

***Der Einfluss des neuen
Krankenversicherungsgesetzes
auf die Finanzierung
des Gesundheitswesens***

***Bericht des Bundesamtes für Statistik
zuhanden des
Bundesamtes für Sozialversicherung, erstellt
im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG***

Autoren: Spartaco Greppi, Raymond Rossel, Wolfram Strüwe
Bundesamt für Statistik
Abteilung Bevölkerung und Beschäftigung
Schwarztorstrasse 96
3003 Bern

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherung

Am 1. Januar 1996 ist das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft getreten. Aufgrund von Artikel 32 der Verordnung zum KVG hat das Bundesamt für Sozialversicherung die Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und über die Wirkungen des Gesetzes durchzuführen.

Die vorliegende Studie untersucht die Frage, wie sich das neue KVG auf die Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung und des gesamten Gesundheitswesens ausgewirkt hat. Ebenfalls betrachtet wird die Auswirkung des neuen Gesetzes auf die Ergänzungsleistungen und - soweit Daten vorlagen - die Sozialhilfe. Dabei handelt es sich um eine erste Bestandesaufnahme. Sie weist vor allem jene Wirkungen aus, die ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes wegen des Systemwechsels bei der Ausrichtung der Mittel der öffentlichen Hand sowie wegen der Ausdehnung des Leistungskatalogs festgestellt werden konnten.

Mit dem neuen KVG wurden jedoch auch Änderungen eingeleitet, welche das Verhalten der Akteure im Gesundheitswesen beeinflussen sollen. Sie werden sich auf die Finanzierungsstrukturen erst mittelfristig auswirken. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Studie in den kommenden Jahren weiterzuführen.

M.T. Furrer, wiss. Adjunktin, Projektleiterin
Dienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	V
INHALTSVERZEICHNIS	VII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XII
TABELLENVERZEICHNIS	XIII
1 EINLEITUNG	17
1.1 Untersuchungsrahmen	18
1.2 KVG-Bestimmungen, welche die Finanzierungsstruktur beeinflussen	20
1.3 Gegenstand und Ablauf der Untersuchung	21
1.3.1 Untersuchung in drei Schritten.....	22
1.3.2 Inhalt und Abgrenzung der Untersuchung	23
1.3.3 Ablauf	27
1.4 Erwartungen vor dem Inkrafttreten des Gesetzes	28
1.4.1 Botschaft des Bundesrats	28
1.4.2 Referendumskampagne	29
1.5 Literatur	31

2	ANALYSERAHMEN	33
2.1	Vom Bund anerkannte Versicherer.....	34
2.2	Das Gesundheitssystem	36
2.2.1	Spitäler.....	38
2.2.2	Pflegeheime	39
2.2.3	Pflege zu Hause.....	39
2.3	Der Krankenversicherung vorgelagerte Systeme der sozialen Sicherheit.....	40
2.3.1	Prämienverbilligungssystem	41
2.3.2	Ergänzungsleistungen der AHV und IV	41
2.3.3	Sozialhilfe.....	42
2.4	Quellen und Methoden	43
2.4.1	Krankenversicherung.....	43
2.4.2	Gesundheitssystem.....	44
2.4.3	Systeme der sozialen Sicherheit.....	44
3	FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN AUF DIE KRANKENVERSICHERUNG	47
3.1	Ansatz in bezug auf die Kosten und die Finanzierung.....	47
3.2	Die konsolidierte Betriebsrechnung der Krankenkassen	51
3.2.1	Analyse nach Kostenarten.....	53
3.2.2	Analyse nach Finanzierungsarten.....	54
3.3	Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Grundversicherung	57
3.4	Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Taggeldversicherung.....	60
3.5	Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Zusatzversicherungen.....	61

3.6	Entwicklung der Kostenbeteiligung der Versicherten.....	65
3.7	Entwicklung der finanziellen Reserven.....	67
3.8	Literatur.....	71
4	DIE FINANZSTRÖME IM PRÄMIENVERBILLIGUNGSSYSTEM.....	73
4.1	Die Finanzströme unter dem KUVG und KVG.....	74
4.2	Vergleichbarkeit der Leistungen unter dem KUVG und dem KVG.....	76
4.3	Belastungen der öffentlichen Hand im Bereich der Krankenversicherung.....	79
4.3.1	Netto-Subventionen im Finanzhaushalt der Krankenversicherungen.....	79
4.3.2	Nettobelastung nach der öffentlichen Finanzstatistik.....	81
4.4	Ausgaben und Einnahmen der Kantone.....	84
4.5	Die Situation einzelner Kantone.....	88
4.6	Literatur.....	91
5	AUSWIRKUNGEN AUF DIE KOSTEN UND DIE FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS.....	93
5.1	Gesamtkosten des Gesundheitssystems seit 1985.....	94
5.2	Kosten des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben.....	98
5.2.1	Kosten nach den wichtigsten Leistungserbringern.....	98
5.2.2	Ausgaben nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen.....	100
5.3	Finanzierung des Gesundheitssystems.....	102
5.3.1	Finanzierung nach Wirtschaftseinheit.....	102
5.3.2	Finanzierung nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung.....	104

5.4	Kosten und Finanzierung der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex-Dienste	107
5.4.1	Spitäler.....	108
5.4.2	Pflegeheime	110
5.4.3	Pflege zu Hause.....	112
5.5	Literatur	114
6	AUSWIRKUNGEN DES KVG AUF DIE ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN	115
6.1	Übersicht über die Ziele und die Methode des Teilprojekts "Finanzierung"	115
6.2	Zusammenhang von KVG und Ergänzungsleistungen	116
6.2.1	Die Situation unter dem KUVG.....	116
6.2.2	Die Situation unter dem KVG.....	119
6.2.3	Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Ergänzungsleistungen.....	123
6.3	Detaillierte Abschätzung der Minderausgaben nach Ursachen.....	130
6.4	Literatur	135
7	ZUSAMMENHANG VON KVG UND SOZIALHILFE	137
7.1	Der allgemeine Rahmen.....	137
7.1.1	Einige Hinweise zur Sozialhilfe in der Schweiz.....	137
7.1.2	Die Sozialhilfe vor dem Hintergrund der Statistik der öffentlichen Finanzen.....	138
7.2	Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Sozialhilfe	142
7.2.1	Die betroffenen Bereiche.....	142
7.2.2	Die Situation in einigen Kantonen	146

7.2.3	Schätzung der gesamtschweizerischen Gesundheitsausgaben, die in der Sozialhilfe enthalten sind.....	148
7.3	Literatur.....	149
8	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	151
8.1	Ergebnisse und Kommentare	151
8.1.1	Krankenpflegegrundversicherung.....	151
8.1.2	Gesundheitssystem.....	156
8.2	Schlussfolgerung und Forschungsperspektiven	162
8.3	Literatur.....	163
ANHANG A	GESUNDHEIT UND SOZIALE WOHLFAHRT IN DER FINANZ- STATISTIK DER ÖFFENTLICHEN HAUSHALTE.....	167
ANHANG B	QUALITÄT DER STATISTISCHEN QUELLEN	185
ANHANG C	FINANZSTATISTIK DER ÖFFENTLICHEN HAUSHALTE FÜR DIE BEREICHE GESUNDHEIT UND SOZIALE WOHLFAHRT*	

* Das Bundesamt für Statistik veröffentlicht den Anhang C zu einem späteren Zeitpunkt.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1.1:	VERTEILUNG DER ZUSÄTZLICHE AUSGABEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER AUSWEITUNG DES LEISTUNGSKATALOGS.....	31
ABBILDUNG 2.1:	DER KRANKENVERSICHERUNG VOR- UND NACHGELAGERTEN MITTELFLÜSSE.....	35
ABBILDUNG 2.2:	SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DER MITTELFLÜSSE ZUR FINANZIERUNG UND REFINANZIERUNG DER KOSTEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS 1994 (FR. 34 MRD.).....	37
ABBILDUNG 4.1:	FORMALE SUBVENTIONSFLÜSSE IM KRANKENVERSICHERUNGSBEREICH UNTER DEM ALTEN KUVG.....	74
ABBILDUNG 4.2:	FORMALE SUBVENTIONSFLÜSSE IM KRANKENVERSICHERUNGSBEREICH UNTER DEM NEUEN KVG	75
ABBILDUNG 4.3:	BERECHNUNG DER NETTO-LEISTUNGEN DER KRANKENKASSEN IN DER GRUNDVERSICHERUNG FÜR DIE JAHRE 1990 - 1993	78
ABBILDUNG 5.1:	ENTWICKLUNG DES BIP-INDEXES UND DES GESUNDHEITSKOSTEN-INDEXES, 1985 - 1996	95
ABBILDUNG 8.1:	FINANZIERUNG DER GRUNDVERSICHERUNG.....	153
ABBILDUNG 8.2:	FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS.....	159
ABBILDUNG 8.3:	FINANZIERUNG DURCH BUND, KANTONE UND GEMEINDEN	160
ABBILDUNG 8.4:	FINANZIERUNG DURCH DIE HAUSHALTE	162

