern. Durch einfachen Bundesbeschluss kann dieser sich vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes aus der Verantwortlichkeit schleichen und die grösste Verpflichtung den Kantonen übertragen. Dann zahlen die Kantone nicht mehr höchstens 50% wie im 4. Jahr der Übergangsregelung, sondern mindestens 50%.

Freizügigkeit auf Grundversicherung beschränkt

Das KVG verspricht den Versicherten die volle Freizügigkeit, d.h. das Recht, den Versicherer ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand zu wechseln. Damit eine kostenwirksame Wettbewerbssituation entstehen kann, muss die volle Freizügigkeit auf Grund- und Zusatzversicherungen ausgedehnt werden.

Ohne Freizügigkeit für Grund- und Zusatzversicherung kann von einem echten Markt nicht gesprochen werden. Denn: Ohne Einbezug der Zusatzversicherungen bleibt die Möglichkeit zum Wechseln des Versicherers für allzuvielen blasse Theorie und Illusion.

Kostendämpfung mangels Wettbewerbsanreiz ungenügend

Der Gesetzentwurf ist in bezug auf Kostendämpfungsmassnahmen völlig

ungenügend. Auch für die Leistungserbringer sind Voraussetzungen zu schaffen, die einen echten Wettbewerb nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ermöglichen.

Wir können uns kein Gesetz leisten, das innert kurzer Zeit Globalbudgetierung und Tarifstop provoziert und damit die Verstaatlichung perfekt macht. Wir wollen die Wirtschaftlichkeit erhöhen und die Qualität erhalten.

Generationenfrage widersprüchlich gelöst

Das neue KVG sieht in der Grundversicherung Einheitsprämien für Erwachsene vor. Einheitsprämien strapazieren den Generationenvertrag unnötig und bilden einen Widerspruch zur normalen Einkommensentwicklung der Familien. In der Zusatzversicherung dagegen sollen "risikogerechte" Prämien zur Anwendung gelangen. Diese Regelung bewirkt ohne Gegenleistung, also rein systembedingt, um 40% höhere Prämien.

Wir können uns keine gesetzliche Regelung leisten, die einerseits in der Grundversicherung den Generationenvertrag überstrapaziert und andererseits im Zusatzbereich alt und jung gegeneinander ausspielt.

Teures Obligatorium

Ein Obligatorium ist bei einer Versicherungsdichte von über 99% unnötig. Es bewirkt einen zusätzlichen und teuren Bürokratieschub in der Grössenordnung von 300 bis 500 Mio. Franken.

In einem freiheitlichen Gesundheitswesen schreibt der Staat nicht die Regeln selber fest, sondern er setzt jene Rahmenbedingungen, die kostendämpfenden Wettbewerb ermöglichen. Die bestehenden kantonalen Steuergesetzgebungen reichen aus, um Versicherte mit tiefem Einkommen gezielt zu entlasten.

UNSERE ALTERNATIVE FÜR EIN BESSERES KVG

Als unbestrittener Vorteil des geltenden Gesetzes gilt, dass alle Bürger ohne Ansehen der Person oder des sozialen Status direkten Zutritt zur Spitzenmedizin haben. Wir brauchen ein neues Gesetz, weil wir die Kostenentwicklung in den Griff bekommen müssen. Dieses Vorhaben muss und kann gelingen, ohne die Stärken unseres Gesundheitswesens aufs Spiel zu setzen.

Der Staat soll lediglich die Rahmenbedingungen setzen

Der Staat soll mit einem neuen Gesetz lediglich die Rahmenbedingungen schaffen. Rahmenbedingungen, die einen kostendämpfenden Wettbewerb zwischen den Versicherern einerseits und den medizinischen Anbietern andererseits nicht nur zulassen, sondern fördern.

Volle Freizügigkeit für Grund- und Zusatzversicherung

Unabdingbare Grundlage für einen echten Wettbewerb bildet die volle Freizügigkeit der Versicherten für Grund- und Zusatzversicherungen. Dieses Recht auf eine uneingeschränkte Besitzstandswahrung schützt die Versicherten vor Fehlern ihrer Versicherer und bildet ein absolut sicheres Auffangnetz.

Managementfehler der Krankenkassen zahlten bisher die Versicherten. Auch bei Fusionen wurden die Betroffenen bis anhin vor massiven Zuschlägen des höheren Eintrittsalters wegen nicht verschont. Die volle Freizügigkeit für Grund- und Zusatzversicherung beseitigt das Risiko für die Versicherten vollständig. In dem Masse steigt das Risiko für die Versicherer: Zugunsten eines echten Wettbewerbs.

Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften im Wettbewerb

Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften müssen im Rahmen des KVG Grund- und Zusatzversicherungen anbieten können. Die privaten Versicherungsgesellschaften können unter dem Privatrecht (VVG/VAG) wie bis anhin private Versicherungspolicen anbieten.

Mit dieser Lösung würde eine bisherige Stärke des Gesundheitswesens weitergeführt. Die systembedingte Verteuerung der Zusatzversicherungen entfällt. Die Wettbewerbsbedingungen sind auch für die privaten Versicherungsgesellschaften optimal.

Nur Mindestleistungen im KVG definieren

Eine weitere Stärke des noch geltenden Gesetzes liegt im Minimalkatalog der Leistungen. Dies ist die Voraussetzung für einen innovativen Wettbewerb der Versicherer im Leistungssektor.

Ein Minimalkatalog ermöglicht den Versicherern einen echten Wettbewerb im Leistungssektor. Zu hoch geschraubte Leistungen führen zu hohen Prämien und Abwanderung der Versicherten zu jenen Versicherern, die mit ihrem Leistungskatalog besser umgehen können. Aktive und kostensenkende, präventive Leistungen führen mittel- und langfristig zu Prämienvorteilen. Aktive Prävention wird im KVG -Entwurf z.B. in den Bereich der Zusatzversicherung verbannt. Die entstehende Angebotsvielfalt erlaubt den Versicherten, bedürfnisgerechte Verträge abzuschliessen.

Wettbewerb unter den medizinischen Leistungserbringern

Die heute noch geltenden Tarifmechanismen verhindern einen echten Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Auch unter den medizinischen Anbietern muss eine Wettbewerbssituation entstehen. Zu diesem Zweck sind klare und betriebswirtschaftlich begründbare Tarifgrundlagen zu schaffen.

Die Tarife sind unter den Vertragspartnern frei auszuhandeln. Auflagen der öffentlichen Hand sind nach betriebswirtschaftlichen Kriterien abzugelten. Die Tarife sind nach betriebswirtschaftlichen Erkenntnissen anzulegen. Dazu zwei Beispiele:

- a) Heute wird z.B. die Zeitkomponente bei der ärztlichen Leistung im ambulanten Bereich klar unterzahlt. Direkte Folge: Förderung der apparativen Medizin.
- b) Im öffentlichen Spital X ist die Pauschale in der allg. Abteilung für eine Blinddarmoperation gleich hoch wie für einen komplizierten Bypasseingriff. Der Anreiz für eine betriebswirtschaftliche Kostenerfassung fehlt vollständig.

Nach Effektivalter abgestufte Prämien

Junge Familien sind heute in der Regel finanziell hoch belastet. Einheitsprämien strapazieren die Solidarität zwischen alt und jung unnötig. Nach Effektivalter abgestufte Prämien mit einer Höchstprogression von ca. 25% bilden einen vernünftigen Kompromiss. Risikogerechte Prämien sind auch in der Zusatzversicherung nicht zu verantworten, weil diese sonst nur für Junge und Bestsitierte zugänglich ist.

Die Progressionsstufen könnten wie folgt angelegt werden:

Stufe	Effektivalter	Progression
1	26 - 40	100%
2	41 - 50	110%
3	51 - 65	120%
4	65 - XX	125%

Die Umteilung nach Effektivalter (ähnlich der Systematik im BVG) mit einer moderaten

Progression, leistet einen bedeutenden Beitrag im Bereich Solidarität alt - jung, nimmt auf die durchschnittliche Einkommensentwicklung der Familien Rücksicht und ergibt hohe Zusatzmittel zur Finanzierung.

PRÄMIENENTWICKLUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG AB 1994

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			150.00			150.00			150.00	1.01.94
2	1994	Teuerung	8.00	12.00	162.00	8.00	12.00	162.00	8.00	12.00	162.00	1.01.95
3	1995	Teuerung	10.00	16.00	178.00	14.00	23.00	185.00	14.00	23.00	185.00	
4	1996	Prämienschub infolge Leistungserweiterung im neuen KVG	25.00	45.00	223.00	0.00	0.00	185.00	0.00	0.00	185.00	
5	1996	Wegfall der höheren Eintrittsalterstufe für ältere Versicherte	5.00	11.00	234.00	0.00	0.00	185.00	0.00	0.00	185.00	
6	1996	Wegfall der Bundesbeiträge für über 50% der Versicherten	8.00	19.00	253.00	0.00	0.00	185.00	0.00	0.00	185.00	1.01.96
7	1996	Wegfall der Defizitbeiträge aus privaten Spitalabteilungen	5.00	13.00	266.00	0.00	0.00	185.00	0.00	0.00	185.00	
8	1996	Kostenumlagerung aus Strukturveränderung der privaten Spitalabteilungen	10.00	27.00	293.00	0.00	0.00	185.00	0.00	0.00	185.00	
9	1996	Teuerung	10.00	29.00	322.00	14.00	26.00	211.00	14.00	26.00	211.00	1.01.97
10	1997	Wegfall der Bundesbeiträge für ca. 50% der Versicherten	0.00	0.00	322.00	0.00	0.00	0.00	8.00	17.00	228.00	
11	1997	Teuerung	10.00	32.00	354.00	14.00	30.00	241.00	5.00	12.00	240.00	1.01.98
12	1998	Teuerung	10.00	35.00	389.00	14.00	34.00	275.00	5.00	12.00	252.00	1.01.99
13	1999	Teuerung	10.00	39.00	428.00	14.00	39.00	314.00	5.00	13.00	265.00	1.01.00
14	2000	Prämienvergleich der Szenarien im Jahr 2000			428.00			314.00			265.00	

VERGLEICHSINDEX JAHR 2000

100.00

73.40

61.90

Sozialdemokratische Partei der Schweiz
Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Initiative für eine gesunde Krankenversicherung

Fakten, Fragen, Antworten

Teil 1: Initiativtext	Seite 2
Erläuterungen	Seite 3 - 8
Teil 2: Einige statistische Angaben:	
Tabelle: Preisindices des Gesundheitswesens	Seite 9
Tabelle: Aufwendungen der Krankenpflegeversicherung	Seite 10
Tabelle: Krankenkassenausgaben und Krankenpflegeausgaben insgesamt und je Versicherten	Seite 11
Tabelle: Krankenkasseneinnahmen insgesamt	Seite 12
Teil 3: Fragen und Antworten	Seite 13 - 21

Der Initiativtext

EIDGENOESSISCHE VOLKSINITIATIVE FUER EINE GESUNDE KRANKENVERSICHERUNG

Im Bundesblatt veröffentlicht am 18. September 1984

Die unterzeichneten stimmberechtigten Schweizer Bürgerinnen und Bürger stellen hiermit, gestützt auf Art. 121 der Bundesverfassung und gemäss dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 1976 über die politischen Rechte, Art. 68ff, folgendes Begehren:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Artikel 34^{bis}

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 Beitrages herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder bezahlen 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 als 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.

