6554

Botschaft

des

**Bundesrates an die Bundesversammlung
über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte
Krankenkassen**

(Vom 2. Februar 1954)

Herr Präsident!

Hochgeehrte Herren!

Wir haben die Ehre, Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf zu einem Bundesbeschluss über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1953, 1954 und 1955 zu unterbreiten.

I. Einleitung

Durch Bundesbeschluss vom 29. September 1950 wurden den anerkannten Krankenkassen zusätzliche Beiträge für die Jahre 1950, 1951 und 1952 gewährt.

In Eingaben an das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement bzw. dessen Bundesamt für Sozialversicherung haben das Konkordat Schweizerischer Krankenkassen, die Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, der Schweizerische Verband öffentlicher Krankenkassen, die Christlichsoziale Krankenkasse in Luzern, die Regierungen der Kantone Appenzell I.-Rh., Basel-Stadt, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Zürich, Wallis und der Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes der Stadt Zürich die Weiterführung der bisherigen zusätzlichen Bundesbeiträge verlangt. Zur Begründung des Begehrens wird ausgeführt, dass die Kosten in der Krankenpflegeversicherung erneut angestiegen seien und dass die Kassen die notwendigen finanziellen Reserven noch lange nicht erreicht hätten, weshalb ihre Finanzlage nach wie vor zu Bedenken Anlass gebe. Weiter wird mit dem Hinweis auf die grossen kasseneigenen Anstrengungen zur Besserung der Finanzlage geltend gemacht, dass insbesondere die weniger bemittelten Mitglieder kaum zu vermehrter Kostentragung herangezogen werden könnten. Der Wegfall der zusätz-

lichen Bundesbeiträge werde unweigerlich Prämien erhöhungen nach sich ziehen und müsste sich deshalb insbesondere für die finanziell schwächeren Bevölkerungskreise ungünstig auswirken. Die Fortsetzung der zusätzlichen finanziellen Hilfe des Bundes an die Kassen sei bei dieser Sachlage im Sinne einer Überbrückungsmassnahme bis zum Inkrafttreten des neuen Kranken- und Mutterschaftsversicherungsgesetzes notwendig.

II. Die Bundessubventionen an die Krankenkassen

1. Die ordentlichen Bundesbeiträge gemäss dem Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG)

Die Mittel, welche den Krankenkassen zum Betrieb der Krankenversicherung zur Verfügung stehen, setzen sich zusammen aus den Beiträgen der Versicherten, aus Zuwendungen Dritter und aus dem Ertrag des Kassenvermögens. Die Zuwendungen Dritter an Kassen umfassen neben Beiträgen und Schenkungen, z. B. von Arbeitgebern, vor allem die Subventionen des Bundes sowie allfällige Beiträge der Kantone und Gemeinden. Die Bundessubventionen bestehen aus Beiträgen, die allen anerkannten Kassen ausgerichtet werden, sowie aus den Gebirgszuschlägen, welche nur den Kassen in Gebirgsgegenden zukommen. Den Kantonen und Gemeinden zahlte der Bund bisher Beiträge an die Auslagen für die Übernahme der Prämien bedürftiger Kassenmitglieder in der obligatorischen Krankenversicherung; er gewährte ihnen ferner für die Gebirgszone eine Subvention an Einrichtungen zur Verbilligung der Krankenpflege und der Geburtshilfe.

Der allgemeine Bundesbeitrag nach Artikel 35, Absätze 1 und 2, KUVG ist ein Kopfbeitrag. Seine Gesamthöhe richtet sich somit nach der Zahl der Kassenmitglieder.

a. Wenn entweder Arzt und Arznei oder ein Krankengeld von mindestens einem Franken täglich gewährt wird, beträgt der Bundesbeitrag

bei einer Leistungsdauer von 180 innerhalb 360 aufeinanderfolgenden Tagen auf das Mitglied und auf das ganze Jahr gerechnet:

3,50 Franken für Kinder beiderlei Geschlechts bis und mit dem Jahre, in welchem sie 14 Jahre alt werden, d. h. solange sie überhaupt nur für Arzt und Arznei versichert werden können;

3,50 Franken für die andern männlichen Versicherten;

4 Franken für die andern weiblichen Versicherten;

Bei einer Leistungsdauer von 360 innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen dagegen, beträgt er

4 Franken für Kinder bis zum oben genannten Alter;

4 Franken für die andern männlichen Versicherten;

4,50 Franken für die andern weiblichen Versicherten;

b. Wenn Arzt und Arznei in Verbindung mit einem Krankengeld von mindestens einem Franken täglich gewährt wird (Kinder fallen für diese kom-

binierten Leistungen nicht in Betracht) beträgt der Bundesbeitrag bei einer Leistungsdauer von 180 Tagen innerhalb 360 aufeinanderfolgenden Tagen:

5 Franken für männliche und weibliche Versicherte;

und bei einer Leistungsdauer von 360 Tagen innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen:

5,50 Franken für männliche und weibliche Versicherte. Die Erhöhung tritt nur ein, wenn die Unterstützungsdauer für beide Leistungsarten verlängert wird.

Ferner richtet der Bund nach Artikel 35 KUVG, Absatz 3, den Kassen einen Beitrag von 20 Franken für jedes Wochenbett aus; dieser Beitrag wird auf 40 Franken für Wöchnerinnen erhöht, die auf das in Artikel 14, Absatz 4 des Gesetzes festgesetzte Stillgeld von 20 Franken Anspruch haben.

Nach Artikel 37, Absatz 1, KUVG bezahlt der Bund in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit den Kassen für jedes versicherte Mitglied einen Gebirgszuschlag bis zu 7 Franken auf das ganze Jahr berechnet.