Tabellenverzeichnis

TABELLE 3.1: KOSTEN UND FINANZIERUNG DER KRANKENVERSICHERUNG, SCHÄTZUNGEN WÄHREND DER REFERENDUMSKAMPAGNE UND SPÄTERE STATISTISCHE DATEN.....	48
TABELLE 3.2: ANALYTISCHE BETRIEBSRECHNUNG DER KRANKENVERSICHERUNG (EINSCHLIESSLICH DER ZUSATZVERSICHERUNGEN UND DER TAGGELDVERSICHERUNG).....	52
TABELLE 3.3: KOSTEN UND FINANZIERUNG DER GRUNDVERSICHERUNG, 1994 BIS 1996.....	58
TABELLE 3.4: PRÄMIEN UND LEISTUNGEN DER GRUNDVERSICHERUNG.....	59
TABELLE 3.5: KOSTEN UND FINANZIERUNG DER TAGGELDVERSICHERUNG, 1994 - 1996.....	60
TABELLE 3.6: KOSTEN UND FINANZIERUNG DER ZUSATZVERSICHERUNGEN, 1994 - 1996.....	62
TABELLE 3.7: PRÄMIEN UND LEISTUNGEN DER KOMBINIERTEN SPITALVERSICHERUNG.....	64
TABELLE 3.8: KOSTENBETEILIGUNG, GRUNDVERSICHERUNG.....	65
TABELLE 3.9: RESERVEN ENTSPRECHEND DER VERSICHERTENZAHL PRO KASSE, 1995.....	68
TABELLE 3.10: RESERVEN DER KRANKENKASSEN (ALLE VERSICHERUNGSARTEN).....	69
TABELLE 4.1: NETTO-LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG UND NETTO-SUBVENTIONEN AN DIE KRANKENKASSEN, 1990 - 1996.....	80
TABELLE 4.2: NETTO-LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG UND NETTO-BELASTUNG DER EINZELNEN GEMEINWESEN.....	82
TABELLE 4.3: NETTOBELASTUNG ALLER ÖFFENTLICHEN HAUSHALTE IM VERGLEICH ZU DEN KANTONEN.....	83

TABELLE 4.4:	DIE LAUFENDE RECHNUNG UND DIE DECKUNGSQUOTE DER LAUFENDEN AUSGABEN DER KANTONE IM BEREICH DER KRANKENVERSICHERUNG	85
TABELLE 4.5:	LAUFENDE EINNAHMEN DER KANTONE AUS ENTGELTEN, BEITRÄGEN UND RÜCKERSTATTUNGEN NACH HERKUNFT	86
TABELLE 4.6:	NETTOBELASTUNG DER EINZELNEN KANTONE, 1990 - 1996	88
TABELLE 4.7:	LAUFENDE RECHNUNG DER EINZELNEN KANTONE, ABSOLUT UND IN PROZENTUALER VERÄNDERUNG ZUM VORJAHR	90
TABELLE 5.1:	ENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSKOSTEN UND DES BRUTTOINLANDPRODUKTS	96
TABELLE 5.2:	JÄHRLICHE ZUNAHME DES KONSUMENTENPREISINDEXES.....	97
TABELLE 5.3:	KOSTEN PRO LEISTUNGSERBRINGER, 1994 - 1996.....	99
TABELLE 5.4	AUSGABEN NACH DEN BEANSPRUCHTEN GÜTERN UND DIENSTLEISTUNGEN, 1994 - 1996	101
TABELLE 5.5:	FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS NACH WIRTSCHAFTSEINHEITEN, 1994 - 1996.....	103
TABELLE 5.6:	FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS NACH DEM TRÄGER DER WIRTSCHAFTLICHEN BELASTUNG, 1994 - 1996.....	105
TABELLE 5.7:	KOSTEN UND FINANZIERUNG DER SPITÄLER.....	109
TABELLE 5.8:	KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGEHEIME	111
TABELLE 5.9:	KOSTEN UND FINANZIERUNG DER PFLEGE ZU HAUSE.....	113
TABELLE 6.1:	BEISPIEL FÜR DIE BERECHNUNG DER JÄHRLICHEN EL FÜR EINE ALLEINSTEHENDE PERSON, DIE ZU HAUSE LEBT (GÜLTIG AB 1.1.1995).....	117
TABELLE 6.2:	BEISPIEL FÜR DIE BERECHNUNG DER JÄHRLICHEN EL FÜR EINE ALLEINSTEHENDE PERSON, DIE ZU HAUSE LEBT (GÜLTIG AB 1.1.1997).....	118
TABELLE 6.3:	KANTONALE DURCHSCHNITTSPRÄMIEN DER OBLIGATORISCHEN KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG (INCL. UNFALLDECKUNG) BEI ERWACHSENEN, ERWACHSENEN IN AUSBILDUNG UND KINDERN FÜR 1997 ...	122
TABELLE 6.4:	EL-AHV/IV, BEZÜGER UND AUSGABEN	124
TABELLE 6.5:	ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN 1995 UND 1996 PRO KANTON	125
TABELLE 6.6:	FINANZIELLE ENTLASTUNG VON BUND UND KANTONEN BEI DEN EL	126

TABELLE 6.7:	EL-AHV/IV, AUFSCHLÜSSELUNG DER AUSGABEN NACH UNTERKUNFTSTYP UND KRANKHEITSKOSTEN	128
TABELLE 6.8:	KRANKHEITSKOSTEN IM BEREICH DER EL FÜR AUSGEWÄHLTE KANTONE...	128
TABELLE 6.9:	KRANKHEITSKOSTEN IM BEREICH DER EL ENTSPRECHEND DEN WICHTIGSTEN KOSTENKATEGORIEN, 1996	129
TABELLE 6.10:	ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN 1996 UND 1997 IN DEN KANTONEN.....	130
TABELLE 6.11:	DURCHSCHNITTE DER EL-BERECHNUNGSKOMPONENTEN, VERGLEICH MÄRZ 1995 MIT MÄRZ 1996 (ALLEINSTEHENDE PERSONEN).....	132
TABELLE 6.12:	AUSWIRKUNGEN DES KVG AUF DIE EL, 1995/1996.....	134
TABELLE 7.1:	FUNKTIONELLE KLASSIFIZIERUNG IM BEREICH 5 (SOZIALE WOHLFAHRT).....	139
TABELLE 7.2:	NETTOBELASTUNG DER KANTONE UND GEMEINDEN IM RAHMEN DER SOZIALHILFE, 1994 - 1996.....	141
TABELLE 7.3:	FINANZIELLE ENTLASTUNGEN IN DEN KANTONEN.....	146
TABELLE 7.4:	ANZAHL DER LEISTUNGSBEZÜGER UND GESUNDHEITSAUSGABEN IM RAHMEN DER SOZIALHILFE	148
TABELLE 8.1:	KOSTEN UND FINANZIERUNG DER KRANKENPFLEGEGRUNDVER SICHERUNG	152
TABELLE 8.2:	ÜBERSICHT ÜBER DIE AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN NACH FINANZIERUNGSEINHEIT	158

1 Einleitung

Das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, hat tiefgreifende Auswirkungen auf die einzelnen Ebenen des sozialen und wirtschaftlichen Lebens in unserem Land. Die **Solidarität** im allgemeinen wird erheblich verstärkt: Freizügigkeit im Rahmen der obligatorischen Versicherung, Risikoausgleich, Altersunabhängigkeit der Prämien und Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Das Gesetz und die entsprechende Verordnung sehen neben den Massnahmen zur **Eindämmung des Kostenanstiegs** explizit vor, dass die Wirtschaftlichkeit und Qualität der erbrachten Leistungen gewährleistet sein muss. Die Erhöhung der Franchise und der Ausbau der Kostenbeteiligung im Bereich der spitalinternen Pflege (10%) sollten ebenfalls zur Eindämmung des Kostenwachstums beitragen. Eine gewisse Neuverteilung der Kompetenzen zur Tarifgenehmigung wird grundsätzlich einen vorteilhaften Druck auf die Preise im Gesundheitssystem zur Folge haben. Positive Auswirkungen sollten auch aus dem **Wettbewerb** resultieren. Dies gilt insbesondere für die Veränderungen im Bereich der privaten Pflegeleistungen - d.h. bei den Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der Grundversicherung enthalten sind - und, parallel dazu, im Markt der zusatzversicherten Leistungen.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen auf der Grundlage erster Daten, die seit dem Inkrafttreten des KVG zur Verfügung stehen, die Änderungen aufgezeigt werden, die im Bereich der Finanzierung der Krankenversicherung und des Gesundheitssystems eingetreten sind.