²Die 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.

Kurze Erläuterungen zum Text

Absatz 1: Damit wird dem Bund der Auftrag erteilt, sowohl die Kranken- wie auch die Unfallversicherung einzurichten. Es wird nicht ein bundesstaatlicher Versicherungsträger wie bei der AHV geschaffen. Die möglichen Träger - vor allem anerkannte Krankenkassen, Privatversicherer, öffentlich-rechtliche Institutionen wie die SUVA - dürfen aber keinen Gewinn aus der Versicherung erzielen.

Ziffer 1: Diese Ziffer ist nötig, um wiederum eine verfassungsrechtliche Grundlage für die geltende Unfallversicherung zu schaffen.

Ziffer 2: Hier werden das Obligatorium und die Pflichtleistungen geregelt. Zusatzversicherungen - z.B. für Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals - bleiben auf freiwilliger Basis möglich.

Aufgehoben wird die Aussteuerung bei Spitalaufenthalt. Eingeschlossen werden die Behandlungskosten bei Unfall, sofern nicht anderweitig von gesetzeswegen bezahlt wird.

Zur Pflichtleistung wird auch die Hauskrankenpflege erklärt. Dieser Begriff umfasst nur die Pflegeleistungen am Patienten selbst. Die sog. Haushilfe (Besorgung des Haushalts während einer Erkrankung) bleibt Aufgabe der Gemeinden bzw. von Spezialorganisationen wie die Pro Senectute.

Eingeschlossen werden auch Leistungen der Gesundheitsvorsorge, wobei der Bund eine Liste solcher Vorsorgemassnahmen zu erstellen hat.

Buchstabe a): Der erste Satz hält fest, dass alle Versicherten - also auch nichterwerbstätige Personen (Hausfrauen, Hausmänner, Rentenbezüger, Privatiers) - Beiträge zu entrichten haben.

Dabei wird das Renten- bzw. das Vermögenseinkommen zur Bemessung der Prämien herangezogen. Es wird aber auch ein Mindestbeitrag festzulegen sein, der auch von Personen ohne eigenes Vermögen erhoben wird. Dieser Mindestsatz bewirkt

auch, dass nicht jedes Sparbüchlein zur Prämienbemessung herangezogen werden muss, sondern erst bei grösseren Vermögen höhere Prämien erhoben werden.

Möglich wäre es auch, bei einem höheren Einkommen des Ehepartners eines/einer Nichterwerbstätigen, dieses Einkommen zur Bemessung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit heranzuziehen.

Bei Erwerbstätigen wird nur das Erwerbseinkommen zur Beitragsbemessung herangezogen. Dieses kann aber nach oben nicht plafoniert werden. Bei Arbeitnehmern hat der Arbeitgeber mindestens die Hälfte des Beitrags zu übernehmen. Selbstverständlich gilt auch für Erwerbstätige der Mindestbeitrag.

Es ist offensichtlich, dass die Formulierung ein Finanzierungssystem analog jenem der AHV anstrebt. Für Erwerbstätige steht also die lohnprozentuale Finanzierung im Vordergrund. Es wird aber nicht ausgeschlossen, dass zu einem späteren Zeitpunkt auch ein anderes solidarischeres Finanzierungssystem (z.B. Zuschlag bei den Steuern) gewählt werden könnte, sofern sich ein solches aus wirtschaftlichen oder arbeitsmarktlichen Gegebenheiten aufdrängen würde.

Kinder bezahlen keine Beiträge. Es bleibt dabei dem Gesetzgeber überlassen, zu definieren, wie weit der Begriff "Kind" geht. Zumindest sind es alle unter 16jährigen.

Buchstabe b): Die öffentliche Hand hat mindestens 25 Prozent der Ausgaben zu übernehmen. Der Bund hat die Kantone zu beteiligen. Er kann die Kantone dabei unterschiedlich belasten - z.B. aufgrund ihrer Gesundheitskosten pro Kopf der Kantoneinwohner oder ihrer sonstigen Aufwendungen an das Gesundheitswesen.

Der Gesetzgeber hat auch die Möglichkeit, Kostenbeteiligungen der Versicherten vorzusehen. Er kann dabei differenziert vorgehen - z.B. keine Kostenbeteiligung bei Spitalaufenthalt, höhere Kostenbeteiligung für bestimmte Medikamente. Der Gesamtbetrag, welcher einem Versicherten aber pro Jahr auferlegt werden kann, ist dagegen auf einen Fünftel der Jahresprämie begrenzt.

Ziffer 3: Bei der Krankengeldversicherung lehnt sich der Leistungsrahmen an jenen der Unfallversicherung an (80% Lohnersatz). Nichterwerbstätigen soll die Möglichkeit geboten werden, sich ebenfalls für Taggeld-Leistungen versichern zu können, um damit beispielsweise eine Haushilfe im Falle einer Erkrankung bezahlen zu können.

Wie bei der Unfallversicherung wird das versicherbare Einkommen begrenzt (heute 69'600 pro Jahr).

Die Versicherung zahlt erst, wenn vertragliche oder gesetzliche Lohnzahlungsvereinbarungen erschöpft sind. Sowohl die OR-Bestimmungen über die Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers wie auch weitergehende Vereinbarungen bleiben also bestehen.

Absatz 2:

Hier wird vorab festgelegt, dass die Behandlungsfreiheit - wozu auch das Recht auf freie Arztwahl gehört - nur eingeschränkt werden darf, wenn wirtschaftliche Gründe dagegen sprechen.

Dem Bund und den Kantonen wird sodann der verbindliche Auftrag erteilt, für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung zu sorgen. Damit hat er nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, alle vertretbaren Sparmassnahmen im Gesundheitswesen durchzusetzen und laufend zu kontrollieren.

An konkreten Mitteln werden im Initiativtext genannt: die Pflicht zum Erlassen von Tarif- und Abrechnungsvorschriften und zum Festlegen verbindlicher Spitalplanungen. Damit obliegt es dem Bund wie auch den Kantonen, einerseits eine bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen, Spitalbetten und technischen Hilfsmitteln zu gewährleisten. Diese müssen aber andererseits auch eingeschränkt werden (d.h. die Versicherung zahlt nicht), wenn sie keinem Bedarf entsprechen oder ineffizient sind.

Zu erwähnen ist, dass ausser Absatz 3 auch die Finanzierungsbestimmungen zur Kostendämpfung beitragen. Der Bundesbeitrag steigt mit der Kostenentwicklung. Der Bund ist also daran interessiert, diese zu dämpfen. Durch gezielte Verpflichtungen der Kantone zur anteilmässigen Mitfinanzierung kann er auch diese zur Kostenreduktion anhalten.

Ohne die Bremswirkung der Kostenbeteiligung der Versicherten bewerten zu wollen (sie ist eher gering), kann eine gezielte Handhabung auch dieses Instruments eine gewisse Wirkung haben - z.B. könnte das Interesse sowohl des Arztes wie des Patienten bei der Abgabe bzw. bei der Entgegennahme übermässiger Mengen von Medikamenten gesteuert werden.

Kurze Kostenübersicht

Wir gehen davon aus, dass vorab die Rechnungsgrundlagen des Bundesrates gemäss seiner Anträge zur jetzt in der Debatte stehenden Revision des KMVC auch für die Initiative Gültigkeit haben. Das bedeutet z.B., dass die Kantone den Bau von Spitälern aus Steuergeldern finanzieren und zusätzlich mindestens 50% der anfallenden Betriebskosten der Spitäler zu tragen haben.

Unsere Initiative bringt aber wegen des Obligatoriums eine Erhöhung der Zahl der Versicherten. Sie bringt weiter einen zusätzlichen Leistungsausbau. Dagegen klammern wir die Mutterschaftsversicherung aus. Diese ist separat vom Bund zu finanzieren (im Gesetzesentwurf vorgesehen, aber unter Kürzung des Gesamtbeitrags des Bundes).

Das ergibt folgende Kosten für das Jahr 1985:

Basiskosten bei 97,6 Versicherten gemäss Vorlage Bund	5384 Mio
Ausdehnung auf das Obligatorium plus 2,4% Versicherte	216 "
Zusätzliche Verbesserungen	
- Hauskrankenpflege	200 "
- Wegfall Versicherungsvorbehalte	30 "
- Ausweitung der Vorsorge	100 "
Total Pflegekosten	5930 "
Verwaltungskosten 8%	470 "
<u>Total von der Versicherung zu finanzieren</u>	6400 Mio

Zusätzlich haben die Kantone rund 1,5 Milliarden Franken an die Betriebskosten ihrer Spitäler zu tragen und die gesamten Baukosten. Der Bund hat seinerseits die Mutterschaftsversicherung zu finanzieren, was gemäss Bundesratskonzept rund 170 Millionen Franken kostet.

Einige Prämienvergleiche

Um den sozialen Charakter der Initiative würdigen zu können, fügen wir nachstehend noch einige Prämienvergleiche zwischen den Belastungen der Versicherten durch den Revisionsvorschlag des Bundesrates und der Initiative an. Wir haben dabei die Prämienberechnungen des Bundesrates, wie er sie dem Parlament vorgelegt hat, um 5% erhöht, was den Kosten für unsere zusätzlichen Verbesserungen im Leistungsbereich entspricht.

Zu beachten ist, dass die Berechnungen des Bundesrates eine landesweite Durchschnittsprämie beinhalten. Da aber am heutigen Prämiensystem festgehalten wird, ergeben sich bei den Ansätzen von Kasse zu Kasse und von Region zu Region erhebliche Abweichungen. Heute sind beispielsweise die Prämien in städtischen Gebieten doppelt so hoch wie in ländlichen.