Schliesslich wird eine besondere Bundessubvention, die sich auf die Verordnung I über Tuberkuloseversicherung vom 19. Januar 1944 stützt, an die Tuberkuloseversicherungsträger ausgerichtet.

2. Die zusätzlichen Bundesbeiträge

Neben den soeben umschriebenen ordentlichen Bundesbeiträgen unterstützt der Bund seit einer Reihe von Jahren die anerkannten Krankenkassen durch zusätzliche Bundesbeiträge. Bereits in den Jahren 1919 und 1920 wurden für die Frauenversicherung und an die Mehrausgaben der Kassen für die Grippeepidemie zusammen 3368 427 Franken als zusätzliche Bundesbeiträge gewährt. In den Jahren 1924 bis 1941 richtete der Bund auf Grund wiederholter Bundesbeschlüsse für die Krankenversicherung jährlich eine ausserordentliche Subvention von einer Million Franken aus. Durch Bundesratsbeschluss vom 20. Juni 1936 gewährte der Bund ausserdem den anerkannten Kassen mit freiwilliger Krankenversicherung für die Jahre 1936 und 1937 eine ausserordentliche Subvention von höchstens 300 000 Franken jährlich zur teilweisen Übernahme von Ausfällen an Mitgliederbeiträgen, die infolge der Wirtschaftskrise entstanden waren. Vom Jahre 1944 hinweg hat der Bund den Krankenkassen regelmässig zusätzliche Beiträge gewährt. Diese trugen der seit dem Inkrafttreten des KUVG eingetretenen Geldentwertung sowie der infolge der medizinischen Entwicklung entstandenen Verteuerung der Krankenpflegeversicherung Rechnung. Die zusätzlichen Beiträge, die anfänglich 2,50 Franken für Frauen, die für Krankenpflege oder für Krankenpflege und Krankengeld versichert sind, und 2 Franken für Kinder betragen, sind vom Jahre 1948 hinweg auf 3,50 Franken und 2,50 Franken erhöht worden. Gleichzeitig wurde auch den Männern, die für Krankenpflege oder für Krankenpflege und Krankengeld versichert sind, ein Kopfbeitrag von einem Franken zugebilligt und das Maximum des Gebirgszuschlages von 7 Franken auf 10 Franken hinaufgesetzt.

Die Beitragsansätze sowohl der ordentlichen als auch der zusätzlichen, mit Ausnahme der erhöhten Gebirgzzuschläge, sind in der nachstehenden Tabelle 1 dargestellt.

Ansätze der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen

Beträge in Franken

Tabelle 1

Versicherungsart Versicherte	Ordentliche Beiträge ¹⁾	Zusätzliche Beiträge ²⁾		Ordentliche und zusätzliche Beiträge	
		1944 bis 1947	1948 bis 1952	1944 bis 1947	1948 bis 1952
Leistungsdauer: 180/360 ³⁾					
Krankenpflege allein					
Männer	3.50	—	1.—	3.50	4.50
Frauen	4.—	2.50	3.50	6.50	7.50
Kinder	3.50	2.—	2.50	5.50	6.—
Krankengeld allein					
Männer	3.50	—	—	3.50	3.50
Frauen	4.—	—	—	4.—	4.—
Krankenpflege und -geld					
Männer	5.—	—	1.—	5.—	6.—
Frauen	5.—	2.50	3.50	7.50	8.50
Leistungsdauer: 360/540 ³⁾					
Krankenpflege allein					
Männer	4.—	—	1.—	4.—	5.—
Frauen	4.50	2.50	3.50	7.—	8.—
Kinder	4.—	2.—	2.50	6.—	6.50
Krankengeld allein					
Männer	4.—	—	—	4.—	4.—
Frauen	4.50	—	—	4.50	4.50
Krankenpflege und -geld					
Männer	5.50	—	1.—	5.50	6.50
Frauen	5.50	2.50	3.50	8.—	9.—

¹⁾ Ordentliche Beiträge gemäss Artikel 35, Absätze 1 und 2, KUVG.
²⁾ Zusätzliche Beiträge gemäss den Bundesbeschlüssen vom 28. März 1945, 28. Juni 1946, 12. März 1948 und 29. September 1950.
³⁾ 180 bzw. 360 Tage innerhalb von 360 bzw. 540 aufeinanderfolgenden Tagen.

Insgesamt beliefen sich die zusätzlichen Bundesbeiträge für das Jahr 1950 auf 5 921 841 Franken, für 1951 auf 6 243 038 Franken. und für 1952 auf 6 534 438 Franken. Deren ständige Zunahme ist auf den Zuwachs an Versicherten zurückzuführen.

Über die durch den Bund von 1944–1951 für die Kranken- und Tuberkuloseversicherung aufgewendeten Subventionen gibt die nachstehende Tabelle 2 Auskunft.

*Bundesbeiträge an die Kranken- und Tuberkuloseversicherung für die Jahre
1944–1951*

Beträge in Franken

Tabelle 2

Jahr	Beiträge gemäss KUVG	Zusätzliche Beiträge ¹⁾	Beiträge gemäss VO I über Tuberkulose- versicherung	Total der Bundesbeiträge
1944	13 339 347	2 925 413	1 192 064	17 456 824
1945	13 865 811	3 080 667	1 490 531	18 437 009
1946	14 179 099	3 204 904	1 694 073	19 078 076
1947	14 854 641	3 380 455	2 059 435	20 294 531
1948	15 415 979	5 565 463	4 161 725	25 143 167
1949	15 796 045	5 739 242	5 108 456	26 643 743
1950	16 324 961	5 921 841	5 975 031	28 221 833
1951	16 825 194	6 243 038	6 419 776	29 488 008
1952	17 436 174	6 534 438	7 474 822	31 445 434

¹⁾ Gemäss den Bundesbeschlüssen vom 28. März 1945, 28. Juni 1946, 12. März 1948 und 29. September 1950.