Die Behörden, die Sozialpartner sowie die anderen Akteure des Gesundheitswesens sollten damit über ausreichendes Zahlenmaterial verfügen, um gegebenenfalls notwendige Korrekturen im Hinblick auf ein ausgewogenes Management des Gesundheitssystems und der sozialen Sicherheit vornehmen zu können.

1.1 Untersuchungsrahmen

Im Zusammenhang mit der Untersuchung der Auswirkungen des KVG auf die Finanzierungsströme innerhalb der Krankenversicherung und des Gesundheitssystems müssen einige der neuen Elemente in Erinnerung gerufen werden. Als erstes ist darauf hinzuweisen, dass das Gesetz im Bereich der Finanzierung die Verpflichtung der Kantone vorsieht, ein System einzuführen, mit dem die Prämien entsprechend den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten verbilligt werden. Zu diesem Zweck nimmt der Bund eine erhebliche Erhöhung seiner Beiträge vor. Dies allerdings unter der Voraussetzung, dass sich die Kantone ebenfalls mit Beiträgen in Höhe von 50% der vom Bund budgetierten Beiträge an der Finanzierung beteiligen. Was die Finanzierung des Gesundheitssystems anbelangt, ist festzuhalten, dass mit dem KVG ein Ausbau des von der Grundversicherung gedeckten Leistungskatalogs verbunden ist. Für die Krankenkassen ergeben sich daraus höhere Kosten, was gleichzeitig für die Leistungserbringer einen höheren Finanzierungsanteil der Krankenversicherungen zur Folge hat. Die Ausweitung des Leistungskatalogs bezieht sich insbesondere auf die folgenden Elemente:

- unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt;
- Auflösung der Versicherungsreserven;
- Übernahme von Leistungen in Alters- und Pflegeheimen;
- Übernahme von Spitex-Leistungen;
- Leistungen bei Mutterschaft;
- Prävention;
- Transportkosten;
- Unfälle;
- zahnärztliche Behandlungen;
- Gegenstände, die der Behandlung dienen;

- nichtärztliche Psychotherapie;
- Gesundheitsförderung.

Gemäss Artikel 32 KVV ist es Aufgabe des BSV, die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung wissenschaftlich zu untersuchen. Die Änderungen im Bereich der Finanzierung werden in der vorliegenden Studie untersucht.

KVV, Art. 32 Wirkungsanalyse

- 1) Das BSV führt in Zusammenarbeit mit den Versicherern, Leistungserbringern und Kantonen sowie Vertretern der Wissenschaft wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des Gesetzes durch.
- 2) Diese Untersuchungen haben den Einfluss des Gesetzes auf die Situation und das Verhalten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Versicherer zum Gegenstand. Insbesondere ist zu untersuchen, ob die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet ist und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden.
- 3) Das BSV kann für die Durchführung der Untersuchungen wissenschaftliche Institute beiziehen und Expertengruppen einsetzen.

Mit dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) wurden im Bereich der Finanzierung dieses Zweigs der Sozialversicherung sowie bei den zu deckenden Leistungen, den Tarifgrundsätzen und der Organisation des Gesundheitssystems bedeutende Änderungen eingeführt. Diese neuen Bestimmungen sollten sowohl die Verteilung der finanziellen Lasten der Krankenversicherung als auch die Finanzierung der Infrastruktur und Dienstleistungen des Gesundheitswesens und damit auch die Struktur der Angebotsseite verändern.

1.2 KVG-Bestimmungen, welche die Finanzierungsstruktur beeinflussen

Eine Änderung der Finanzierungsanteile von Krankenversicherung, öffentlicher Hand und Privaten ist insbesondere aufgrund der folgenden Regelungen des KVG zu erwarten [Bundesamt für Sozialversicherung (1994)]:

- Nach Artikel 24 ff. KVG übernimmt die obligatorische Versicherung Leistungen, welche vor Inkrafttreten des Gesetzes durch Zusatz- resp. Privatversicherungen, von der öffentlichen Hand oder den Versicherten selbst finanziert wurden. Finanziell ins Gewicht fallen insbesondere die zeitlich unbeschränkten Leistungen bei stationärer Behandlung, die Pflegeleistungen bei Aufenthalt in einem Pflegeheim, jene bei Krankenpflege zu Hause sowie die Präventionsleistungen.
- Für die Vergütung der stationären Behandlung sieht Artikel 49 Absatz 1 KVG vor, dass die Behandlungspauschale für Kantonseinwohner/innen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung deckt. Obwohl es sich bei diesen 50 Prozent um eine Obergrenze und nicht um eine feste Vorgabe handelt, ist aufgrund der in den vergangenen Jahren beobachteten Entwicklung anzunehmen, dass die Tarifpartner zunehmend in Richtung einer je hälftigen Kostendeckung tendieren werden. Je nach Situation in den Kantonen vor Inkrafttreten des KVG wird die öffentliche Hand bzw. die Krankenversicherung be- oder entlastet. Zudem bewirkt Artikel 49 Absatz 1 KVG eine strikte Trennung zwischen den von der Krankenversicherung und den privaten Zusatzversicherungen zu übernehmenden Kosten. Dies schliesst etwaige Quersubventionierungen im Spitalbereich aus und verändert die Finanzierungsanteile.
- Das neue KVG bezweckt die Gleichstellung von ambulanter und stationärer Behandlung. Die Versicherten sollen durch die Einführung einer Kostenbeteiligung auch bei einem Spitalaufenthalt (Artikel 64 KVG) veranlasst

werden, sich nicht unnötigerweise einer Spitalbehandlung zu unterziehen, nur weil sie dieser weniger teuer zu stehen kommt als eine medizinisch gleichwertige ambulante Leistung. Diese Regelung sollte eine Verschiebung der Behandlungen in den ambulanten und teilstationären Bereich bewirken und längerfristig – wegen des Abbaus der nicht mehr benötigten Spitalbetten – eine Entlastung der öffentlichen Hand zur Folge haben.

- Nach Artikel 65 f. KVG erfolgt die Ausrichtung der Beiträge der öffentlichen Hand nicht mehr an die Krankenversicherer, sondern direkt an die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Dabei besteht für die Kantone ein gewisser Spielraum, inwieweit sie die vom Bund festgesetzten Höchstbeiträge ausschöpfen wollen. Die Auswirkungen in den einzelnen Kantonen hängen von der jeweiligen kantonalen Regelung ab. Für die Krankenversicherer bedeutet die direkte Ausrichtung der Beiträge der öffentlichen Hand an die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen den Wegfall ca. eines Zehntels ihrer Einnahmen. Dies bewirkt insofern eine Verschiebung, als im ersten Jahr nach Inkrafttreten des KVG die gesamten Kosten der Leistungserbringung durch Prämien finanziert werden müssen, so dass allein aus diesem Grund die Prämien steigen.

1.3 Gegenstand und Ablauf der Untersuchung

Die Auswirkungen des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf das Kostenmanagement im Gesundheitswesen werden erst in einigen Jahren feststellbar sein, wenn auch tatsächlich alle gesetzlichen Bestimmungen in die Praxis umgesetzt wurden. An dieser Stelle ist daran zu erinnern, dass sich die Untersuchung über fünf Jahre erstrecken wird, weil zum einen die statistischen Daten zum Teil nicht vorher zur Verfügung stehen werden und zum andern die verschiedenen Bestimmungen des KVG gestaffelt in Kraft treten werden. So wird die Trennung zwischen der obligatorischen Grundversicherung und den Zusatzversicherungen erst am 1. Januar 1997 wirksam, und die kantonale Spitalplanung sowie die neuen Tarife treten erst Anfang 1998 in Kraft.