<u>Prämienbeispiele für Monatsprämien</u>	Bundesrat	Initiative
<u>Arbeitnehmer Einkommen 3000.-</u>		
- Mann	64.--	1,3% 39.--*
- Frau	71.--	min. 35.--**
- 1. Kind	24.--	-.--
- 2. Kind	24.--	-.--
- 3. Kind (ab 3. Kind auch bei Bundesrat keine Prämie mehr)	-.--	-.--
Familie	183.--	74.--
<u>Arbeitnehmer Einkommen 4000.-</u>		
- Mann	64.--	52.--*
- Frau	71.--	35.--**
- 1. Kind	24.--	-.--
- 2. Kind	24.--	-.--
Familie	183.--	87.--
<u>Arbeitnehmer Einkommen 5000.- Ehefrau Einkommen 3000.- oder hohes eigenes Vermögen</u>		
- Mann	64.--	65.--
- Frau	71.--	39.--
<u>Rentnerehepaar nur mit Maximal-Rente der AHV</u>		
- Mann	64.--	2,6% 35.-- je von**
- Frau	71.--	35.-- halber**
	135.--	70.-- Rente
<u>Rentnerehepaar mit AHV und 2. Säule</u>		
Einkommen 70% von 4000.-		
- Mann	64.--	46.-- 1/2 AHV+
- Frau	71.--	35.-- 1/2 AHV*
	135.--	81.--
<u>Mindestprämien bei kleinen Einkommen</u>		
- Mann	64.--	35.--
- Frau	71.--	35.--*
- 1. und 2. Kind	24.--	-.--

Nochmals den gleichen Betrag hat der Arbeitgeber zu leisten

** Mindestbeitrag gemäss unseren Vorstellungen zwischen 30.- und 40.- Fr.

Grenzbeträge

Ohne Berücksichtigung der Arbeitgeberbeiträge, welche jene der Arbeitnehmer als Einnahmen für die Versicherung verdoppeln, bringt die Initiative günstigere Prämien

- bei einem alleinstehenden Arbeitnehmer bis zu einem Monatseinkommen von	Fr. 4'923.--
- bei einer alleinstehenden Arbeitnehmerin	Fr. 5'460.--
- bei einem alleinstehenden Rentner	Fr. 2'461.--
- bei einer alleinstehenden Rentnerin	Fr. 2'730.--
- bei einem Ehepaar ohne Kinder	Fr. 7'692.--
- bei einem Rentnerehepaar	Fr. 5'192.--
- bei einem Ehepaar mit 2 Kindern	Fr. 11'384.--

Werden zum Zweck des Einnahmenvergleichs die Prämien der Arbeitgeber mitberücksichtigt, so sind obige Zahlen - natürlich ohne die Rentner - zu halbieren.

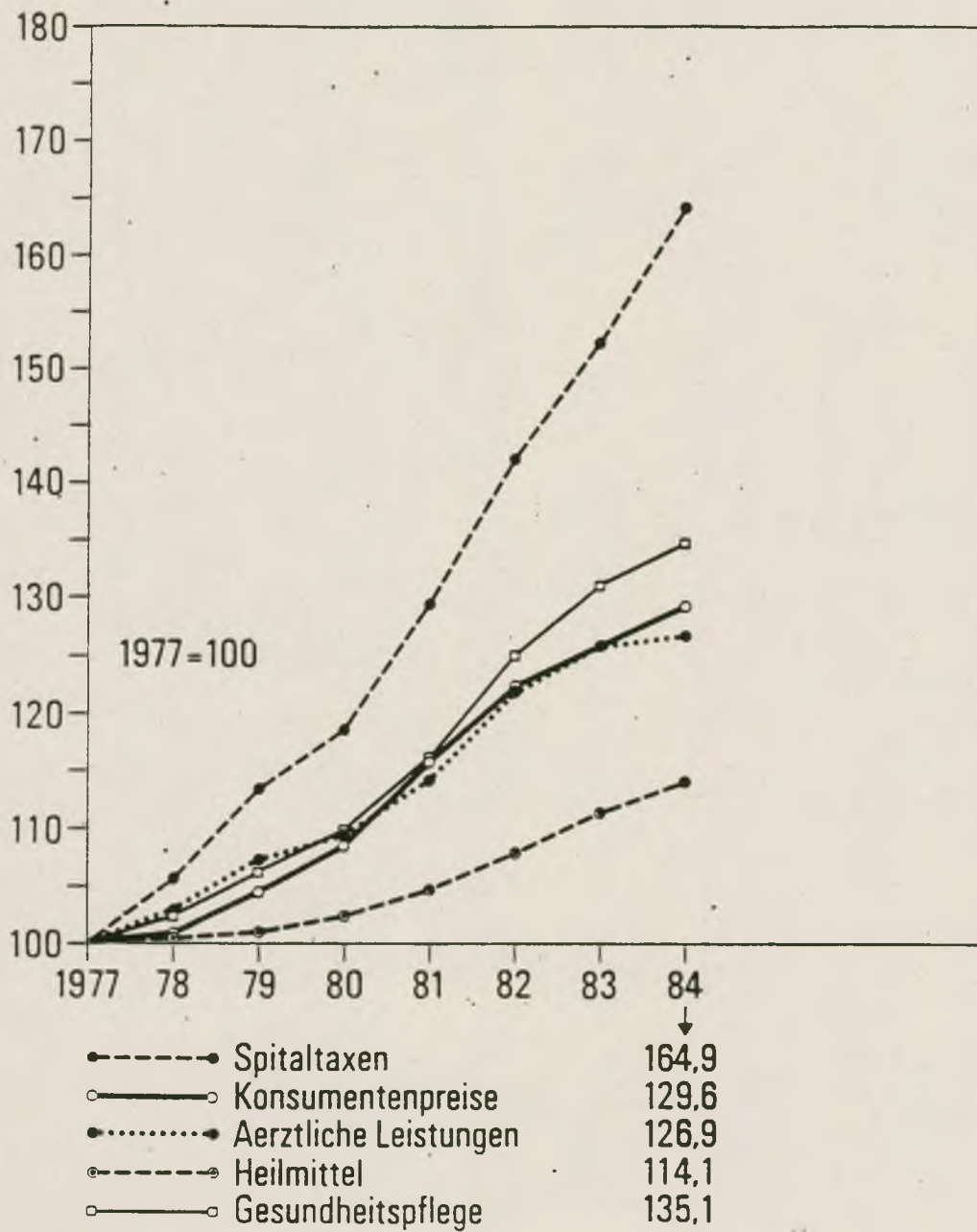
KostenbeteiligungenVorschlag des Bundesrates

- Kinder	10% der Arzt-/Spitalrechnungen bis höchstens Fr. 200.- pro Jahr
- Erwachsene	20% der Arzt-/Spitalrechnungen bis höchstens Fr. 400.- pro Jahr

Initiative

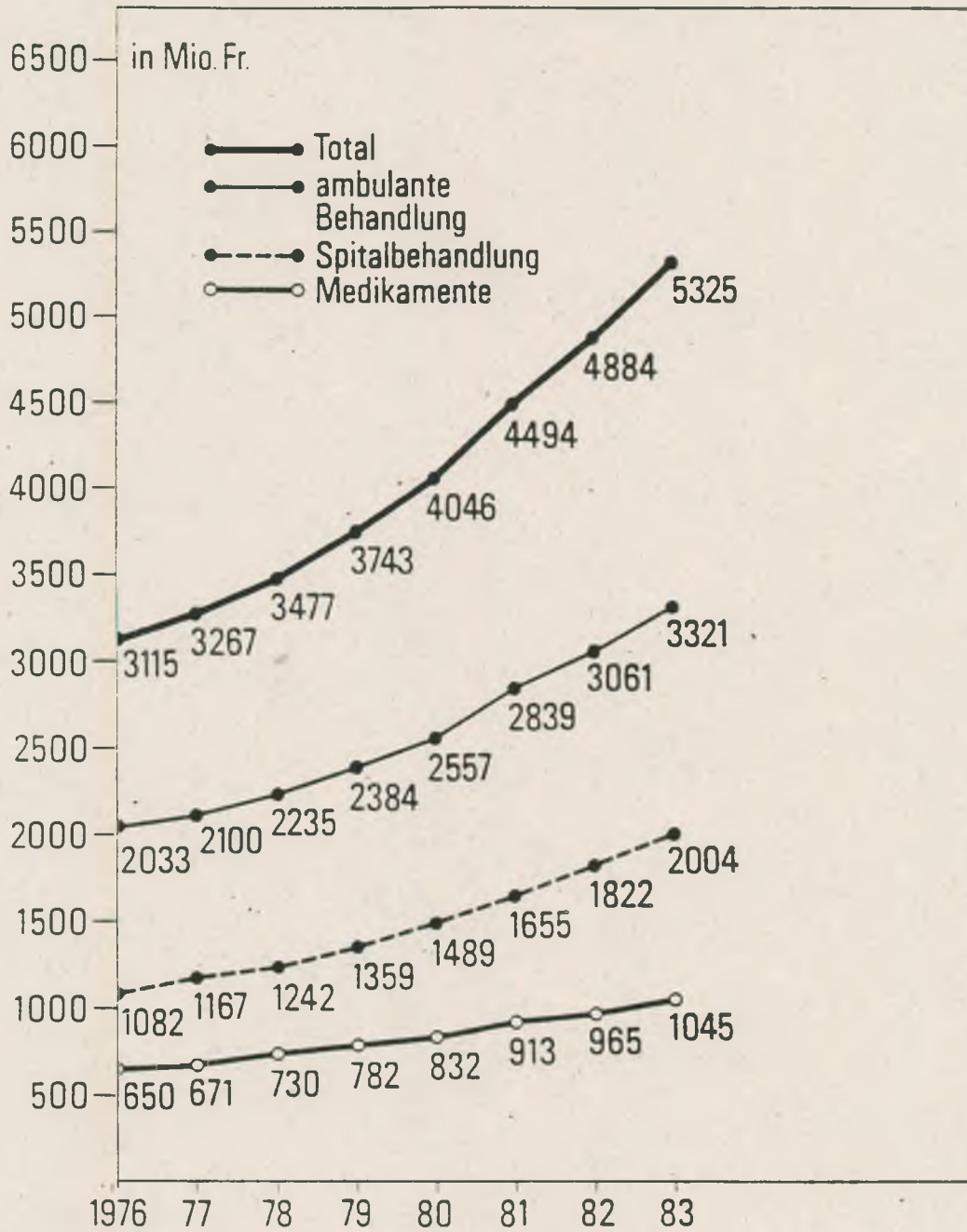
- Kinder	keine Kostenbeteiligung
- Erwachsene	z.B. 10% der Rechnungen höchstens aber pro Jahr ein Fünftel des Jahresbeitrags,
- ergibt bei Fr. 3000.- Einkommen	höchstens Fr. 187.20 pro Jahr
- ergibt bei Minimalbeitrag (35.- pro Monat)	höchstens Fr. 84.-