III. Die Bedeutung der Bundesbeiträge für die anerkannten Krankenkassen

Wie wir eingangs erwähnt haben, sind die zusätzlichen Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen mit dem Jahre 1952 abgelaufen. Es fragt sich, ob eine weitere zusätzliche Hilfe des Bundes notwendig ist. Um diese Frage beurteilen zu können, sollen im folgenden die finanzielle Lage der anerkannten Krankenkassen, die Entwicklung der Versicherungskosten und die Aufwendungen der Versicherten dargestellt werden. In diesem Zusammenhang werden wir die Bedeutung der bisherigen zusätzlichen Bundesbeiträge für die Krankenversicherung darlegen.

Wir möchten vorausschieken, dass die Krankenversicherung in den letzten Jahren sich zahlenmässig ständig ausgedehnt hat; sie ist ein wichtiger Zweig der Sozialversicherung. Am 31. Dezember 1951 betrug die Zahl der genussberechtigten Versicherten 3 196 635 Personen oder 67,1 Prozent der Wohnbevölkerung. Davon waren 673 252 Kinder, 1 308 106 Männer und 1 215 277 Frauen. Die Ausgaben der Kassen im Jahre 1951 haben 273 939 483 Franken betragen.

Die statistischen Zahlen für das Jahr 1952 bedürfen noch der Verarbeitung.

1. Die Finanzlage der Kassen

a. Im allgemeinen

Nach Artikel 3, Absatz 4, KUVG müssen die anerkannten Krankenkassen Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen erfüllen können. Diese finanzielle Sicherheit besteht dann, wenn eine Kasse jederzeit in der Lage ist, den geltend gemachten Ansprüchen auf Versicherungsleistungen statutengemäss zu entsprechen. Zur Sicherstellung der von ihnen übernommenen Verpflichtungen wird von den Krankenkassen wenigstens eine Reserve in der Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe verlangt. Vom versicherungsmathema-

tischen Standpunkt aus gesehen ist diese Reserve eher zu klein und stellt ein Minimum dar. Strengere Anforderungen können aber in bezug auf die Äufnung von Reserven an die Kassen kaum gestellt werden, weil sonst die hierfür für längere Zeit benötigten Prämien von vielen Mitgliedern nicht aufgebracht werden können.

Ende des Jahres 1951 waren 1158 Kassen anerkannt. Davon haben 437, die jedoch mehr als 80 Prozent der Versicherten umfassen, die Reserve in der Höhe einer Jahresausgabe nicht erreicht. Das Vermögen sämtlicher Kassen bezifferte sich am 31. Dezember 1951 auf 194 888 944 Franken und setzte sich wie folgt zusammen:

Krankenversicherung	Fr. 169 235 320
Sterbeversicherung	Fr. 13 732 292
Separate Fonds	Fr. 11 921 332
Total Vermögen	<u>Fr. 194 888 944</u>

Dieses Gesamtvermögen stellt 71,1 Prozent der Ausgaben der Kassen für das Jahr 1951 dar. Es liegt somit unter der vorgeschriebenen Grenze einer Jahresausgabe. Betrachtet man das Vermögen der Krankenversicherung allein, so beträgt dasselbe 62,2 Prozent der Ausgaben im Jahre 1951.

In der nachstehenden Tabelle 3 haben wir die Entwicklung des Gesamtvermögens der Kassen seit 1944 in absoluten Zahlen und in Prozenten der jeweiligen Jahresausgabe dargestellt. Wir zeigen dabei auch, wie sich die Vermögenslage der Kassen in diesem Zeitabschnitt ohne zusätzliche Bundesbeiträge gestaltet haben würde, wobei Massnahmen natürlich nicht berücksichtigt werden können, die von den Kassen als Folge des Ausbleibens solcher Zusatzbeiträge zur Verbesserung ihres Haushaltes über die bereits vorgekehrten hinaus hätten ergriffen werden müssen.

Entwicklung des Kassenvermögens 1944–1951

Tabelle 3

Jahr	Vermögen in absoluten Zahlen		Vermögen in Prozenten der Jahresausgaben	
	einschliesslich zusätzliche Beiträge	ohne zusätzliche Beiträge	einschliesslich zusätzliche Beiträge	ohne zusätzliche Beiträge
	Fr.	Fr.	%	%
1944	108 156 168	105 230 755	79,6	77,5
1945	112 757 769	106 751 689	77,1	73,0
1946	114 223 704	105 012 720	70,1	64,4
1947	123 173 129	110 581 690	67,5	60,6
1948	139 885 863	121 728 961	66,9	58,2
1949	154 151 419	130 255 275	66,4	56,1
1950	169 693 584	139 875 599	68,9	56,8
1951	194 888 944	158 827 921	71,1	58,0