1.3.1 Untersuchung in drei Schritten

Der vorliegende Bericht enthält die ersten Analysen und Ergebnisse, die innerhalb kurzer Zeit und mit einem minimalen Abstand zu den Entwicklungen erstellt bzw. festgehalten werden konnten. Er bildet im Grunde den Abschluss der ersten Phase einer Untersuchung, die insgesamt drei Phasen umfasst. Die Möglichkeiten zur Erfassung der Auswirkungen auf die Finanzierung der Krankenversicherung, auf das Gesundheitswesen und auf andere Bereiche der sozialen Sicherheit mit Hilfe entsprechender statistischer Daten sollten im Verlauf der kommenden Jahre erheblich verbessert werden.

In dieser Untersuchungsphase geht es zunächst darum, die ersten Auswirkungen der Einführung des KVG auf die Finanzierung der Krankenversicherung (zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen und zur Sozialhilfe) sowie die Verwendung der Bundesbeiträge aufzuzeigen, die zusammen mit den Beiträgen der Kantone und Gemeinden zur Verbilligung der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung eingesetzt werden. Dies geschieht, in dem die Beiträge vor und nach der Gesetzesrevision miteinander verglichen werden.

In der zweiten und dritten Phase werden neben der Überprüfung der Ergebnisse und der Fortschreibung der Datenreihen der ersten Phase insbesondere jene Auswirkungen untersucht, welche die Situation der Finanzierer beeinflussen und die Struktur des Angebots sowie die entsprechende Nachfrage im Gesundheitsmarkt verändern. Es werden vor allem die postulierten Verschiebungen zwischen der Pflege zu Hause und Pflegeheimen, Spitälern und Pflegeheimen sowie Hospitalisierungen und ambulanten Behandlungen zu quantifizieren sein. Ausserdem soll die Finanzierungssituation der einzelnen Leistungserbringer möglichst genau statistisch erfasst werden. Damit können dann die strukturellen Verschiebungen identifiziert werden.

1.3.2 Inhalt und Abgrenzung der Untersuchung

Der Zweck der Untersuchung besteht darin, die spezifischen Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung, des Gesundheitswesens, der wichtigsten Leistungserbringer sowie auf einige Systeme (Zweige) der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen AHV/IV und Sozialhilfe) aufzuzeigen. Mit dieser Untersuchung sollen die Interaktionen der einzelnen Finanzierungseinheiten unter verschiedenen Gesichtspunkten (finanzierende Stellen, wirtschaftliche Belastung, Verschiebungen) erläutert werden. Die Studie bezieht sich somit nicht in erster Linie auf die Überprüfung der Höhe und der Entwicklung der Krankenversicherungsprämien.

Der vorliegende Bericht enthält die verfügbaren statistischen Daten und Analysen bis zum Jahr 1997. Dieser Zeitpunkt wurde vom BSV für den Beginn des Vernehmlassungsverfahrens festgelegt, das zu den Vorschlägen über die Bundesbeiträge zur Verbilligung der Krankenversicherungsprämien der Jahre 2000 bis 2003 durchgeführt wird. Der Aufbau der Arbeit orientiert sich vornehmlich an den folgenden zu untersuchenden Gebieten:

Auswirkungen auf die Krankenversicherung (1994 - 1996)

- Die neue Struktur der konsolidierten Betriebsrechnung der BSV-Statistik ermöglicht eine detaillierte Analyse der Finanzen;
- Entwicklung der Struktur der Ausgaben (Leistungskosten, Finanzierungskosten, Verwaltungskosten) und Einnahmen (Prämien, öffentliche Beiträge, Kapitalerträge und ausserordentliche Einnahmen) der Krankenversicherer;
- Entwicklung der Leistungen und Prämien im Bereich der Grundversicherung, einschliesslich der Kostenbeteiligung der Versicherten;
- Entwicklung der Leistungen und Prämien im Bereich der Zusatzversicherungen, ohne die Taggeldversicherung im Krankheitsfall;

- Entwicklung der Reserven im Verhältnis zu den Leistungen der Grundversicherung.

Verschiebungen im Zusammenhang mit dem Prämienerbilligungssystem

Auswirkungen auf das Prämienniveau

Die Erhöhung der Beiträge des Bundes für die Prämienerbilligung entsprechend den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten soll das wichtigste Instrument sein, um die Auswirkungen der Ausweitung des Leistungskatalogs und gewisser zusätzlicher Einschränkungen der Krankenversicherung zu begrenzen. In der Praxis hingegen hat dieses Instrument bislang nicht so funktioniert, wie dies erwartet wurde. Daher ist es von grossem Interesse, die ersten Zahlen der öffentlichen Finanzstatistik und der BSV-Abrechnungen bezüglich der Prämienerbilligung zu untersuchen. Hier sind vor allem die folgenden Punkte von Bedeutung:

- punktuelle Auswirkung der Änderung des Prämienerbilligungssystems im Jahre 1996;
- Entwicklung der Nettobelastung des Bundes, der Kantone und der Gemeinden im Bereich der Krankenversicherung (Statistik der öffentlichen Finanzen 1994-1996);
- Entwicklung der laufenden Ausgaben und Einnahmen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden im Bereich der Krankenversicherung (Statistik der öffentlichen Finanzen 1990-1996);
- Entwicklung der Nettobelastung in den Kantonen (Ausgaben pro Einwohner) im Bereich der Krankenversicherung (Statistik der öffentlichen Finanzen 1994-1996);
- Entwicklung der Bundesbeiträge für die Prämienerbilligung (Abrechnungen BSV, 1996 und 1997).

Finanzierungsstruktur des gesamten Gesundheitssystems (1990-1996)

Verzögerungen bei der Bereitstellung des Datenmaterials der öffentlichen Finanzstatistik haben zur Konsequenz, dass die Kosten des Gesundheitssystems für das Jahr 1996 nur provisorischen Charakter. Ihre Genauigkeit ist indessen ausreichend, um eine erste umfassende Analyse in bezug auf die nachfolgenden Kriterien vorzunehmen:

- Finanzierung entsprechend der zahlenden Akteure;
- Finanzierung entsprechend der Träger der wirtschaftliche Belastung trägt.

Finanzierungsstruktur nach verschiedenen Leistungserbringern (1994-1996)

Aufgrund der Ausweitung des Leistungskatalogs, der vorgesehenen Spitalplanung und der Bestimmungen zu den Grundsätzen über die zu vereinbarenden Tarife sind insbesondere die folgenden Kategorien von Leistungserbringern betroffen:

- Spitäler;
- Pflegeheime;
- Pflege zu Hause.

Konsequenzen für das System der Ergänzungsleistungen der AHV/IV

Die Auswirkungen des KVG im Bereich der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV werden auf der Grundlage der vom BSV gesammelten statistischen Daten untersucht. Im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten konnten vier Analysebereiche eruiert werden:

- die chronologischen Reihen 1991 bis 1996 in bezug auf die Leistungsempfänger und die ausgerichteten Beiträge;

- die Ausgaben für das System der Prämienverbilligung von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (1996);
- die Leistungen für Personen, die in Pflegeheimen leben und die 1995 und 1996 von der obligatorischen Krankenversicherung unterstützt wurden;
- die Ausgaben für die übrigen Leistungen, die von der Krankenpflegegrundversicherung ausgeschlossen sind und in den Jahren 1995 und 1996 im Rahmen der Ergänzungsleistungen getragen wurden. Dieser Bereich umfasst insbesondere die Zahnarztkosten, die Kosten für die Pflege zu Hause sowie den Selbstbehalt der Versicherten und die Franchise. Die statistischen Daten in diesem Bereich weisen nach wie vor erhebliche Lücken auf, doch Schätzungen sind trotzdem möglich;
- Für 1997 können auf der Grundlage der Änderungen, die in den Vorschriften eingetreten sind, einige allgemeine Trends skizziert werden.

Auswirkungen auf die Sozialhilfeausgaben

Die statistischen Grundlagen für eine Abschätzung der Auswirkungen des KVG auf die Ausgaben der Sozialhilfe fehlen weitgehend. Die Statistik der öffentlichen Finanzen bietet interessante Analysemöglichkeiten, obwohl die Ergebnisse der Gemeinden von 1996 innerhalb der für die erste Untersuchungsphase vorgesehenen Fristen nicht zur Verfügung stehen. Damit wird die Möglichkeit, im Bereich der Sozialhilfe zu greifbaren Ergebnissen zu gelangen, stark eingeschränkt. Innerhalb des für das Projekt vorgesehenen Budgetrahmens und entsprechend der Verfügbarkeit von alternativen Daten zu jenen der öffentlichen Finanzen wurde trotzdem ein erster Versuch in diese Richtung unternommen. Dieser setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

- einer Untersuchung der statistischen Daten der zuständigen Dienste bei ausgewählten Kantonen und/oder Städten;
- einer qualitativen Analyse auf der Grundlage von Expertenauskünften bei ausgewählten Kantons- und Gemeindeverwaltungen.