Preisindices des Gesundheitswesens



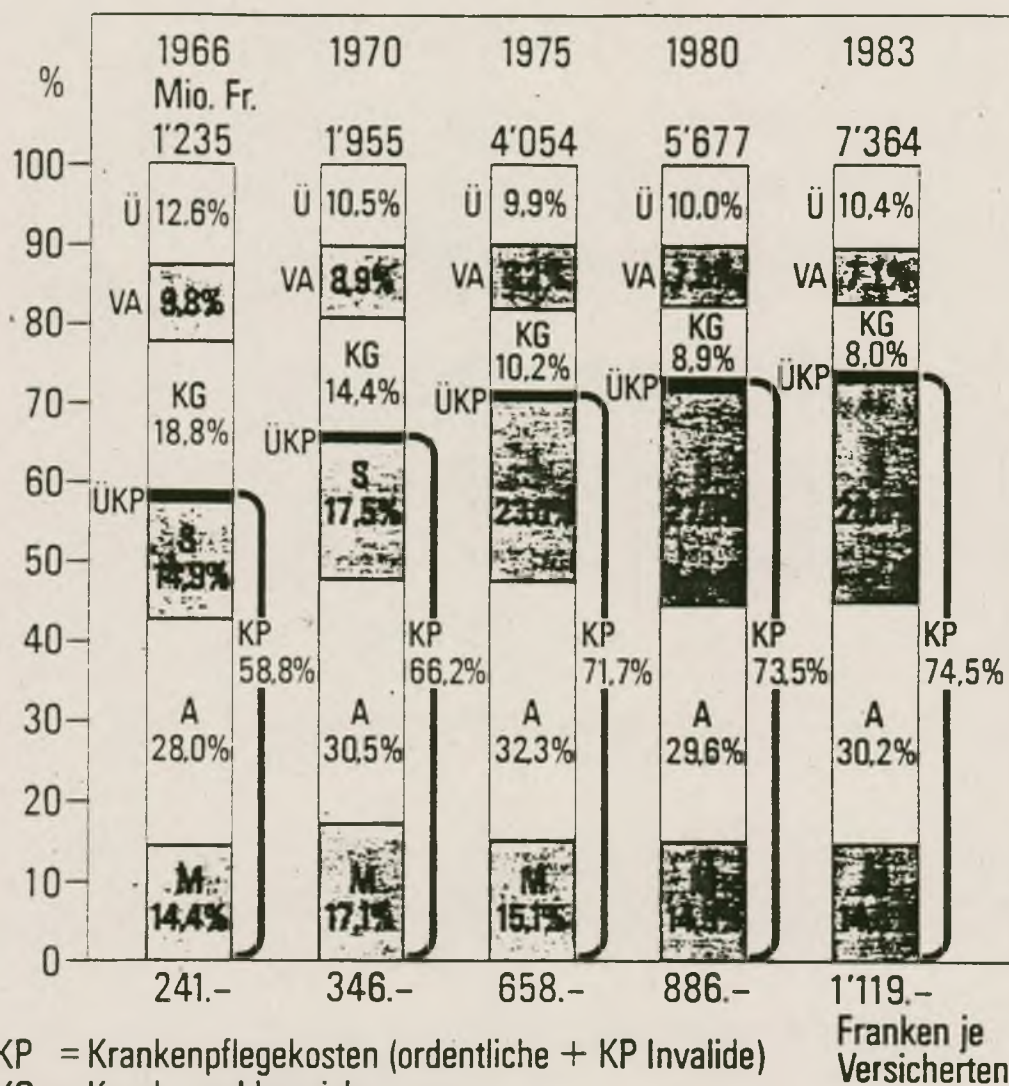
Bundesamt für Statistik

Aufwendungen der Krankenpflegeversicherung



Statistik Bundesamt für Sozialversicherung

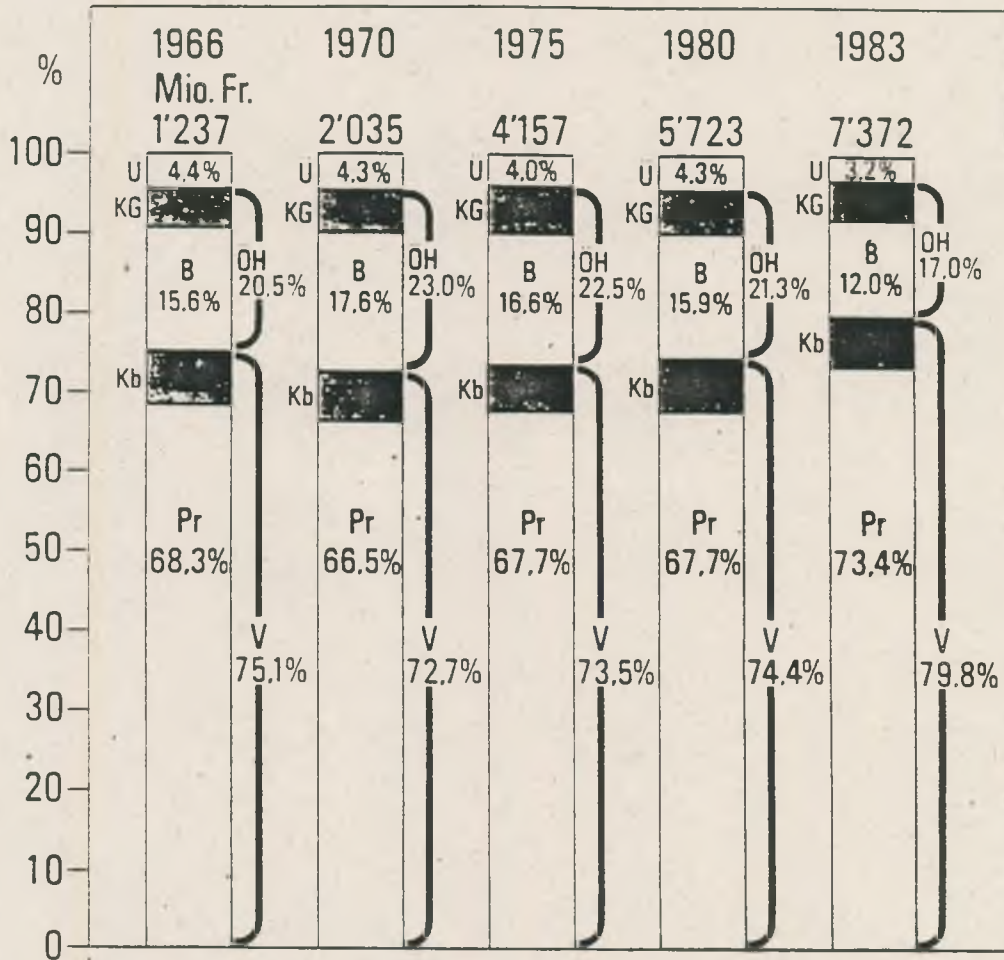
Krankenkassenausgaben und Krankenpflegeausgaben insgesamt und je Versicherten



- KP = Krankenpflegekosten (ordentliche + KP Invalide)
 KG = Krankengeldversicherung
 VA = Verwaltungskosten + Abschreibungen auf Mobilien
 Ü = Übrige (Mutterschaft, Tuberkulose, Rückversicherungsprämien, u.a.)
 ÜKP = Übrige Krankenpflegekosten (Chiropraktik u.a.)
 S = Spitalbehandlung
 A = Ärztliche Behandlung
 M = Medikamente

Statistik Bundesamt für Sozialversicherung

Krankenkasseneinnahmen insgesamt



- V = Anteil der Versicherten
(Prämien, Kostenbeteiligung, Krankenscheingebühren)
- Pr = Prämien
- Kb = Kostenbeteiligung, Krankenscheingebühren
- OH = Öffentliche Hand (Bund, Kantone, Gemeinden)
- B = Bundessubventionen
- KG = Subventionen der Kantone und Gemeinden
- U = Übrige (+ Eintrittsgelder, Beiträge Arbeitgeber)

FRAGEN UND ANTWORTEN

Allgemein zum Inhalt der Initiative

1. Das Gesundheitswesen liegt doch als ganzes im argen. Warum beschränken sich dann SPS und SGB auf eine Initiative zur Krankenversicherung?

Es ist richtig, dass nicht nur die Krankenversicherung, sondern die Gesundheitspolitik überarbeitet werden sollte. Damit werden neben Massnahmen zur Kostendämpfung (Aerztehonorare, Apparatedizin, Spitaltarife, Medikamentenpreise usw.) vor allem solche zur Krankheitsverhütung angesprochen. Dies nicht nur im individuellen Bereich (Vorsorge an einzelnen Personen gegen bestimmte Krankheiten), sondern vorab zur Verbesserung der allgemeinen Lebensgrundlagen (gesunde Luft, gesundes Wasser, keine Stresszustände usw.). Sodann gehören Fragen der Betreuung von Kranken zuhause ebenso zur allgemeinen Gesundheitspolitik wie das stärkere Angehen psychosomatischer (seelischer) Leiden oder Fragen bezüglich der Grenzen der Spitzenmedizin (humaner Tod zum Beispiel).

Das zeigt, eine neue Gesundheitspolitik kann nicht mit einer einzelnen Verfassungsinitiative angestrebt werden. Schon die gesetzlich verlangte "Einheit der Materie" (mit einer Initiative darf nur ein Sachbereich angesprochen werden) setzt hier Schranken. Es braucht ein Gesamtkonzept, ähnlich wie das etwa zurzeit beim Verkehr angestrebt wird. SPS und SGB arbeiten an einem solchen.

SPS und SGB haben deshalb eine Schlüsselposition im Gesundheitswesen, die Krankenversicherung, ins Visier genommen, wo besonders Familien und Arbeitnehmer mit kleinerem Einkommen unter den ständigen Prämienerrhöhungen leiden. Die Initiative verhindert aber allgemeine Reformbewegungen im Gesundheitswesen nicht.

2. Das Konkordat der Krankenkassen hat ebenfalls eine Initiative lanciert und bereits eingereicht. Warum lancieren SPS und SGB noch eine eigene Initiative zur gleichen Sache?

Die Initiative deckt sich tatsächlich in einem Punkt mit unserem Begehren: bei den verlangten Massnahmen zur Kostendämpfung. Darüber hinaus aber ist die Konkordatsinitiative nur auf kurzfristige Wirkung angelegt. Auch das Konkordat hat erkannt, dass die ständigen Prämienerrhöhungen die Versicherung für viele unbezahlbar machen. Das aber bedeutet Gefahr für den Bestand der Krankenkassen. Durch eine starke Erhöhung der Bundes-subventionen soll diese Gefahr gebannt werden. Da aber Bundessubventionen vom Gesetzgeber jederzeit wieder geschmälert werden können (gerade die Krankenkassen haben dies in den letzten Jahren erlebt; es wurden seit 1977 weit über 2,5 Milliarden auf ihrem Buckel vom Bund gespart), bringt die Konkordatsinitiative keine Sicherheit für die Zukunft.

Unsere Initiative verlangt demgegenüber grundsätzliche Neuerungen, nämlich einen allgemeinen Versicherungsschutz, verbunden mit einer solidarischen Prämiengestaltung, die zukunftswirksam bleiben. Unsere Initiative ist also eindeutig die bessere.

3. Die Abstimmungen der letzten Jahre haben gezeigt: Initiativen werden vom Volk fast immer abgelehnt. Sie nützen also nichts. Warum versuchen SPS und SGB nicht, die Situation auf gesetzlichem Wege zu verbessern?

Richtig ist, dass Initiativen zumeist vom Volk abgelehnt werden. Daraus aber abzuleiten, sie nützen nichts, ist falsch. Initiativen beeinflussen sehr stark die jeweiligen Gesetzesberatungen. Das Volk hat zum Beispiel vor kurzem die Ferieninitiative des SGB abgelehnt. Diese Initiative hatte aber vorgängig zu einer Revision des Arbeitsgesetzes geführt, wo die Ferien ganz massgeblich ausgebaut wurden. SPS und SGB versuchen durchaus, auf Gesetzesebene Verbesserungen herbeizuführen. Die jetzigen Verhandlungen über eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes zeigen aber, dass ihre Vorschläge von der bürgerlichen Mehrheit des Parlaments vollständig abgeblockt werden.