Aus Tabelle 3 geht hervor, dass bis zum Jahre 1949 eine verhältnismässige Rückbildung der Reserven bei sämtlichen Kassen bestanden hat. Einzig in den Jahren 1950 und 1951 zeichnete sich eine leichte Besserung ab. Letztere ist vor-

wiegend darauf zurückzuführen, dass das Bundesamt für Sozialversicherung im Hinblick auf die damals in Ausarbeitung begriffene Verordnung betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bund anerkannten Krankenkassen vom 19. September 1952 bereits strengere Bilanzierungsvorschriften aufgestellt hat und von den Kassen den Einbezug auch der bisher separat gemeldeten Gelder der Nebenversicherungsbranche (Sterbegeldversicherung, Hilfsfonds usw.) in die ordentliche Vermögensrechnung verlangte. Der bescheidenen Verbesserung der Vermögenslage der Krankenversicherung in den Jahren 1950 und 1951 darf somit keine allzugrosse Bedeutung beigemessen werden. Trotz diesen beiden günstigen Jahren hat sich, wie die Tabelle zeigt, die Situation der Kassen gesamthaft gesehen seit 1944 verschlechtert. Die rückläufige Entwicklung ist noch stärker, wenn man vom Jahre 1938 ausgeht, betrug doch damals die Vermögensreserve der Kassen 111,6 Prozent der Ausgaben.

Hätten die Kassen keine zusätzliche Bundeshilfe erhalten, so wäre ihre Finanzlage heute noch ungünstiger. Die Vermögensreserve würde in diesem Falle auf Ende 1951 um mindestens rund 36 Millionen Franken kleiner sein.

Es muss festgehalten werden, dass Ausgaben und Reserven für die Krankenpflege- und Krankengeldversicherung nicht ausgediebt werden können, weil viele Kassen diese Ausscheidung aus Gründen der Vereinfachung ihrer Buchführung nicht vornehmen. Dagegen können die Kassen danach gruppiert werden, ob sie Krankenpflege allein, Krankengeld allein oder Krankenpflege und Krankengeld gewähren. Auf diese Weise lässt sich der Einfluss, den die Krankenpflegeversicherung einerseits und die Krankengeldversicherung andererseits auf die Finanzlage der Kassen ausüben, einigermaßen feststellen. In Tabelle 4 haben wir für das Jahr 1951 eine solche Zusammenstellung vorgenommen. Daraus ist ersichtlich, dass die finanzielle Lage der Krankengeldkassen verhältnismässig gut ist, da ihr Vermögen über den Minimalforderungen liegt. Die reinen Krankenpflegekassen dagegen weisen die kleinsten Reserven aus. Etwas besser ist die Situation bei den sowohl Krankenpflege als auch Krankengeld gewährenden Kassen, weil sie aus der Krankengeldversicherung, die erfahrungsgemäss mit Vorschlägen abschliesst, allfällige Rückschläge in der Krankenpflegeversicherung abschwächen können. Mit aller Deutlichkeit ergibt sich, dass die schlechte Finanzlage der Kassen auf die Krankenpflegeversicherung zurückzuführen ist.

Verteilung des Kassenvermögens im Jahre 1951

Tabelle 4

Kassen nach der Art der Leistungen	Vermögen	
	in absoluten Zahlen	in Prozenten der Jahresausgaben
	Fr.	%
Kassen, die nur Krankenpflege gewähren	8 271 517	58,2
Kassen, die nur Krankengeld gewähren	8 948 110	211,1
Kassen, die Krankenpflege und Krankengeld gewähren	177 669 317	69,5
Alle Kassen	194 888 944	71,1

b. Die finanzielle Lage der Gebirgskassen

Wir haben bisher die finanzielle Entwicklung aller anerkannten Kassen dargestellt. Die gleichen Untersuchungen nehmen wir getrennt auch für diejenigen Kassen vor, die vorwiegend in der Gebirgszone gelegen sind. Gebirgsgegenden im Sinne des KUVG befinden sich in den Kantonen Appenzell A.-Rh., Appenzell I.-Rh., Basel-Land, Bern, Freiburg, Glarus, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Obwalden, St. Gallen, Schwyz, Solothurn, Tessin, Uri, Waadt, Wallis, Zug und Zürich.

Das KUVG umschreibt den Begriff der Gebirgskasse nicht näher. Für unsere Erhebungen betrachten wir nur solche Kassen als Gebirgskassen, bei welchen mindestens 50 Prozent des Versichertenbestandes Anspruch auf Gebirgszuschläge nach Artikel 37, Absatz 1, KUVG haben. Bei dieser Umschreibung zählen wir 122 Gebirgskassen. Es handelt sich dabei um lokale und regionale Kassen, die sich auf die Kantone Bern, Graubünden, St. Gallen, Schwyz, Tessin und Wallis verteilen. Wir haben ihre Vermögensverhältnisse und den Einfluss der zusätzlichen Bundesbeiträge auf sie in nachstehender Tabelle 5 dargestellt.

Vermögensverhältnisse der Gebirgskassen 1944–1951

Tabelle 5

Jahr	Vermögen in absoluten Zahlen		Vermögen in Prozenten der Jahresausgaben	
	einschl. zusätzliche Beiträge	ohne zusätzliche Beiträge	einschl. zusätzliche Beiträge	ohne zusätzliche Beiträge
	Fr.	Fr.	%	%
1944	2 827 944	2 672 455	97,2	91,8
1945	2 938 230	2 603 612	91,8	81,3
1946	2 935 358	2 417 271	83,1	68,4
1947	2 905 162	2 201 211	78,9	59,8
1948	2 855 021	1 857 151	69,6	45,3
1949	3 083 326	1 778 373	70,8	40,8
1950	3 314 507	1 701 795	72,3	37,1
1951	3 716 208	1 789 923	77,3	37,2