Die Vorbereitungsarbeiten erforderten einen recht grossen Zeitaufwand. Zum einen macht es den Anschein, als ob in den Kantonen keinerlei systematische Überlegungen im Gange sind. Zum anderen liegen keine Daten vor, die unmittelbar verfügbar und auswertbar sind. Hinzu kommt, dass das Umfeld KVG-Sozialhilfe noch verschiedene Anpassungen erfahren wird, deren Ausmass derzeit noch schwierig abzuschätzen ist.

1.3.3 Ablauf

Das BSV und das BFS schlossen am 30. Juni 1997 eine Vereinbarung, in welcher der Gegenstand und der Ablauf der Untersuchung festgelegt wurden (1. Phase). Der Inhalt der Untersuchung wird unter Abschnitt 1.3.2 "Inhalt und Abgrenzung der Untersuchung" detailliert erläutert. Das Ziel bestand darin, die spezifischen Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung, des Gesundheitssystems und der wichtigsten Leistungserbringer sowie auf die anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe) aufzuzeigen.

Im Terminplan wurde ein vorläufiger Schlussbericht auf den 31. Dezember 1997 und der definitive Bericht auf den 30. April 1998 festgelegt. Dabei wurde berücksichtigt, dass die Ergebnisse der Untersuchung den Vorschlag des BSV für die Revision des KVG (Art. 106) im Bereich der Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung untermauern sollten.

Die Arbeiten wurden in enger Zusammenarbeit mit den Spezialisten des Dienstes Sozialpolitik und Forschung, Herrn Ludwig Gärtner und Frau Marie-Thérèse Furrer, und der Sektion Statistik, Herrn Till Bandi und Herrn Herbert Känzig, durchgeführt. Der Begleitausschuss des Projekts, der sich aus den Autoren (BFS) und Mitarbeitern des BSV zusammensetzte, kam regelmässig zusammen, um eine adäquate Abwicklung der Untersuchung zu gewährleisten.

Nach der Verfassung des vorläufigen Berichts vom Dezember 1997 legte das BFS die Ergebnisse der Untersuchung einem Fachgremium vor. Die Experten, Herr Professor Robert Leu von der Universität Bern und Herr Hugo Huber, diplomierter Mathematiker und Berater in Giffers FR, berieten die Verfasser des Berichts während den beiden Arbeitssitzungen.

1.4 Erwartungen vor dem Inkrafttreten des Gesetzes

1.4.1 Botschaft des Bundesrats

In seiner Botschaft zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 rief der Bundesrat das Prinzip der Finanzierung der Krankenversicherung in Erinnerung, das auf drei Säulen beruht: den Prämien, der Kostenbeteiligung der Versicherten und den Beiträgen der öffentlichen Hand. Im weiteren enthält die Botschaft einen kurzen historischen Überblick über die Finanzierung.

Was die Unterstützung durch die öffentliche Hand anbelangt, ging man von der blossen Ausrichtung von Beiträgen pro Versicherten zu einer prozentualen Übernahme der verursachten Kosten über (KUVG, 1964). Die finanzielle Belastung des Bundes nahm damit entsprechend dem Anstieg der Kosten pro Versicherten und der Anzahl der Versicherten regelmässig zu. Mit dem Bundesgesetz vom 5. Mai 1977, das Massnahmen für den Ausgleich der Bundesfinanzen festlegte, wurde eine Plafonierung der Bundesbeiträge auf dem Niveau von 1976 eingeführt.

Nach verschiedenen Anpassungen der Plafonierung der Bundesbeiträge erreichten diese 1993 eine Höhe von Fr 1'513 Mio. Auf der Grundlage der damals verfügbaren Daten wurde in der Botschaft eine Erhöhung der Bundesbeiträge auf Fr. 2 Mrd. beantragt. Diese Erhöhung wurde jedoch an die Bedingung geknüpft, dass die Beiträge der Kantone einen Umfang von Fr. 1 Mrd. erreichen. Der Beitrag, den der Bund für die Prämienverbilligung ausrichtet, sollte vom Parlament für die jeweils vier Jahre einer Legislatur festgelegt werden. Die Kantone sind

verpflichtet, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten ein System für die Prämienverbilligung einzuführen.

1.4.2 Referendumskampagne

Im Dokumentationsheft zur Krankenversicherung [BSV (1994)], das von der Arbeitsgruppe des Eidgenössischen Departements des Innern 1994 veröffentlicht wurde, sind die meisten absehbaren finanziellen Auswirkungen des neuen Gesetzes auf der Basis der zu jenem Zeitpunkt verfügbaren Daten abgeschätzt worden. Es ist sehr interessant, sich noch einmal mit diesen Zahlen zu befassen und einige erste Vergleiche mit den heute bekannten Verhältnissen anzustellen.

Unter Berücksichtigung der drei Säulen der Finanzierung der Krankenversicherung - der Prämien der Versicherten, der Kostenbeteiligung und der Beiträge des Bundes und der Kantone - wurden die kurzfristigen Auswirkungen abgeschätzt, während die eher langfristigen Konsequenzen nur Gegenstand allgemeiner Überlegungen sein konnten.

Die Kostenbeteiligung, die sich aus der Franchise (Fr. 150 pro Jahr), einem Anteil von 10% an allen Behandlungskosten und einem Betrag von Fr. 10 pro Spitaltag als Beteiligung an den Kosten für Unterkunft und Verpflegung zusammensetzt, sollte als Finanzierungsanteil ausgebaut werden. Während die Auswirkungen der Franchise und des Beitrags von Fr. 10 pro Spitaltag nur gering ausfallen sollten, ging man davon aus, dass der Ausbau der Beteiligung von 10% an der spitalinternen Pflege eine erhebliche Erhöhung verursacht.

Parallel dazu sollten die Beiträge des Bundes und der Kantone erhöht werden: die finanzielle Belastung der Kantone sollte halb so hoch ausfallen wie jene des Bundes. Unter dieser Voraussetzung sollten die Ausgaben des Bundes von Fr. 1.83 Mrd. im Jahre 1996 schrittweise auf Fr. 2.18 Mrd. im Jahre 1999 ansteigen. Auf der Grundlage der Zahlen von 1992 (630 Mio.) wurde davon ausgegangen, dass die Kantone zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes ungefähr Fr. 640 Mio.

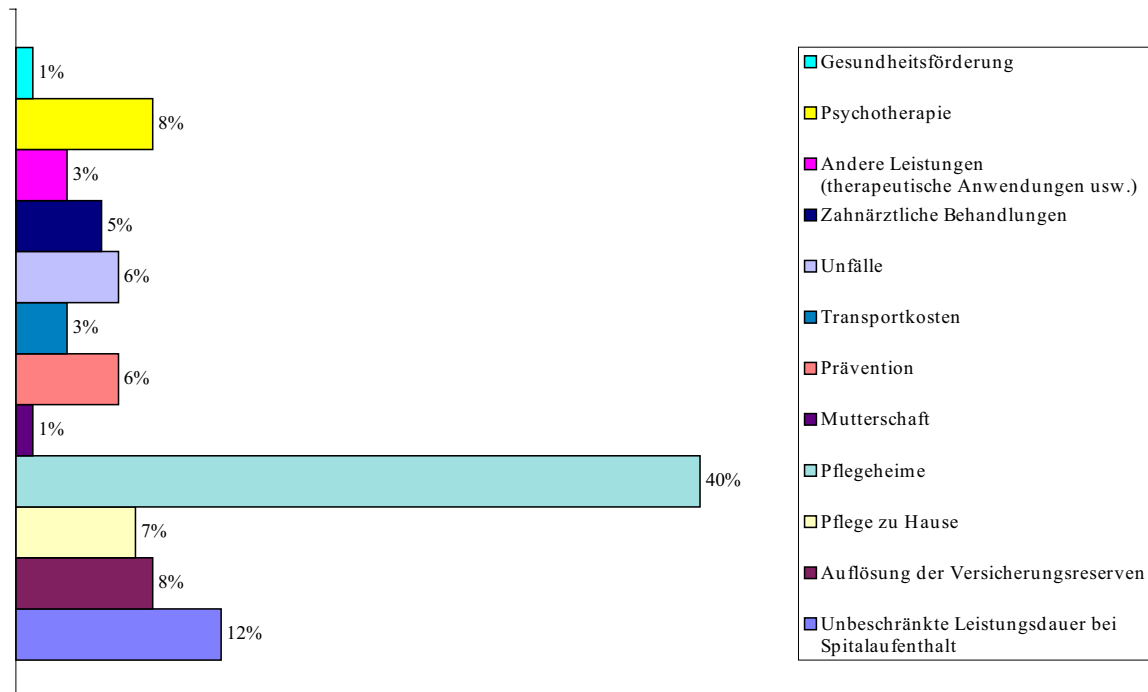
ausgeben würden. In der Praxis jedoch hatten die Kantone ihre Beiträge an die Krankenversicherung bereits 1994 auf Fr. 521 Mio. reduziert.