Das wird sich unter dem Druck einer Initiative ändern, da hier letztlich das Volk mitreden kann und ein Abstimmungsausgang trotz den einleitenden Hinweisen immer unsicher bleibt. Gerade bei der Krankenversicherung ist eine grosse Unzufriedenheit festzustellen. Die Mehrheit unserer Bevölkerung will hier eine Aenderung.

Obligatorium und Selbstverantwortung

4. Ist ein Versicherungsobligatorium wirklich noch nötig, wenn doch 97 Prozent der Bevölkerung einer Krankenkasse angehören?

Zwar ist tatsächlich der Grossteil der Bevölkerung versichert, da man es sich aus finanziellen Ueberlegungen (Kosten bei einer schweren Krankheit) einfach nicht leisten kann, ohne Schutz dazustehen. Je grösser aber die Prämienbelastungen werden, desto stärker wird gerade für Leute mit kleinem Einkommen die Versuchung, trotzdem dieser Belastung auszuweichen. Andere werden aus der Versicherung ausgeschlossen, da sie die Prämien nicht mehr bezahlen können.

Wesentlich ist auch, dass eine freiwillige Versicherung gewisse Grenzen setzen muss, damit sie nicht ausgenützt werden kann. Sie muss verhindern, dass sich Leute erst anschliessen, wenn sie Leistungen beanspruchen wollen (Leistungsvorbehalte) oder bereits ein zu hohes Risiko darstellen (Altersgrenzen wegen zu hoher Krankheitswahrscheinlichkeit). Solche Einschränkungen treffen aber zum Teil auch bereits Versicherte, die eine Krankenkasse wechseln wollen oder wechseln müssen (Verlust des Arbeitsplatzes, Wechsel des Wohnortes).

Vor allem kann in einer freiwilligen Versicherung keine Beitragssolidarität zwischen Bezüglern niedriger oder hoher Einkommen und zwischen Ledigen und Familien durchgesetzt werden. Würde man dies versuchen, so würden die Reichen und die Ledigen zur Privatassekuranz abwandern und den Krankenkassen verblieben nur jene Versicherten, welche bereits ein hohes Krankheitsrisiko darstellen oder über zuwenig Mittel verfügen, um sich einen Wechsel erlauben zu können.

5. Viele Krankheiten könnten doch durch eine gesündere Lebensführung vermieden werden. Sollten z.B. Raucher und Trinker nicht stärker als andere zur Kasse gebeten werden?

Wir sind gegen eine Bestrafung bereits Erkrankter, auch wenn dafür manchmal ein gewisses Selbstverschulden vorliegt. Leiden unter solchen Massnahmen müssen meist die unschuldigen Familienangehörigen solcher Patienten. Sodann sind die Grenzen zwischen Selbstverschulden und krankhaften Neigungen (Alkoholismus ist nach allen Erkenntnissen eine Krankheit) nur schwer zu ziehen. Letztlich verursachen die heutigen Umweltbelastungen (Luftverschmutzung, Lärm, Giftstoffe in Lebensmitteln, Stress am Arbeitsplatz) viel höhere Kosten im Gesundheitswesen, als dies beim individuellen Fehlverhalten der Fall ist, ohne dass die Verursacher dafür verantwortlich gemacht werden.

SPS und SGB setzen deshalb auf bessere Aufklärung zum gesünder Leben, auf Einschränkung der Werbung für gesundheitsschädliche Güter und auf allgemein verbesserte Umweltbedingungen.

6. Man spricht viel davon, dass die Versicherten ärztliche Leistungen unnötigerweise beanspruchen, nur weil die Kasse zahlt. Könnte da nicht eine massive Erhöhung der Franchise und des Selbstbehalts bremsen helfen?

In einem geringen Ausmass kann die Franchise, sofern sie beim Bezug des Krankenscheins erhoben wird, eine Ueberlegungsschwelle (ist es wirklich nötig?) darstellen. Sie darf aber keinesfalls so hoch angesetzt werden, dass sie auch bei ernsthafter Erkrankung vom Arztbesuch abhält, was sich letztlich auch auf die Kosten negativ auswirken würde (verschleppte Krankheiten sind die teuersten). Keinen Platz hat sie in der Kinderversicherung, wo die Ernsthaftigkeit einer Erkrankung vom Laien nie festgestellt werden kann.

Der Selbstbehalt (die Beteiligung wird am Schluss der Behandlung vom Rechnungsbetrag ermittelt) hat keine solche Wirkung. Wenn die Behandlung eingesetzt hat, so bestimmt praktisch nur der Arzt, was nötig und was nicht nötig ist.

Die Initiative geht deshalb von einer sehr flexiblen Handhabung der Kostenbeteiligung aus. Der Gesetzgeber wird obigen Ueberlegungen Rechnung

tragen können. Schliesslich begrenzt sie den möglichen Selbstbehalt auch nach oben, wobei das Einkommen diese Grenze bestimmt. Damit wird ausgeschaltet, dass ein Selbstbehalt im Falle eines Niedriglohnbezügers eine schwere Last, im Falle eines Höchstlohnbezügers ein Trinkgeld darstellt.

Leistungen

7. Alles, was an Leistungen übernommen werden muss, verursacht Kosten. Warum verlangen dann SPS und SGB noch einen Ausbau bei den Leistungen?

Die Initiative verlangt eine Erweiterung des Leistungsrahmens nach drei Richtungen:

- Uebernahme der Kosten für die Hauskrankenpflege
- Vergütung wirksamer Massnahmen der Gesundheitsvorsorge
- Bezahlung von Unfallkosten, wenn kein Unfallversicherer dafür aufkommt

Es ist offensichtlich, dass diese Verbesserungen einerseits heutigen humanen Erfordernissen (warum einen Kranken ins Spital bringen, wenn er auch zuhause in gewohnter Umgebung gepflegt werden könnte?) und andererseits gerade der Kostendämpfung dienen (zuhause pflegen ist billiger, Vorsorge ist billiger als heilen).

Es sind auch Leistungsverbesserungen, die von einzelnen Krankenkassen auf freiwilliger Basis erbracht werden. Den meisten Hausfrauen oder Pensionierten ist z.B. nicht bewusst, dass sie gegen Unfall nicht versichert sind, sofern eben nicht die Krankenkasse dies freiwillig in ihrem Reglement vorsieht. Warum also solche Leistungen nicht für alle verbindlich erklären?

8. Es gibt heute Behandlungsmethoden, wie z.B. Akkupunktur, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden. Warum verlangen Sie nicht, dass auch Leistungen der sog. Alternativmedizin berappt werden müssen?

Die Initiative umschreibt weder was Krankheit ist, noch welche Heilmethoden bezahlt werden und welche nicht. Es ist eine Verfassungsinitiative. Solche Fragen müssen auf der Gesetzgebungsebene gelöst werden, was auch eine ständige Anpassung erlaubt. SPS und SGB gehen davon aus, dass das Gesundheitswesen auch für moderne Heilmethoden offen sein muss, und Anpassungen, sofern die Wirksamkeit erwiesen ist, nicht lange auf sich warten lassen sollten.

9. Zahnbehandlungen gehören zu den teuersten medizinischen Leistungen. Warum sagt die Initiative darüber nichts?

Die Initiative sagt tatsächlich nichts über Zahnbehandlungen. Der Begriff "Krankheit" kann aber ohne weiteres auch auf Zahnerkrankungen ausgedehnt werden. Da aber solche Behandlungen vom reinen Beseitigen eines Schmerzes bis zur Kosmetik, von rein zweckmässigen Reparaturen bis zu teuren Luxusausführungen alles beinhalten können, gehören die entsprechenden Vorschriften in die Gesetzgebung und nicht in die Verfassung.

Finanzierung

10. Das Einkommen der Arbeitnehmer wird immer stärker mit Abzügen belastet, sodass es netto immer weniger wird. Nun kommen auch Sie noch mit Lohnprozenten und schmälern so das Einkommen weiter?

Das Nettoeinkommen sollte man nicht am Auszahlungsbetrag in der Lohntüte messen. Die monatlichen Pflichtzahlungen, die man zuhause mit dem Einzahlungsschein erledigt, schmälern das frei verfügbare Einkommen ebenfalls. Zu diesen Pflichtzahlungen gehört auch die Prämienzahlung an die Krankenkasse. Für eine vierköpfige Familie macht dies heute einen Betrag von etwa 300 Franken aus. Das sind bei einem Einkommen von 3000 Franken ganze 10 Lohnprozente.

Bei der Initiative wären es noch etwa Fr. 74.- (1,3% Lohnabzug von 3000 Franken plus Mindestprämie für die nichterwerbstätige Ehefrau; Kinder sind gratis), also ganze 2,5 Lohnprozente.

Bei dem, was man bezahlen muss, ist eben nicht die Form (Lohnabzug oder Einzahlungsschein) entscheidend, sondern die Höhe des Betrages. Und gerade hier will die Initiative kleinere Einkommensbezüger und Familien entlasten.

11. Lohnprozente belasten Betriebe mit vielen Beschäftigten stärker als z.B. vollautomatische Werkstätten. Bergen Lohnprozente also nicht die Gefahr in sich, dass noch stärker rationalisiert wird?

Zum Argument, dass zu hohe Lohnnebenkosten (Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber) die Konkurrenzfähigkeit der schweizerischen Wirtschaft gegenüber dem Ausland schmälern, hat Bundesrat Egli' kürzlich ausgeführt, die Schweiz habe erst mit dem Inkrafttreten der 2. Säule bei den Aufwendungen für die Soziale Sicherheit etwa das Mittel der OECD-Staaten erreicht und alle unsere Nachbarländer wendeten relativ mehr Geld für den Sozialschutz auf als wir. Beizufügen wäre, dass die Beteiligung der Arbeitgeber an den Sozialausgaben in den Nachbarländern

ebenfalls grösser ist als bei uns. Die von uns verlangten 1,3% Lohnabgaben zugunsten der Krankenversicherung würden an diesen Feststellungen praktisch nichts ändern.

Aber auch so schreiten die Rationalisierungsmassnahmen stark voran. Die Lohnkosten inkl. Sozialleistungen spielen dabei im Vergleich zu den Investitions- und Amortisationskosten meist eine untergeordnete Rolle. Vor allem will man technologisch an der Spitze bleiben. Der Computer arbeitet rascher und zuverlässiger, das ist das Entscheidende. Mit einem Verzicht auf unsere Forderung nach einer lohnprozentualen Abgabe des Arbeitgebers zugunsten der Krankenversicherung würden wir daran nichts ändern.