Auch bei diesen Kassen ist seit 1944 eine Verminderung der Reserven im Verhältnis zu den Jahresausgaben zu verzeichnen. Gegenwärtig besitzen sie ein Vermögen, das leicht über dem Durchschnitt sämtlicher Kassen liegt. Ohne die zusätzlichen Beiträge des Bundes und die im Rahmen dieser Hilfe erfolgte Erhöhung des Maximalansatzes des Gebirgszuschlages von 7 Franken auf 10 Franken wäre die Lage dieser Kassen prekär und ihre Existenz in kurzer Zeit in Frage gestellt. Die Regierung des Kantons Graubünden äussert sich in ihrer Eingabe vom 10. Februar 1953 betreffend die Weitergewährung zusätzlicher Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen im ähnlichem Sinn; sie führt aus:

«Beim Wegfall der zusätzlichen Subventionen müsste beispielsweise Disentis/Mustè die Beiträge um 23 Prozent, das Oberhalbstein um 33 Prozent und Samnaun gar um 56 Prozent erhöhen, während schon ein genereller Abbau

von nur 10 Prozent Prämien erhöhungen von 11 bis 48 Prozent im Gefolge hätte. Diese hohen Zahlen erklären sich damit, dass der Kanton Graubünden seinerseits auf Grund des kantonalen Gesetzes über die Krankenversicherung vom 8. April 1923 fünfundzwanzig Prozent der Bundessubventionen ausrichtet, so dass eine Kürzung der Bundesleistung automatisch auch eine Verminderung der Kantonssubvention nach sich zieht.»

2. Versicherungskosten

a. Krankengeldversicherung

Wir haben bereits erwähnt, dass diese Versicherungsart gut arbeitet und in der Regel mit Vorschlägen abschliesst. In der Krankengeldversicherung wird pro Franken Taggeld eine bestimmte Prämie erhoben. Bei einem Ansteigen der Tagelder folgt deshalb die Prämie nach. Die Belastung der Kassen, d. h. deren Kosten pro Franken Taggeld, haben sich seit 1944 kaum geändert und zwar sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern. Auf Grund dieser Tatsache und der daraus resultierenden guten Finanzlage wurden der Krankengeldversicherung bisher keine zusätzlichen Subventionen ausgerichtet.

b. Krankenpflegeversicherung

Diese umfasst die Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei sowie die Spitalbehandlung. Während des Krieges und in den Nachkriegsjahren sind bei dieser Versicherungsart die Kosten ständig gestiegen. Die Verteuerung ist in erster Linie auf die im Zusammenhang mit den gesteigerten Lebenskosten erhöhten Tarife der Ärzte und Spitäler sowie die ebenfalls angestiegenen Kosten der Medikamente zurückzuführen. Ein weiterer Grund der Kostensteigerung liegt in den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft und den damit verbundenen neuen und kostspieligen Behandlungsmethoden. Im folgenden legen wir die Entwicklung der Krankenpflegekosten (ohne Wochenbettkosten) pro versicherte Person seit dem Jahre 1944 dar. Unsere Erhebungen stützen sich dabei auf die Ergebnisse von 555 Kassen, welche mehr als 2 Millionen Versicherte umfassen.

Durchschnittliche Krankenpflegekosten je versicherte Person 1944–1951

Beträge in Franken

Tabelle 6

Jahr	Männer	Frauen	Kinder
1944	33,58	48,34	32,82
1945	35,57	50,94	31,36
1946	37,66	55,42	32,77
1947	39,70	59,06	34,75
1948	43,85	64,14	36,40
1949	47,51	68,86	39,44
1950	49,20	72,09	39,96
1951	52,32	74,81	42,97

Wie Tabelle 6 zeigt, sind die Krankenpflegekosten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen und Kindern ständig angestiegen, wobei der Kostenanstieg bei den Frauen am grössten ist. Über das Ausmass dieser Kostensteigerung seit dem Jahre 1944, seit welchem regelmässig zusätzliche Bundesbeiträge ausgerichtet wurden, sowie seit dem Vorkriegsjahre 1938 und von 1950 bis 1951, gibt Tabelle 7 Auskunft.

Erhöhung der durchschnittlichen Krankenpflegekosten je versicherte Person
Tabelle 7

Versicherte	Erhöhung					
	von 1938 bis 1951		von 1944 bis 1951		von 1950 bis 1951	
	absolut	1938 = 100	absolut	1944 = 100	absolut	1950 = 100
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Männer	26.04	99,1	18.74	55,8	3.12	6,3
Frauen	37.19	98,9	26.47	54,8	2.72	3,8
Kinder	20.52	91,4	10.15	30,9	3.01	7,5

Tabelle 7 beweist, dass sich in der Krankenpflegeversicherung die Kosten der einzelnen Versichertengruppen seit dem Jahre 1938 verdoppelt haben. Seit 1944 ist ein Kostenanstieg von rund 55 Prozent für die Erwachsenen und ein solcher von rund 30 Prozent für die Kinder festzustellen. Die Verteuerung hat auch in den Jahren 1950 und 1951 angehalten. Da auch im Jahre 1952 in einzelnen Kantonen weitere Erhöhungen der Arzttarife erfolgten, muss mit einem weiteren Anstieg der Krankenpflegekosten gerechnet werden.

Die Wochenbettkosten, welche in den obenstehenden Zahlen nicht inbegriffen sind, haben ebenfalls zugenommen. Im Jahre 1944 beliefen sich dieselben pro versicherte Frau im Durchschnitt auf 3,74 Franken und im Jahre 1951 auf 5,04 Franken.