Was die Beiträge der Kantone anbelangt, wurde in den Unterlagen für die Referendumskampagne mit Recht auf die gesetzlichen Bestimmungen zu den Spitaltarifen der Grundversicherung hingewiesen, die sich auf höchstens 50% der Betriebskosten belaufen sollten. Bei den Beiträgen an die Spitäler waren Anpassungsprozesse, insbesondere eine Harmonisierung der Beitragshöhe der Kantone auf 50% der Betriebskosten, zu erwarten. In der Praxis konnte jedoch 1994 niemand mit ausreichender Genauigkeit sagen, ob die Spitaltarife insgesamt über oder unter dieser Grenze von 50% der Betriebskosten liegen werden. Es lässt sich indessen feststellen, dass die laufenden Nettoausgaben der Kantone (einschliesslich der Gemeinden) für ihre Pflegeinstitutionen von 1992 bis 1994 um Fr. 281 Mio. abgenommen hatten (Fr. 3'936 Mio. im Jahre 1992, Fr. 3'655 Mio. im Jahre 1994). Aus naheliegenden Gründen waren diese Jahre durch eine deutliche Erhöhung der Spitaltarife gekennzeichnet.

Als Zusammenfassung der gesamthaften finanziellen Auswirkungen des KVG auf die Prämien der Versicherten ist es schliesslich zum Zwecke des Vergleichs mit den in diesem Bericht enthaltenen Feststellungen interessant, in extenso einen Absatz zu zitieren, der die im Rahmen der Referendumskampagne verwendeten Schätzungen genau wiedergibt [BSV (1994)]:

"Der Ausbau des Leistungskatalogs (vgl. Abbildung 1.1) wird während des ersten Jahres der Anwendung des neuen Gesetzes zu einem Anstieg der Ausgaben führen. Gemäss unseren Schätzungen werden sie in jenem Jahr von Fr. 16.3 Mrd. auf Fr. 18.03 Mrd. ansteigen, was einer Zunahme um 10.7% entspricht. Dieser Anstieg wird jedoch nicht vollständig auf die Prämien überwälzt, da die Beiträge der öffentlichen Hand im gleichen Zeitraum um 21.7% ansteigen werden. Die erweiterte Beteiligung der Versicherten an den Kosten des Spitalaufenthalts wird in ungefähr 40% höheren Einnahmen resultieren."

Abbildung 1.1: Verteilung der zusätzliche Ausgaben im Zusammenhang mit der Ausweitung des Leistungskatalogs (in %)



Quelle: EDI/BSV

Die finanzielle Mehrbelastung wird somit auf die Versicherten überwältigt, indem die Prämien um etwa 4.5% angehoben werden. "Die zusätzliche Kostenbeteiligung und die höheren Prämien werden für die Haushalte mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung von ungefähr 9.1% verbunden sein. Dieser Wert liegt unter der Erhöhung, die ausschliesslich auf die neuen Leistungen zurückzuführen ist, welche zu Lasten der sozialen Krankenversicherung gehen (10.7%)" [BSV (1994)].

1.5 Literatur

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6.11.1991.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1994/95*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Statistik, in: *EL-Aktuell*, 2/96.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, *Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz*, BSV: Bern.

Coullery, Pascal und Ralf Kocher, 1997, Der Rechtsbegriff der "bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse" nach Artikel 65 KVG, in: *Soziale Sicherheit*, 1/1997, 24-29.

2 Analyserahmen

Aus der Perspektive der Krankenversicherung hat das KVG vor- und nachgelagerte Wirkungen: nachgelagert sind die **Leistungserbringer**, deren Finanzierung weitgehend durch die Krankenkassen erfolgt; vorgelagert sind alle Akteure, die mit der Finanzierung der Krankenversicherung im Zusammenhang stehen. Dies sind hauptsächlich die Versicherten, welche die Prämien bezahlen, sowie der Bund und die Kantone, welche den Haushaltssektor direkt oder indirekt unterstützen, damit diese die finanzielle Last der Prämien tragen können.

Mit dem KVG wurde ein System für die direkte Prämienverbilligung eingeführt, das die Kantone unterhalten müssen, um die finanzielle Belastung der Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu mildern. Zwei andere Systeme der sozialen Sicherheit wirken indirekt auf die Finanzierung der Krankenversicherung und des Gesundheitssystems ein:

- mit den **Ergänzungsleistungen zur AHV und IV** werden Bezüger von Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrenten unter Berücksichtigung ihrer Eigenmittel unterstützt, wobei diese Leistungen insbesondere für die Pflege in Altersheimen, die Dienstleistungen der Spitex-Organisationen und für Pflegeleistungen ausgerichtet werden, die von der obligatorischen Krankenversicherung nicht übernommen werden (insbesondere zahnärztliche Behandlungen). Vor dem Inkrafttreten des KVG wurde in die Berechnung des Leistungsanspruchs auch die Krankenversicherungsprämien einbezogen.
- die **Sozialhilfe** muss in diesem Kontext ebenfalls als ein System der sozialen Sicherheit betrachtet werden, da es indirekt einen Teil der Refinanzierung der Krankenversicherung und der Leistungen des Gesundheitssystems übernimmt. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Sozialversicherungsrecht verankert und in den Bestimmungen über das Existenzminimum ausdrücklich festgehalten.

2.1 Vom Bund anerkannte Versicherer

Die Krankenkassen bilden die Gruppe von Versicherern (KVG Art. 11 ff.), die für die Betreuung der sozialen Krankenversicherung anerkannt sind.¹ Im allgemeinen bieten sie auch freiwillige Taggeldversicherungen bei Erwerbsausfall infolge Krankheit oder Schwangerschaft (KVG, Art. 67 ff.) sowie Zusatzversicherungen an. Diese unterliegen jedoch dem Privatversicherungsrecht. Die erste Voraussetzung für eine Analyse der finanzielle Situation der Krankenkassen besteht also darin, jene Ausgaben- und Einnahmenströme so weit wie möglich auszuschliessen, die im Zusammenhang mit diesen freiwilligen und zusätzlichen Versicherungsarten stehen.

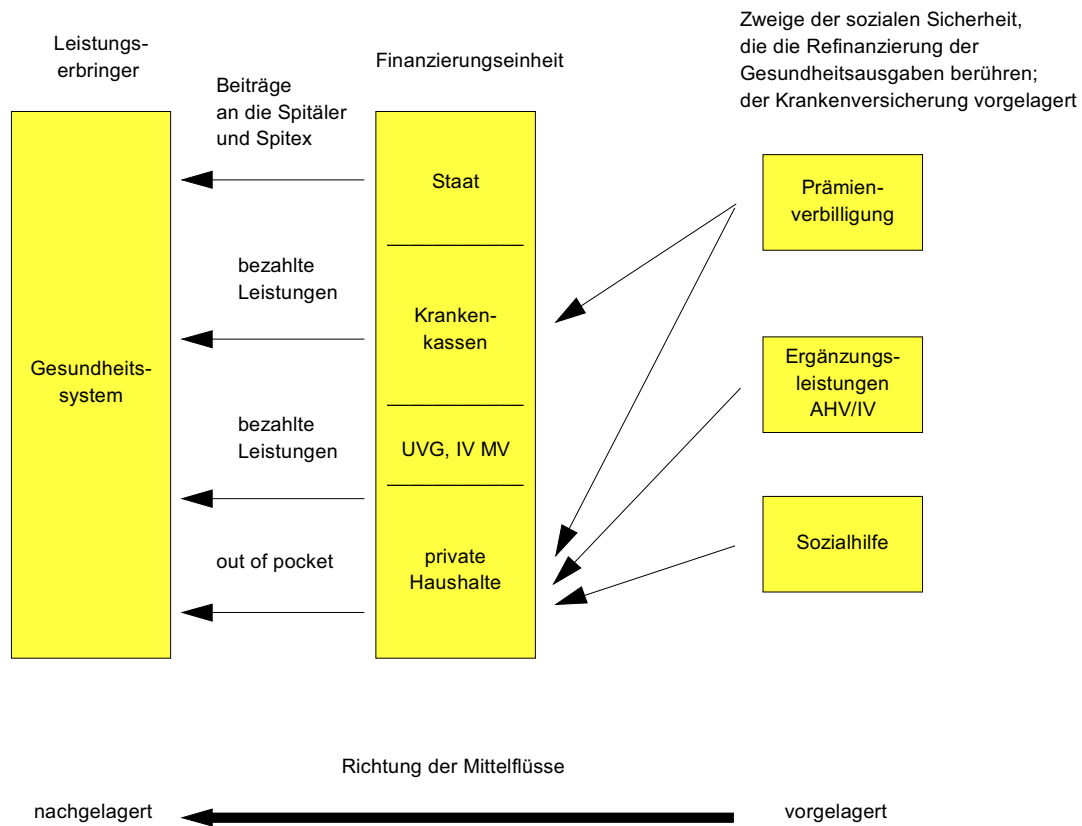
Die Krankenkassen stehen somit im Zentrum der Betrachtung. Die Struktur und Entwicklung ihrer konsolidierten Betriebsrechnung entsprechend der Statistik des BSV sind Gegenstand der ersten finanziellen Analysen. In Kapitel 4 werden die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem im allgemeinen und auf einige Leistungserbringer im besonderen untersucht. Die Versicherer werden dabei so wie die anderen Zweige der Sozialversicherungen (Unfallversicherung UVG, Invalidenversicherung, Militärversicherung), der Staat (hauptsächlich Beiträge an die Spitäler) und die Haushalte als direkt finanzierende Einheiten (Zahler) betrachtet.