Trotzdem beschäftigt die Frage der stärkeren Belastung von arbeitsintensiven gegenüber kapitalintensiven Betrieben auch uns. Der sozialdemokratische Ständerat Carl Miville hat deshalb im Parlament die Frage der "Robotersteuer" zugunsten der Sozialpolitik aufgeworfen. Gedacht werden könnte etwa an eine Besteuerung der Energie und des Kapitals, die im Betrieb "arbeiten" und Arbeitnehmer ersetzt haben. Damit könnte erst noch eine gewisse Lenkung in gewünschte oder weniger gewünschte Technologien, z.B. zum Schutze der Umwelt, erzielt werden. Beizufügen wäre, dass die Bundessteuer heute mit dem Dreistufentarif arbeitsintensive Betriebe gegenüber kapitalintensiven ebenfalls benachteiligt. Wir verlangen deshalb einen Einstufentarif, wodurch arbeitsintensive Betriebe entlastet würden. Man muss also nicht immer nur bei den Soziallasten suchen. Es gibt noch viele andere Möglichkeiten zum Ausgleich. Es geht aber dann nicht um die 1,3 Prozent für die Krankenversicherung, sondern um die Gesamtkosten der Sozialwerke. Bewusst haben wir deshalb in der Initiative darauf verzichtet, die Lohnprozente explizit zu nennen, obwohl sie im Vordergrund stehen. Die Initiative liesse eine andere Erhebungsform der Arbeitgeberbeiträge durchaus zu, sofern sich dies später aus arbeitsmarktlichen Ueberlegungen aufdrängt.

12. Ist es vernünftig, auch eine Erhöhung der Bundessubventionen zu verlangen? Das erhöht doch nur unsere Steuern?

Wir geben es zu: Auch wir müssen das Geld irgendwo holen, um die von uns gewünschte Krankenversicherung finanzieren zu können. Wir wollen aber die Belastungen anders verteilen und machen auch Vorschläge, wie man Kosten sparen könnte (siehe Fragen unter Kostendämpfung). Gerade mit einer Finanzierung über Steuern erzielt man wegen der Steuerprogression eine Entlastung der unteren Einkommensbezüger gegenüber den höheren.

Wenn wir fordern, Bund und Kantone müssten zusammen 25 Prozent der Ausgaben übernehmen, so stellen wir nur den Zustand wieder her, wie er noch 1970 gesetzlich gegeben war. Damals hat der Bund noch 17,6 Prozent (Kantone 5,4%) der Ausgaben übernommen. Durch die verordneten Spar-

massnahmen ist dieser Satz heute auf etwa 11 Prozent zusammengeschrumpft.

Sodann auferlegt der Bund auch der Krankenversicherung bestimmte Bedingungen, die auf einen gesellschaftlich erwünschten Ausgleich ausgerichtet sind (z.B. muss in Kürze die Prämienungleichheit Mann/Frau verwirklicht werden) und nichts mit den unterschiedlichen Einkommen zu tun haben. Sie muss er ausgleichen, um den sonst entstehenden Konkurrenznachteil der Krankenkassen gegenüber der Privatassekuranz auszugleichen. Darüber hinaus hat er dafür zu sorgen, dass die Prämienbelastungen auch für die Schwächsten tragbar bleiben. Letztlich stellt die Bundesverpflichtung auch ein wichtiges Instrument zur Kostendämpfung dar (siehe unter Kostendämpfung). Erwähnt sei noch, dass die Konkordats-Initiative eine bedeutend massivere Erhöhung der Bundessubventionen anstrebt als die Initiative SPS/SGB.

Kostendämpfung

13. Das Hauptproblem im Gesundheitswesen ist doch die Kostenexplosion. Warum verlangen Sie dann nicht ganz harte Sparmassnahmen?

Sie unterschätzen ganz eindeutig die Möglichkeiten, welche unsere Formulierung bietet. Bund und Kantone werden dazu verpflichtet, für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel zu sorgen. Sie erhalten dazu den Auftrag und nicht nur die Kompetenz, Tarif- und Abrechnungsvorschriften und verbindliche Spitalplanungen festzulegen. Mehr kann auf Verfassungsebene nicht getan werden; das weitere obliegt dem Gesetzgeber. Schon die Ueberwachung der Medikamentenpreise erfordert umfangreiche Regelungen mit Prüfungsbestimmungen usw. Das gleiche gilt für übersetzte Aerztehonorare, übermässige Ausnutzung der "Apparatemedizin", Spitalplanung usw.

Wichtig ist, dass die Initiative nicht nur die Pflicht zum Kostensparen festhält, sondern durch finanzielle Beteiligung den Bund, die Kantone und die Arbeitgeber daran interessiert. Wenn der Bund nicht mehr wie heute seinen Beitrag unbekümmert der Kostenentwicklung gleichhalten kann, sondern anteilmässig mittragen muss, wird er zum Sparen animiert. Wenn der Bund die Kantone je nach ihren Aufwendungen an seinem Anteil beteiligen kann, werden auch diese Sparbemühungen unterstützen. Wenn schliesslich die Arbeitgeber ebenfalls an der Prämienlast beteiligt sind, werden sie als starke Gruppe in unserem Parlament Sparmassnahmen nicht mehr aus rein ideologischen Ueberlegungen zu torpedieren suchen.

Verstaatlichung

14. Die Initiative regelt Leistungen und Finanzierung. Ist das nicht die Verstaatlichung des Gesundheitswesens?

Wenn dem so wäre, wäre das Gesundheitswesen schon heute verstaatlicht. Die Leistungen sind im Gesetz festgelegt, den Kassen werden strenge Finanzierungsvorschriften auferlegt, z.B. bei der Reservehaltung.

Wie bis anhin regelt die Initiative nur den Leistungsrahmen der Grundversicherung (Arzt, Arznei, Allgemeinabteilung im Spital). Der ganze Bereich der Zusatzversicherung bleibt weiterhin dem freien Spiel des Marktes überlassen.

Noch wichtiger aber ist, dass die Initiative grundsätzlich nicht ins Arztrecht (freie Wahl des Arztes, Behandlungsfreiheit) eingreift, sondern ausdrücklich festhält: "Die Behandlungsfreiheit ist gesichert." Lediglich im Rahmen der Wirtschaftlichkeit (die Behandlung kann zu gleich guten Bedingungen mit günstigerem Preis geboten werden) kann man das Arztrecht einschränken. Damit soll beispielsweise der Schaffung unnötiger Spitalbetten (Luxuskliniken) entgegengetreten werden. Im übrigen aber soll das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, welches beim Heilungsprozess von grosser Wichtigkeit ist, nicht durch Schranken abgebaut werden.

15. Die Initiative hat doch eindeutig eine zentralistische Tendenz. Bedroht sie also nicht den Bestand der Krankenkassen?

Auch die AHV ist eine zentralistische Einrichtung. Wir möchten sie aber nicht missen, weil eben nur so ein gerechtes und allen dienendes Finanzierungsmodell möglich wurde. Das gleiche gilt für die Krankenversicherung.

Durchgeführt wird aber die AHV nicht von einer einzigen Staatskasse, sondern von privaten und öffentlich-rechtlichen Ausgleichskassen. Zur Durchführung der Krankenversicherung brauchen wir bedeutend mehr Zweigstellen als bei der AHV. Krankheitsfälle sind häufiger als Rentenfälle; die Behandlung der Fälle ist komplizierter. Die Krankenkassen verfügen in diesem Bereich über eine grosse Erfahrung. Es wäre also mehr als dumm von uns, wollten wir diese Erfahrung nicht nutzen.

Die Initiative hält deshalb ausdrücklich fest, dass die Durchführung Einrichtungen zu übertragen sei, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit - was nichts anderes heisst, als dass kein Gewinn mit dem Sozialwerk angestrebt werden darf - betreiben. Und das sind in erster Linie die Krankenkassen. Im übrigen wurde oben bereits festgehalten, dass die Kassen auch weiterhin Zusatzversicherungen und dergleichen ohne gesetzlichen Zwang anbieten können.

Krankengeld

16. Gemäss Arbeitsvertrag erhalte ich bei Krankheit vom Arbeitgeber während sechs Monaten den vollen Lohn. Warum wollen Sie das nun ändern?

Die Initiative schliesst solche Regelungen auch für die Zukunft nicht aus. Sie stellt nur sicher, dass dann, wenn die Lohnzahlung infolge Krankheit ausfällt - das ist im obigen Fall nach 6 Monaten der Fall - die Krankengeldversicherung zum Tragen kommt, wobei dann mindestens 80 Prozent des Lohnes ersetzt werden.

Es ist aber daran zu denken, dass noch viele Arbeitnehmer lediglich während 3, 4 oder 5 Wochen Anspruch auf Lohn haben und auch dies nur, wenn sie im gleichen Jahr nicht bereits verunfallt waren oder Militärdienst leisten mussten. Sodann verhält die Lohnzahlungsvereinbarung nur, wenn der Arbeitsvertrag nicht gekündigt wird. Einem Arbeitslosen nützen solche Bestimmungen wenig.

Die Initiative schliesst also Lücken, die jeden Arbeitnehmer treffen könnten, ohne bessere vertragliche Regelungen zu verhindern.

17. Gemäss Gesamtarbeitsverträgen übernimmt der Arbeitgeber oft einen Teil der Prämie an die Krankengeldversicherung. Warum wollen Sie nun eine gesetzliche Regelung?

Es ist richtig, dass die Gewerkschaften vielerorts solche Regelungen erstritten haben. Aber es gibt eben auch noch Arbeitnehmer, die diesen Schutz nicht geniessen und wo vertragliche Regelungen kaum möglich sind. Sie sollen beim Minimalschutz den andern gleichgestellt werden, was übrigens auch der Konkurrenz wegen im Interesse der Arbeitgeber ist. Die Gewerkschaften werden sich dann für noch bessere Lösungen einsetzen, wie sie vielerorts auch schon getroffen werden konnten.

SPS/SGB-Initiative: Symptombekämpfung statt Ursachentherapie

Zur eidgenössischen Volksabstimmung vom 4. Dezember

Zusammenfassung

Wf. Gleich zwei Vorlagen des Abstimmungspakets vom 4. Dezember 1994 haben das schweizerische Gesundheitswesen zum Inhalt. Beide Vorlagen wollen den Heilungsprozess des kranken Gesundheitswesens einleiten. Allerdings mit unterschiedlichen Mitteln. Während sich die folgende Wf-Dokumentation mit der SPS/SGB-Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung" befasst, soll zu einem späteren Zeitpunkt auf die Totalrevision der Krankenversicherung, den informellen indirekten Gegenvorschlag zum Volksbegehren, eingegangen werden.

Die Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung" will - wie der Titel nahelegt - das kranke Gesundheitswesen heilen. Ganz nach dem Rezept "mehr Staat" soll das Gesundheitswesen weiter ausgebaut werden. Die Mehrkosten werden dabei der öffentlichen Hand (insbesondere dem Bund), der Wirtschaft (über höhere Lohnprozente), sowie den Erwerbstätigen (Lohnprozente) aufgebürdet. Die drei Hauptziele der Initiative: Schaffung einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung; Finanzierung nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten und eine bessere Kontrolle der Ausgaben.

1. Entstehung der Initiative

1.1 Vorgeschichte

Die Liste der Volksabstimmungen im Gesundheitswesen ist lang. Zuletzt hiess der Souverän 1993 den dringlichen Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung gut. Ein Jahr zuvor wurde die Volksinitiative "für eine finanziell tragbare Krankenversicherung" (Krankenkassen-Initiative) an der Urne deutlich verworfen.