In diesem Zusammenhang sei auf die Botschaft zum KUVG vom 10. Dezember 1906 hingewiesen, wo ausgeführt wird, dass die Kassen, welche ärztliche Behandlung und Arznei gewähren, besser unterstützt werden sollen als jene, welche nur Krankengeld ausrichten. Man rechnete damals mit einem Bundesbeitrag von rund 60 Prozent der jährlichen Kosten je krankenpflegeversicherte Person. Seither ist der Anteil des ordentlichen Bundesbeitrages bei einer Leistungsdauer von 360 Tagen innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen auf 7,6 Prozent für Männer, 6 Prozent für Frauen und 9,3 Prozent für Kinder gesunken. Zusammen mit dem bisherigen zusätzlichen Beitrag macht er im Durchschnitt für Männer 9,6 Prozent, für Frauen 10,7 Prozent und für Kinder 15,1 Prozent aus.

3. Die Mitgliederbeiträge (Versicherungsprämien)

Die Aufwendungen der Versicherten bestehen in den Eintrittsgeldern, den Prämien, den Krankenscheingebühren sowie dem Selbstbehalt (Kostenbeteiligung der Mitglieder). Diese Einnahmen müssen zusammen mit den Zuwendungen

der öffentlichen Hand, dem Ertrag des Kassenvermögens sowie allfälligen Schenkungen und Arbeitgeberbeiträgen ausreichen, um die Ausgaben der Kassen zu decken und die vorgeschriebenen Reserven in der Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe zu äufnen. Da viele Kassen eine Einheitsprämie erheben, in welcher Krankenpflege und Krankengeld nicht ausgeschieden sind, ist es schwer, sich ein Bild über das Ausmass der Erhöhung der Beiträge für die Pflegeversicherung zu machen. Auf Grund von Untersuchungen bei einigen Kassen, die als repräsentativ gelten können, kann festgestellt werden, dass von 1938 bis 1951 die Beiträge der Krankenpflegeversicherung für die Erwachsenen um 60 bis 70 Prozent und für die Kinder um 70 bis 80 Prozent gestiegen sind. In der Zeit von 1944 bis 1951 ist ein Prämienanstieg von rund 50 Prozent für die Erwachsenen und von 50 bis 60 Prozent für die Kinder zu verzeichnen. Diese Entwicklung und die Anpassung der Beiträge an die gestiegenen Kosten hält an. In den letzten Jahren haben jährlich durchschnittlich 200 Kassen in der Krankenpflegeversicherung ihre Beiträge oder aber den Selbstbehalt erhöht.

Die Kassen unternehmen somit grosse Anstrengungen, um aus eigener Kraft, auf dem Wege der Selbsthilfe, den ständig steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Heute sind für die wenig bemittelten Versicherten, welche den grössten Teil der Kassenmitglieder ausmachen, die Beiträge an der Grenze des Tragbaren angelangt. Es besteht Gefahr, dass gerade diese Kreise aus finanziellen Gründen der Krankenversicherung fernbleiben bzw. dieselbe nicht mehr weiterführen können.

IV. Die Gewährung zusätzlicher Bundesbeiträge

Wir haben in den vorstehenden Ausführungen die Bedeutung und das Gewicht der zusätzlichen Bundesbeiträge für die Krankenversicherung dargestellt. Als Ergebnis steht fest, dass die Finanzlage der Krankenkassen und insbesondere der Kassen mit Krankenpflegeversicherung nach wie vor gespannt ist. Es ist den Kassen trotz grössten Anstrengungen nicht gelungen, ihre finanzielle Situation zu verbessern, und nur dank der zusätzlichen Bundesbeiträge war es möglich, das finanzielle Gleichgewicht zu erhalten. Bei dieser Sachlage erweist sich eine weitere Hilfe für die Krankenpflegeversicherung als notwendig.

1. Das System der Subventionierung

Die bisherigen zusätzlichen Bundesbeiträge wurden in Anlehnung an das KUVG in Form von Kopfbeiträgen den Kassen für sämtliche Krankenpflegeversicherten ausgerichtet. Man kann sich fragen, ob dieses Subventionierungssystem nicht in dem Sinne geändert werden soll, dass es den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten oder aber der Finanzlage der Kassen Rechnung trägt.

a. Eine Abstufung der Subventionen nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten ist allerdings unter dem gegenwärtig geltenden Gesetz schwierig. Sie erfordert die Festsetzung von Einkommens- und Vermögensgrenzen und damit eine grundsätzliche Änderung des geltenden Subventions-

systems. Eine solche Beschränkung der zusätzlichen Bundesbeiträge allein würde auch in keinem richtigen Verhältnisse zu den damit verbundenen administrativen Umtrieben stehen. Das Problem der Abstufung der Bundesbeiträge nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten kann deshalb nur im Zusammenhang mit der Revision des KUVG geprüft und allenfalls gelöst werden.

b. Es ist angeregt worden, die zusätzlichen Beiträge nur den Kassen mit ungenügenden Reserven auszurichten. Diese Frage wurde ebenfalls sorgfältig geprüft.

Das Ausmass der Belastung einer Krankenkasse richtet sich nach der Zusammensetzung der Versicherten hinsichtlich Alter, Geschlecht und Beruf. Je nachdem ist die Zahl der Krankheitsfälle verschieden und sind die Ausgaben mehr oder weniger hoch. Daneben spielen aber für den Kassenhaushalt auch noch die Art und Weise der Verwaltung und insbesondere die Überwachung des einzelnen Krankheitsfalles, sowie die Organisation eine wichtige Rolle. Vom Einfluss dieser Faktoren sowie der Prämienpolitik hängt es ab, ob die Kassen zur Äufnung von Reserven in der Lage sind oder nicht.