Die Versicherer sind Institutionen, die wegen der Kalkulation von Risiken auch immer finanzielle Reserven bilden müssen. Die Höhe und die Entwicklung der Reserven werden ebenfalls untersucht, denn sie spielen bei der Aufteilung der Finanzierung der Krankenkassen eine wichtige Rolle.

In Abbildung 2.1 ist der Analyserahmen der Untersuchung in vereinfachter Form dargestellt. Es sind dies die vor- und nachgelagerten Mittelflüsse der Krankenversicherung.

¹ Gemäss Artikel 11b kann die Krankenversicherung auch von den privaten Versicherungseinrichtungen betrieben werden. Zur Vereinfachung werden in diesem Bericht mit dem Begriff "Krankenkassen" alle Versicherer bezeichnet, welche die obligatorische Krankenversicherung betreiben.

Abbildung 2.1: Der Krankenversicherung vor- und nachgelagerten Mittelflüsse



Quelle: BFS

Der Krankenversicherung **vorgelagert** sind andere Systeme der sozialen Sicherheit, die direkt oder indirekt in die Finanzierung der Krankenversicherung oder des Gesundheitssystems eingreifen. Die **öffentlichen Beiträge für die Prämienverbilligung** stellen einen Eingriff im Rahmen der Sozialpolitik dar; die Bestimmung ihrer Höhe und ihrer Aufteilung zwischen Bund und Kantonen führt immer wieder zu Anpassungen des KVG. Was die Ausrichtung von **Ergänzungsleistungen zur AHV/IV** anbelangt, wurde vor dem Inkrafttreten des KVG die durch die Krankenversicherungsprämien bedingte finanzielle Belastung berücksichtigt; in diesem Zusammenhang muss der daraus resultierende Rückgang der Ausgaben abgeschätzt werden. Die **Sozialhilfe**, die das letzte Auffangnetz der sozialen Sicherheit darstellt, kommt im Bereich der

Gesundheitsausgaben zum Tragen, wenn die betroffene Person nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügt. Die Etablierung des Prämienverbilligungssystems sollte grundsätzlich ebenfalls zu einem Rückgang dieser Ausgabenkategorie führen.

Der Krankenversicherung nachgelagert ist das Gesundheitssystem, das sich aus den verschiedenen Leistungserbringern zusammensetzt. Der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung und der Anteil, der zu Lasten der Haushalte geht, wird zum einen gesamtlich und zum anderen in bezug auf jene Leistungserbringer analysiert, die von der Ausweitung des Leistungskatalogs besonders betroffen sind.

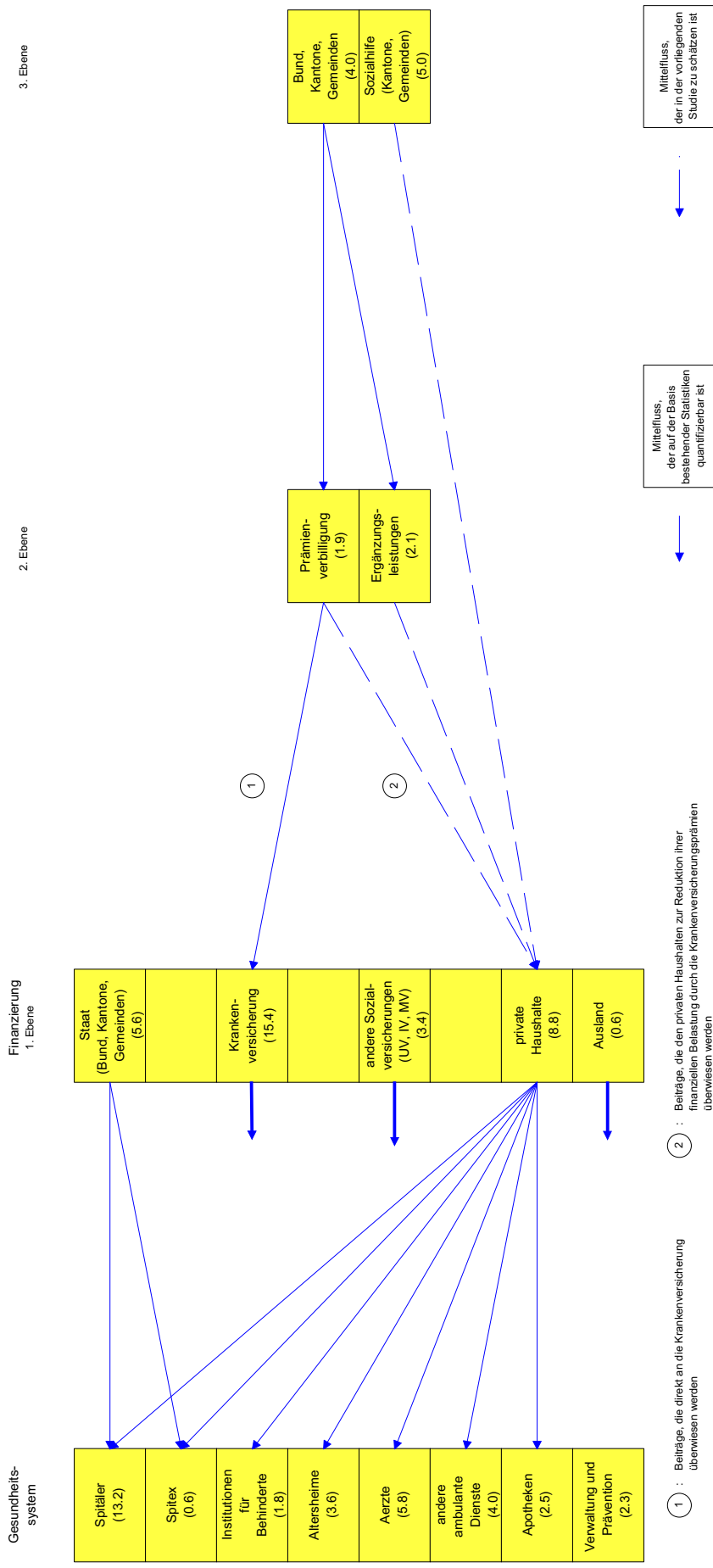
2.2 Das Gesundheitssystem

Im vorhergehenden Abschnitt wurde erläutert, dass das Gesundheitssystem, welches sich aus den verschiedenen Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte, Apotheken usw.) zusammensetzt, der Krankenversicherung nachgelagert ist. Sie agiert im wesentlichen als Institution, welche die Leistungen bezahlt, und übt damit prinzipiell Einfluss auf das Gesundheitssystem aus. Als wichtigster Partner bei den Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern spielen die Krankenkassen eine bedeutende Rolle. Im übrigen werden sie in der Statistik des BFS bezüglich ihre Verwaltungsausgaben, die als Kosten ihrer Tätigkeit als Versicherer interpretiert werden können, auch als Akteure innerhalb des Gesundheitssystems betrachtet.