Die jetzige Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung" wurde vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund (SGB) und der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (SPS) im März 1986 mit 103'575 gültigen Unterschriften eingereicht. Ausgangspunkt zum Start der Initiative war die heutige - laut Initianten - ungerechte und unsoziale Finanzierung über Kopfprämien, die innerhalb Europas nur noch in der Schweiz verbreitet sei. Hinzu kommen die stetig ansteigenden Prämien, verursacht durch die Kostenexpansion. Ausschlaggebend hierfür sind die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, die Ärztedichte, Überkapazitäten und die Anspruchsmentalität der Versicherten.

1.2 Ziele der Initiative

Die Initiative fordert neben einer *obligatorischen Unfallversicherung für Arbeitnehmer* - eine Forderung die bereits heute erfüllt ist - die Einführung einer *obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung* und die Einführung einer *obligatorischen Krankengeldversicherung für alle Arbeitnehmer*. Kernstück ist dabei die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Hier geht denn auch der ausgearbeitete Verfassungsartikel am stärksten ins Detail.

Mit dem Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung soll erreicht werden, dass die Versicherer keine Personen aufgrund schlechter Risiken ablehnen oder überproportional belasten können. Zusammen mit der Finanzierung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit würde dies nach Ansicht der Initianten die Solidarität zwischen den Versicherten verstärken. Ebenso gehen sie davon aus, dass die Prämien für finanziell schlechter gestellte Versicherte sinken würden.

2. Inhalt der Initiative und Vergleich mit geltendem Recht

2.1 Einleitung

In Absatz 1 von Artikel 34bis der Bundesverfassung sieht die Initiative vor, die Trägerschaft der Kranken- und Unfallversicherung einer Vielfalt von Institutionen zu übertragen, welche die Versicherung "nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit", also nicht gewinnorientiert, betreiben. Mit der Initiative würde also eine Mehrfachträgerschaft offiziell anerkannt. Heute liegt die Durchführung der sozialen Krankenversicherung einzig bei den vom Bund anerkannten Krankenkassen.

2.1 Obligatorische Unfallversicherung

Mit der Forderung nach einer obligatorischen Unfallversicherung rennen die Initianten offene Türen ein. Diese Versicherung ist bereits Gegenstand des Unfallversicherungsgesetzes (UVG), welches Vorschriften über eine Versicherung enthält, die nicht nur Pflegeleistungen und Taggelder, sondern auch Invaliden- und Hinterlassenenrenten ausrichtet.

2.2 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Mit einem Obligatorium soll verhindert werden, dass künftig Personen in der Schweiz nicht versichert sind. Die Versicherungsleistungen sollen die Behandlung bei Krankheit (ohne zeitliche Begrenzung) und - subsidiär - bei Unfall decken, unter Einschluss der Hauskrankenpflege und Leistungen der Prävention. Das Versicherungsobligatorium führt zwingend zu einer bestimmten, neu einzuführenden Finanzierungsquelle: Lohnprozente gemäss AHV. Arbeitgeber und Arbeitnehmer hätten sich hälftig zu beteiligen. Nichterwerbstätige hätten einen Minimalbetrag zu bezahlen, für Kinder sollen gar keine Prämien bezahlt werden müssen.

Daneben sind zwingend Beiträge des Bundes von mindestens einem Viertel (heute 15 Prozent) vorgesehen. Auf dem Gesetzesweg kann eine anteilmässige Beteiligung der Kantone sowie über eine Kann-Vorschrift eine Kostenbeteiligung der Versicherten von höchstens einem Fünftel ihres Jahresbeitrages eingeführt werden.

Heute ist die Krankenpflegeversicherung von Bundes wegen freiwillig; vier Kantone (BS; FR, NE, TI) haben sie jedoch allgemein, weitere Kantone und Gemeinden für bestimmte Personengruppen obligatorisch erklärt. Damit dürfte heute gegen die Hälfte der schweizerischen Wohnbevölkerung obligatorisch krankenversichert sein. Neben diesen kantonalen und kommunalen Obligatorien bestehen ferner als Folge staatsvertraglicher Verpflichtungen sowie aufgrund von Gesamtarbeitsverträgen und Betriebsobligatorien arbeitsrechtliche Verpflichtungen, sich gegen Krankheit zu versichern.

2.3 Obligatorische Krankengeldversicherung

Auf dem Gebiet der Krankengeldversicherung nimmt die Initiative ein altes sozialdemokratisches Postulat wieder auf. Die Versicherung soll durch ein bundesgesetzlich fixiertes Arbeitnehmerobligatorium finanziert werden. Das Taggeld soll mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes decken und über Lohnprozente finanziert werden. Die Arbeitgeber müssten mindestens die Hälfte übernehmen. Was die Nicht-Arbeitnehmer anbelangt, macht die Initiative keine genaueren Angaben. Heute ist die Krankengeldversicherung freiwillig und Sache der Sozialpartner.

2.4 Spitalplanung

Neben der unproblematischen Fixierung der Behandlungsfreiheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeit legt die Initiative in Absatz 2 von Artikel 34bis der Bundesverfassung auch fest, dass Bund und Kantone für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung zu sorgen haben. Zu diesem Zweck sollen eine verbindliche Spitalplanung sowie Tarif- und Abrechnungsvorschriften erlassen werden. Nach geltendem Recht besteht für den Bund heute keine Pflicht für eine verbindliche Spitalplanung. Für Tarif- und Abrechnungsvorschriften bestehen bereits gewisse Möglichkeiten, aber keine bindende Pflicht.

3. Auswirkungen

3.1 Finanzierung über Lohnprozente

Die Finanzierung der Krankenpflege- und der Krankengeldversicherung über Lohnprozente würde zu einem *weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten* führen. Der Bundesrat rechnete für 1992 mit einer zusätzlichen lohnprozentualen Belastung zwischen 3,4 und 3,6 Prozent (10 Milliarden Franken), die Initianten ihrerseits rechnen mit einer Belastung von 3,1 Prozent. Nach Ansicht der führenden Wirtschaftsorganisationen ist ein solcher Anstieg der Lohnnebenkosten in der gegenwärtigen Wirtschaftslage für die meisten Branchen und die einzelnen Unternehmen kaum verkraftbar. Folglich würde der Druck auf Löhne und Arbeitsplätze weiter zunehmen.

3.2 Kostenschub

Mit einem einheitlichen Beitragssatz nach dem Vorbild der AHV würde die *Finanzautonomie der Krankenkassen aufgehoben*. Deren Stellung im System der Versicherung wäre etwa mit jener der Ausgleichskassen in der AHV vergleichbar. Wie auch der Bundesrat in seiner Botschaft festhält, verlieren aber Versicherer ohne Finanzautonomie "das Interesse, die Kosten im Griff zu halten". Die letzten Hindernisse für eine Kostenexpansion wären somit aus dem Weg geräumt.

3.3 Mehrbelastung der öffentlichen Hand

Die Initiative verursacht erneute *Mehrausgaben der öffentlichen Hand*. Schätzungen des Bundes zufolge hätte die Initiative für das Jahr 1992 *Mehrausgaben von 1,3 Milliarden Franken* bewirkt. Offen ist, wie die öffentliche Hand eine solche Mehrbelastung vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzmisere verkraften könnte.

3.4 Schwächung der Kantone

Die Initiative räumt dem Bund mehr Kompetenzen ein; dies *zulasten der Kantone*. Der Bund würde künftig vermehrt über Einnahmen und vor allem auch über die Ausgaben der Krankenversicherung entscheiden. Zudem ist nicht definiert, wie stark die Kantone an den Kosten beteiligt würden. Die Aufteilung ist Sache des Gesetzgebers. Für den Bundesrat ist eine solche Delegation von Kompetenzen an den Bund "aus staatspolitischen Gründen nicht erwünscht".

3.5 Eingriff in die Sozialpartnerschaft

Das durch Lohnabgaben einheitlich finanzierte Arbeitnehmerobligatorium in der Krankengeldversicherung hätte die *Aufhebung der heute gesamtarbeitsvertraglichen Lösungen* zur Folge. Damit würde - so die Arbeitgeber - einer *weiteren Aushöhlung der Sozialpartnerschaft* Vorschub geleistet.

4. Parlamentarische Behandlung

Wie schon der Bundesrat, kam auch der Ständerat mit 41 zu 2 Stimmen zum Schluss, dass die Initiative mit falschen Mitteln zum Ziel kommen will. Die meisten Wortmeldungen richteten sich gegen eine "Verstaatlichung des Gesundheitswesens" (Frick, CVP/SZ) oder fanden es falsch, dass "ganze Gesetzgebungsprogramme in der Verfassung" (Beerli, FDP/BE) festgelegt würden. Auch Bundesrat Cotti wehrte sich als damaliger Vorsteher des Departementes des Innern gegen "die Gefahr einer Zentralisierung".

Auch der Nationalrat lehnte die Krankenversicherungs-Initiative deutlich ab (104 zu 42 Stimmen). Dorn im Auge war den Gegnern in erster Linie die Finanzierung über Lohnprozente und die damit verbundene Mehrbelastung der Wirtschaft. "In der heutigen wirtschaftlichen Situation steht eine Finanzierung über Lohnprozente ausser Diskussion" (Dormann, CVP/LU). Rychen (SVP/BE) warnte davor, dass "erneut die Erwerbstätigen zur Kasse gebeten werden sollen". Jöri (SP/LU) plädierte auf der andern Seite vor dem Hintergrund "der nicht mehr bezahlbaren Kopfprämien" für einen Systemwechsel. "Dank der SP-Initiative könnte ein wesentlicher Teil der Bevölkerung mit günstigeren Prämien rechnen", prognostizierte Jöri.

5. Würdigung

Die SPS/SGB-Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" steht quer in der heutigen Landschaft. Die Wirtschaft kann sich eine zusätzliche Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit angesichts des aktuell herrschenden internationalen Standortwettbewerbs nicht leisten. Auch die Mehrbelastung der öffentlichen Hand ist als Ergänzung zu hohen Lohnprozenten nicht akzeptabel. Absehbare Steuererhöhungen als Folge würden Wirtschaft und Erwerbstätige empfindlich treffen. Über kurz oder lang würde eine Annahme der Initiative zu einem Abbau von Arbeitsplätzen und zu dessen Verlagerung ins Ausland führen.

Des weitern wird mit der Initiative in bewährte Arbeitsteilungen eingegriffen. Sei dies in der Hoheit zwischen Bund und Kantonen oder sei dies zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Rahmen der Krankengeldversicherung, wo erneut die Sozialpartnerschaft erheblich abgewertet würde. Auf Grund dieser Nachteile ist es konsequent, dass Bundesrat und Eidgenössische Räte Volk und Ständen empfehlen, die Initiative abzulehnen.

Votation fédérale du 4 décembre 1994 sur l'assurance-maladie

L'initiative du PSS et de l'USS s'attaque aux symptômes plutôt qu'aux causes

Comme son titre l'indique, l'initiative populaire "pour une saine assurance-maladie" entend guérir le système de santé. Le remède proposé à cette fin, c'est celle de l'extension du système par le "plus d'Etat". Les coûts supplémentaires qui résulteraient de la mise en application de ce texte seraient mis à la charge des pouvoirs publics (notamment de la Confédération), de l'économie (par de nouveaux prélèvements en pourcentage des salaires) et des personnes actives (cotisations en pour-cents des salaires). L'initiative se fixe essentiellement trois buts: création d'une assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques, financement selon la capacité économique des assurés et meilleur contrôle des dépenses.