Für die Aufsichtsbehörde ist es schwierig festzustellen, auf welchen dieser Gründe im Einzelfall die gute oder aber die schlechte Finanzlage einer Kasse zurückzuführen ist, d. h. ob hierfür Faktoren der Kassenverwaltung oder aber andere Umstände (Morbiditätsverhältnisse) massgebend sind. Wenn die Bundesbeiträge nach den Reserven der Kassen ausgerichtet werden, läuft man deshalb Gefahr, Ungleichheiten zu schaffen. Die Kassen, die grosse Anstrengungen zur Reservebildung unternehmen und welche ein genügendes Vermögen geäufnet haben, werden durch dieses System benachteiligt, d. h. durch Wegfall der Subventionen für ihre Selbsthilfe bestraft. Andererseits werden Kassen, die sich weniger Mühe geben, ausreichende Reserven zu äufnen, gewissermassen dafür prämiert.

Eine weitere Ungleichheit ergibt sich ferner dadurch, dass Kassen, die zufolge der gut arbeitenden Krankengeldversicherung über eine genügende Reserve verfügen, keine Bundesbeiträge erhalten, trotzdem sie in der Krankenpflegeversicherung gleiche Belastungsverhältnisse aufweisen wie die anderen Kassen auch. Es könnten sich auch Dritte, insbesondere Arbeitgeber, veranlasst sehen, ihre freiwilligen Zuwendungen unter Hinweis auf das Beispiel des Bundes einzuschränken oder sogar einzustellen. Überdies müsste sich das Bewusstsein, dass der Anspruch auf Bundesbeiträge dahinfällt, sobald die Kasse eine gewisse Reserve besitzt, lähmend auf ihren Willen, noch Rücklagen zu bilden, auswirken.

Die soeben umschriebenen Gründe psychologischer Natur könnten somit zu einer Verschlechterung der Finanzlage der Kassen führen. Daneben weist dieses Subventionierungssystem aber auch noch administrative Nachteile auf. Die Begrenzung der Bundesbeitragsberechtigung würde eine entsprechende Einteilung der Kassen nach ihrer Vermögenslage erfordern. Dabei wären genaue Richtlinien über die Bewertung der transitorischen Posten (wie ausstehende Mitgliederbeiträge und Kostenanteile, unbezahlte Versicherungskosten) und der Kapitalanlagen (z. B. Wertschriften, Mobilien, Immobilien), wie

auch hinsichtlich der Berechnung des massgebenden Kostenumsatzes der Kassen festzulegen, um bei der Vielgestaltigkeit der Verhältnisse die Kassenbilanzen auf eine möglichst vergleichbare Basis bringen zu können. Abgesehen davon, dass sich dabei eine gewisse Schematisierung nicht vermeiden liesse, würden damit erhebliche administrative Mehrarbeiten speziell in kontrolltechnischer Beziehung verbunden sein. Die Aufsichtsbehörde wäre mit dem gegenwärtigen Beamtenstab kaum in der Lage, diese zusätzlichen Kontrollen durchzuführen.

Dazu kommt, dass die Grenze für die Bundesbeitragsberechtigung nicht tiefer als auf die vorgeschriebene durchschnittliche Jahresausgabe festgesetzt werden könnte. Die vom Bund bei dieser Subventionierung zu erzielenden Einsparungen würden ungefähr 10 Prozent der vorgesehenen zusätzlichen Ausgaben ausmachen, weil der grösste Teil der Krankenpflegeversicherten sich in Kassen befindet, deren Vermögen diese Grenze nicht erreicht.

Im Hinblick auf die geschilderten Nachteile halten wir dafür, dass davon Umgang genommen werden sollte, die Bundesbeiträge nach den Reserven der Kassen zu begrenzen. Am bisherigen System der Kopfbeiträge für Krankenpflegeversicherte, das sich bewährt hat, ist für weitere zusätzliche Hilfe des Bundes an die anerkannten Krankenkassen festzuhalten.

2. Die Dauer, Höhe und finanzielle Auswirkung der zusätzlichen Bundesbeiträge

Die Finanzlage der Kassen würde an und für sich eine gegenüber bisher erhöhte zusätzliche Aufwendung des Bundes rechtfertigen. Im Hinblick darauf, dass die Krankenkassen sich in erster Linie selbst helfen sollen und mit Rücksicht auf die finanzielle Lage des Bundes nehmen wir trotz des weiteren Anstiegens der Krankenpflegekosten in Aussicht, die Bundesbeiträge im ungefähr gleichen Rahmen wie bisher weiterzuführen. Dagegen können diese Beiträge im Hinblick auf die vorhergehenden Feststellungen nicht herabgesetzt werden.

Wir sind uns bewusst, dass das Problem der Beitragsleistung an die Krankenkassen nur durch eine Revision des KUVG gelöst werden kann. Die hierfür bestellte Expertenkommission hat ihre Arbeiten abgeschlossen. Die Gesetzesrevision wird aber noch einige Zeit beanspruchen. Im Sinne einer Übergangslösung schlagen wir vor, für die Zwischenzeit, d. h. vorläufig für die Jahre 1953, 1954 und 1955, die ordentlichen Bundesbeiträge an die Krankenpflegeversicherung wie bisher zu erhöhen, nämlich für Kinder um 2,50 Franken, für Frauen um 3,50 Franken und für Männer um 1 Franken.

Der Beitrag für die pflegeversicherten Frauen ist am höchsten angesetzt, weil diese, wie wir gezeigt haben, den Kassen die meisten Kosten verursachen. Die Aufwendung für die Kinder rechtfertigt sich auch aus Gründen des Familienschutzes.