1. Buts de l'initiative

On pourrait dresser une longue liste des votations populaires qui ont déjà eu lieu sur le thème de la santé publique. La dernière en date remonte à 1993. Le souverain a alors approuvé l'arrêté fédéral urgent sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie. Une année auparavant, c'est l'initiative populaire "pour une assurance-maladie financièrement supportable" (initiative dite des caisses-maladie) qui avait été catégoriquement rejetée.

L'initiative populaire "pour une saine assurance-maladie" qui nous occupe actuellement a été déposée par l'Union syndicale suisse (USS) et le Parti socialiste suisse (PSS) en mars 1986, munie de 103 575 signatures valables. Pour ses auteurs, c'est le financement de l'assurance par des primes individuelles, injuste et antisocial, dernier de son espèce en Europe, qui a servi de point de départ au lancement de l'initiative. A quoi il faut ajouter que lesdites primes augmentent sans cesse en raison d'une expansion des coûts due pour l'essentiel à l'évolution démographique, au progrès médical, à la densité médicale, aux surcapacités et à la mentalité des assurés, toujours plus exigeants.

L'initiative demande, outre une **assurance-accidents obligatoire pour tous les travailleurs**, exigence déjà satisfaite, l'introduction d'une **assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques pour l'ensemble de la population** et l'introduction d'une **assurance obligatoire d'une indemnité journalière pour tous les travailleurs**. L'élément essentiel de ce texte est l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques. C'est d'ailleurs sur ce point que l'article constitutionnel élaboré va le plus dans le détail.

Le but visé avec le principe de l'assurance obligatoire est que les assureurs ne puissent pas refuser les mauvais risques ou imposer à ces personnes des charges excessives. Pour les auteurs de l'initiative, cet aspect, couplé avec le financement selon la capacité économique des assurés, renforcerait la solidarité. Selon eux, les primes des assurés en situation financière difficile baisseraient.

2. Contenu de l'initiative et comparaison avec le droit en vigueur

2.1. Introduction

L'article 34^{bis}, 1er al. de la Constitution fédérale dans la version de l'initiative prévoit de confier l'assurance-maladie et accidents à une pluralité d'institutions qui gèreraient l'assurance selon le principe de la mutualité, ce qui exclut la réalisation d'un profit. Officiellement, l'initiative reconnaît donc la pluralité des institutions d'assurance. Aujourd'hui, l'exécution de l'assurance-maladie sociale incombe aux seules caisses-maladie reconnues par la Confédération.

2.2. Assurance-accidents obligatoire

En exigeant une assurance-accidents obligatoire, les auteurs de l'initiative enfoncent des portes ouvertes. Cette assurance fait déjà l'objet de la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Elle contient des dispositions qui ne prévoient pas que des prestations de soins et d'indemnités journalières, mais aussi des rentes d'invalidité et de survivants.

2.3. Assurance obligatoire des soins médico-pharmaceutiques

L'assurance obligatoire doit empêcher qu'il y ait encore en Suisse à l'avenir des personnes sans assurance. Les prestations d'assurance doivent couvrir les frais de traitement en cas de maladie (sans limite de durée) et, à titre subsidiaire, en cas d'accident, ainsi que les soins à domicile et des mesures de prévention. L'obligation de s'assurer est le corrélat logique de l'introduction d'un nouveau mode de financement bien précis: les pour-cents du salaire comme pour l'AVS. Employeurs et salariés devraient assurer ce financement chacun pour moitié. Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative devraient acquitter un montant minimum, les enfants ne paieraient pas de cotisations.

Est en outre prévue une contribution de la Confédération qui s'élève à un quart au moins des dépenses (aujourd'hui 15%). La loi peut prévoir une participation des cantons et une des assurés à raison d'un cinquième au plus du montant annuel de leurs cotisations.

Actuellement, l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques est facultative au regard du droit fédéral; quatre cantons (BS, FR, NE, TI) ont néanmoins généralisé l'obligation de s'assurer; d'autres cantons et communes ont déclaré l'assurance obligatoire pour certains groupes de personnes. Ainsi, la moitié environ de la population résidente de Suisse est aujourd'hui obligatoirement assurée contre la maladie. L'obligation de s'assurer contre la maladie peut en outre résulter d'engagements souscrits dans des traités, des conventions collectives et des dispositions de droit du travail rendant l'assurance obligatoire dans les entreprises.

2.4. Assurance de l'indemnité journalière obligatoire

En matière d'assurance de l'indemnité journalière, l'initiative reprend à son compte un vieux postulat socialiste. La loi fédérale imposerait aux salariés l'obligation de s'assurer. Les indemnités journalières couvriraient au moins 80% du salaire assuré. Cette assurance serait financée par des prélèvements en pourcentage des salaires. Les employeurs devraient en prendre la moitié au moins à leur charge. L'initiative ne fournit pas d'indications plus précises concernant les non-salariés. L'assurance de l'indemnité journalière est aujourd'hui facultative. C'est l'affaire des partenaires sociaux.

2.5. Planification hospitalière

L'initiative reconnaît sans autre la liberté thérapeutique dans les limites d'un traitement économique. Elle prévoit en outre au deuxième alinéa de l'article 34^{bis} de la Constitution fédérale que la Confédération et les cantons doivent veiller à l'utilisation rationnelle des ressources de l'assurance. Ils devraient établir à cette fin des planifications hospitalières contraignantes et édicter des prescriptions en matière de tarifs et de décomptes. Dans le droit actuellement en vigueur, la Confédération n'a pas l'obligation d'établir des planifications hospitalières contraignantes. En ce qui concerne les prescriptions en matière de tarifs et de décomptes, il existe déjà certaines possibilités, mais pas d'obligation.

3. Conséquences

3.1. Renchérissement du coût du travail

Le financement de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et de l'assurance de l'indemnité journalière par des cotisations en pour-cents du salaire assuré se traduirait par une **nouvelle progression des charges salariales accessoires**. Le Conseil fédéral a chiffré pour 1992 la charge supplémentaire résultant de l'application de l'initiative entre 3,4 et 3,6% des salaires (19 milliards de francs). Les auteurs de l'initiative quant à eux l'estiment à 3,1%. Selon les grandes organisations économiques, une telle progression des charges salariales accessoires dans la situation économique actuelle serait insupportable pour la plupart des branches et pour leurs entreprises. La pression sur les salaires et les emplois s'en trouverait accrue.

3.2. Déresponsabilisation des caisses-maladie

L'introduction d'un taux de cotisations uniforme selon le modèle de l'AVS **priverait les caisses-maladie de leur autonomie financière**. Leur situation dans le système de l'assurance correspondrait à peu près à celle des caisses de compensation dans l'AVS. Mais comme le constate le Conseil fédéral dans son message, des assureurs qui ne disposent plus d'autonomie financière ne seraient "plus tellement intéressés par la maîtrise des coûts". Les derniers obstacles à l'explosion des coûts seraient ainsi levés.

3.3. Charges supplémentaires pour les pouvoirs publics

L'initiative entraînerait des **dépenses supplémentaires pour les pouvoirs publics**. Selon les estimations de la Confédération, elle aurait occasionné en 1992 un **supplément de dépenses de 1,3 mrd fr.** Reste ouverte la question de l'absorption de ces charges supplémentaires dans la situation financière actuelle des pouvoirs publics.

3.4. Affaiblissement des cantons

L'initiative confère davantage de compétences à la Confédération, cela **au détriment des cantons**. A l'avenir, la Confédération disposerait de pouvoirs de décision accrus en matière de recettes et surtout de dépenses de l'assurance-maladie. En outre, l'ampleur de la participation des cantons aux coûts n'est pas définie. Cette répartition des responsabilités financières est l'affaire du législateur. Pour le Conseil fédéral, une telle délégation de compétences à la Confédération n'est pas souhaitable "pour des raisons de politique nationale".

3.5. Entorse à la concertation entre partenaires sociaux

Le financement uniforme de l'assurance de l'indemnité journalière obligatoire pour les salariés par des prélèvements en pour-cents des salaires se traduirait par l'**abandon des solutions qui ont cours actuellement dans le cadre des conventions collectives**. Ainsi, de l'avis des employeurs, la **concertation sociale serait encore davantage vidée de sa substance**.

4. Délibérations parlementaires

Comme le Conseil fédéral, le Conseil des Etats est parvenu à la conclusion, par 41 voix contre 2, que l'initiative veut atteindre les buts visés avec de mauvais moyens. Dans la plupart de leurs interventions, les sénateurs s'en sont pris à l'étatisation de la santé publique ou ont estimé que des programmes législatifs entiers n'avaient pas leur place dans la Constitution. Même le conseiller fédéral Cotti, en tant qu'ancien Chef du Département fédéral de l'intérieur, s'en est pris au danger de centralisation.

Le Conseil national a lui aussi rejeté catégoriquement l'initiative sur l'assurance-maladie (par 104 voix contre 42). Pour les adversaires de ce texte, le principal point d'achoppement réside dans le financement par des prélèvements en pourcentage des salaires et donc dans les charges supplémentaires qui en résultent pour l'économie. Dans la situation économique actuelle, il est hors de question de financer l'assurance-maladie par des pour-cents de salaires, a déclaré un député PDC. Un membre de l'UDC bernoise a mis en garde contre une nouvelle sollicitation des salariés. A l'autre bout de l'échiquier politique, tel député socialiste a plaidé en faveur d'un changement de système, les primes individuelles devenant exorbitantes. Pour eux, l'initiative du PSS permettrait à une bonne partie de la population de bénéficier de primes plus favorables.

5. Appréciation

L'initiative du PSS et de l'USS "pour une saine assurance-maladie" n'a absolument pas sa place dans le paysage politique et économique actuel. Au vu de la concurrence que se livrent actuellement les places économiques dans le monde, l'économie ne peut se permettre un nouveau renchérissement du facteur de production "travail". Il n'est pas tolérable non plus d'imposer des charges supplémentaires aux pouvoirs publics en plus de prélèvements élevés sur les salaires. Une telle démarche aurait pour conséquence prévisible des hausses d'impôts qui frapperaient de plein fouet l'économie et les personnes actives. L'acceptation de l'initiative entraînerait tôt ou tard une réduction des emplois et un transfert d'entreprises à l'étranger.

En outre, l'initiative vient perturber certaines répartitions des tâches qui ont fait leurs preuves. Il peut s'agir des prérogatives de la Confédération et des cantons ou des accords passés entre employeurs et salariés dans le cadre de l'assurance de l'indemnité journalière en cas de maladie; dans ce dernier cas, la concertation sociale serait encore une fois sensiblement dévalorisée. Vu les inconvénients que présente ce texte, il est normal que le Conseil fédéral et les Chambres recommandent au peuple et aux cantons de le rejeter.