Neben diesen zusätzlichen Leistungen an die Krankenpflegeversicherung möchten wir ferner eine Erhöhung der oberen Grenze des Gebirgzuschlages von

7 Franken auf 12 Franken vorschlagen. Die bisherigen Bundesbeschlüsse über zusätzliche Beiträge an die Krankenkassen hatten diese Grenze auf 10 Franken festgesetzt. Wenn wir nun auf 12 Franken hinaufgehen, so einmal deshalb, weil die Lage der Gebirgskassen eine solche vermehrte Hilfe erfordert. Sodann halten wir die Erhöhung aber auch für nötig, weil durch das Bundesgesetz über besondere Sparmassnahmen vom 23. Dezember 1953 die in Artikel 37, Absatz 2, KUVG, für die Gebirgsgegenden vorgesehenen Subventionen an die Kantone und Gemeinden für Einrichtungen zur Verbilligung der Krankenpflege und der Geburtshilfe mit dem ausdrücklichen Hinweis gestrichen wurden, dass den Gebirgsgegenden über den Gebirgszuschlag ein teilweiser Ausgleich geboten werden könne. Der vorgeschlagene erhöhte Ansatz dient somit dazu, den Gebirgsbewohnern ihre bisherige Unterstützung möglichst ungeschmälert zu erhalten. Dem Bund entsteht durch diese Erhöhung des Maximalansatzes des Gebirgszuschlages von 10 Franken auf 12 Franken eine jährliche Ausgabe von rund 100 000 Franken.

Durch diese Vorlage erwachsen dem Bund voraussichtlich an Ausgaben für das Jahr 1953 6,8 Millionen, für das Jahr 1954 7 Millionen und für das Jahr 1955 7,2 Millionen Franken.

Die Zunahme der Beiträge ist auf den voraussichtlichen jährlichen Zuwachs an Versicherten sowie auf die erwähnte Erhöhung des Gebirgszuschlages zurückzuführen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese Subventionen in dem dem Subventionsjahr folgenden Jahr zur Auszahlung gelangen. Demzufolge tritt die entsprechende Belastung des Bundes jeweils ein Jahr später ein.

V. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln des Entwurfes

Artikel 1 hat den gleichen Wortlaut wie Artikel 1 des früheren Bundesbeschlusses. Die gewählte Formulierung hat sich bewährt. Es empfiehlt sich deshalb, sie beizubehalten.

Artikel 2 erweitert den Rahmen für die Erhöhung des Gebirgszuschlages. Er bildet die Ergänzung von Artikel 37, Absatz 1, KUVG.

Artikel 3 ist unerlässlich, weil er die Möglichkeit bietet, die Kassen zu der notwendigen Selbsthilfe zu veranlassen.

Artikel 4: Da der Bundesbeschluss *allgemeinverbindliche Bestimmungen* enthält, die auf eine zeitlich beschränkte Abänderung des KUVG hinauslaufen, muss der Referendumsvorbehalt angebracht werden.

Wir beehren uns, Ihnen zu beantragen, es sei auf den vorliegenden Entwurf zu einem Bundesbeschluss über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen einzutreten und derselbe zum Beschluss zu erheben.

Genehmigen Sie, Herr Präsident, hochgeehrte Herren, die Versicherung unserer vorzüglichen Hochachtung.

Bern, den 2. Februar 1954.

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates,

Der Bundespräsident:

Rubattel

Der Bundeskanzler:

Ch. Oser

(Entwurf)

Bundesbeschluss

über

zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1953, 1954 und 1955

Die Bundesversammlung
der Schweizerischen Eidgenossenschaft,

gestützt auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung, nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 2. Februar 1954,

beschliesst:

Art. 1

Die in Artikel 35, Absatz 1, litera *a* und *b*, und Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung festgesetzten Bundesbeiträge werden für die Jahre 1953, 1954 und 1955 erhöht:

- a.* für Kinder um 2,50 Franken;
- b.* für Frauen, welche für Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Arznei) versichert sind, um 3,50 Franken;
- c.* für Männer, welche für Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Arznei) versichert sind, um 1 Franken.

Art. 2

Der in Artikel 37, Absatz 1, des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung festgesetzte Gebirgszuschlag an Kassen in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit kann in besonderen Fällen bis auf 10 Franken und nach dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 23. Dezember 1953 über besondere Sparmassnahmen bis auf 12 Franken für jedes versicherte Mitglied erhöht werden.

Art. 3

¹ Mit der Gewährung der erhöhten Bundesbeiträge können besondere Anordnungen über die finanzielle Sicherheit der Kassen, die Beteiligung der Mitglieder an den Krankenpflegekosten, die Verwaltung, die Rechnungsführung und Bilanzierung verbunden, und es kann der Wegfall sowohl der zusätzlichen als auch der ordentlichen Bundesbeiträge verfügt werden, wenn die Kassen den ergangenen Weisungen nicht nachkommen.

² Die Kassen haben den Aufsichtsbehörden die erforderlichen Unterlagen über den Geschäftsgang und die nötigen Statistiken einzureichen.

Art. 4

¹ Der Bundesrat ist mit dem Vollzug dieses Bundesbeschlusses beauftragt und erlässt die hiezu erforderlichen Ausführungsvorschriften.

² Der Bundesrat wird beauftragt, auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 17. Juni 1874 betreffend Volksabstimmung über Bundesgesetze und Bundesbeschlüsse die Bekanntmachung dieses Bundesbeschlusses zu veranlassen.

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen (Vom 2. Februar 1954)

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1954
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	06
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	6554
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	11.02.1954
Date	
Data	
Seite	277-292
Page	
Pagina	
Ref. No	10 038 543

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.