Die Finanzierung der obenstehenden Kategorien von Leistungsträgern kann im Prinzip auf der Basis der Zeitreihe ab 1985 analysiert werden.

Besondere Aufmerksamkeit muss in diesem Stadium der Analyse auf die Rolle des Staates im Zusammenhang mit den verschiedenen Kategorien von Leistungserbringern gelegt werden.

Abbildung 2.2: Schematische Darstellung der Mittelflüsse zur Finanzierung und Refinanzierung der Kosten des



Gesundheitssystem 1994 (Fr. 34 Mrd.)*

* In der Statistik der Kosten des Gesundheitssystems werden die folgenden Leistungserbringer unterschieden: Pflegeinstitutionen, zu denen Spitäler, Pflegeheime und Institutionen für Behinderte gehören; Ärzte; Zahnärzte; Physiotherapeuten; Pflege zu Hause; andere ambulante Dienste; analytische Laboratorien; Apotheken; Drogen; Sozialversicherungen; Staat.

Quelle: BFS

Der Staat (die Kantone und Gemeinden) greift häufig in erheblichem Masse ein, indem er Beiträge entrichtet, um die Preise gewisser Leistungen deutlich zu senken: Spitaltaxen, Tagespauschalen in den Pflegeheimen, Preise der Pflege zu Hause und der Haushalthilfe. 1994 belief sich der Gesamtbetrag dieser Unterstützungszahlungen einschliesslich der Investitionen auf beinahe Fr. 4.8 Mrd. Die Beiträge des Bundes und der Kantone an die Krankenversicherung lagen hingegen nur bei etwa Fr. 1.9 Mrd. Weiterhin müssen die Ausgaben des Staates für das Gesundheitssystem und für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien in Betracht gezogen werden. Da die finanziellen Verhältnisse der Haushalte bei der Ausrichtung der Prämienverbilligung berücksichtigt werden, stellt das KVG eine deutliche Verlagerung in Richtung einer bedürfnisorientierten Sozialpolitik dar; die Beiträge an das Gesundheitssystem werden hingegen nach wie vor nach dem "Giesskannenprinzip" ausgerichtet.

Im Zusammenhang mit der Ausweitung des Leistungskatalogs und den neuen Tarifgrundsätzen ist die Entwicklung der Kosten und der Finanzierung gewisser Typen von Leistungserbringern besonders zu untersuchen.

2.2.1 Spitäler

Mit Artikel 49 KVG wurde der Grundsatz eingeführt, dass die in der obligatorischen Versicherung vereinbarten Tagespauschalen höchstens 50% der anrechenbaren Kosten - d.h. der Betriebskosten - decken, wobei Betriebskostenanteile aus Überkapazität, Investitionskosten sowie Kosten für Lehre und Forschung nicht angerechnet werden. Dieser Artikel über die Finanzierung der Spitäler steht derzeit im Mittelpunkt der Debatte über die Anwendung des KVG (Entscheid des EVG K 38/97 vom 16.12.97).

Es müssen indessen zwei wesentliche Vorbehalte angeführt werden, durch die die Analysemöglichkeiten erheblich eingeschränkt werden: die Tatsache, dass es gegenwärtig unmöglich ist, zwischen den Kosten der privaten und halbprivaten

Leistungen zu unterscheiden, sowie der Umstand, dass keine ausreichend genauen abrechnungsmässigen und statistischen Definitionen von Investitionen, Forschung und Lehre vorliegen, führen dazu, dass die derzeit verfügbaren Zahlen äusserst ungenau sind. Dies schränkt die Analyse des Spitalbereichs erheblich ein.

2.2.2 Pflegeheime

In Artikel 50 KVG ist der Grundsatz festgehalten, dass bei der spitalinternen Pflege und der ambulanten Krankenpflege die gleichen Leistungen vergütet werden. Mit Pflegeheimen könnenpauschale Vergütungen vereinbart werden. Während der Referendumskampagne waren die zusätzlichen Ausgaben auf Fr. 685 Mio. veranschlagt worden und stellen demnach beinahe 40% der finanziellen Belastung dar, die sich aus der Ausweitung des Leistungskatalogs ergibt. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des KVG stellt diese Ausgabenkategorie daher einen besonders heiklen Punkt dar. Die an den Tarifvereinbarungen beteiligten Partner haben zahlreiche Schwierigkeiten, in diesem Sektor annehmbare Lösungen zu finden. Was den Umfang der neuen Leistungen anbelangt, die zu Lasten der Krankenkassen gehen sollen, scheint bislang keine ausreichende Übereinstimmung möglich.

In der Statistik der Kosten des Gesundheitswesens kann die Finanzierung der Pflegeheime nicht umfassend dargelegt werden, da die Statistiken der Grundversicherung Lücken aufweisen und andere statistische Quellen nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Die Statistik der spitalexternen Institutionen sollte ab 1999 die erforderlichen Informationen liefern.

2.2.3 Pflege zu Hause

Was das KVG anbelangt, bestehen in bezug auf die Pflege zu Hause gewisse Ähnlichkeiten mit den Leistungen der Pflegeheime, da der Gesetzgeber für diese beiden Kategorien von Leistungserbringern gleiche Voraussetzungen schaffen wollte. Es ist jedoch anzumerken, dass der Umfang der Leistungen in diesem

Bereich auf einem verhältnismässig bescheidenen Niveau liegt. Gemäss den Schätzungen des BSV sollten sich die zusätzlichen Ausgaben der Krankenversicherung für die Pflege zu Hause auf Fr. 120 Mio. belaufen, was nur etwa 7% der neuen finanziellen Lasten entsprechen würde, die auf das KVG zurückzuführen sind. Dies wäre ungefähr fünfmal weniger als für die Leistungen in den Pflegeheimen vorgesehen ist.

In der BFS-Statistik der Kosten des Gesundheitssystems weist die Schätzung des Leistungsumfangs und der Finanzierungsstruktur der Spitex-Organisationen gewisse Ungenauigkeiten auf, die auf lückenhafte statistische Grundlagen zurückzuführen sind. Über dieses Segment der ambulanten Dienste des Gesundheitssystems bestehen keine umfassenden statistischen Angaben.

2.3 Der Krankenversicherung vorgelagerte Systeme der sozialen Sicherheit

Unter dem KUVG wurde die soziale Krankenversicherung aus drei Hauptquellen finanziert. Bei den Versicherten sind dies die Prämien und die Kostenbeteiligung, beim Staat die öffentlichen Beiträge. Die Prämien und die Kostenbeteiligung wurden von den Versicherten - den Haushalten - bezahlt, und die Beiträge wurden von der öffentlichen Hand direkt an die Krankenkassen überwiesen. Mit dem KVG muss der Analyserahmen erheblich erweitert und verfeinert werden, um die der Krankenversicherung vorgelagerte Finanzierung beschreiben zu können. Es muss insbesondere erläutert werden, wie die anderen Systeme der sozialen Sicherheit zu Gunsten der Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eingreifen.

Mit dem KVG wurde ein System zur Prämienverbilligung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Haushalte eingeführt. Die Kantone sind verpflichtet, ein derartiges System anzuwenden, wobei sie in bezug auf die administrative Organisation und die Auswahl der verschiedenen Komponenten

der angestrebten sozialen Solidarität über einen grossen Spielraum verfügen. Grundsätzlich nimmt das neue Gesetz Einfluss auf den Mittelfluss, denn die Beiträge der öffentlichen Hand gehen nicht mehr an die Krankenkassen, sondern an die Haushalte.

Die Beiträge des Bundes und der Kantone werden gemäss dem KVG an die Haushalte ausgerichtet. Die anderen Systeme der sozialen Sicherheit - die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und die Sozialhilfe -, welche die Krankenkassenprämien berücksichtigten, haben ihre Bedingungen für die Ausrichtung von Leistungen an die neue Situation angepasst. Als Folge davon gingen die Ausgaben dieser Systeme zurück.

2.3.1 Prämienverbilligungssystem

Jeder Kanton hat sein eigenes System eingeführt, deren Merkmale in der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung vorgesehenen Analyse weitgehend unberücksichtigt bleiben. Die finanziellen Aspekte indessen sind auf der Basis der Statistik der öffentlichen Finanzen und der Abrechnungen des BSV ausreichend dokumentiert, um einige, sehr punktuelle Schlüsse zu den Auswirkungen des Inkrafttretens des KVG ziehen zu können.

2.3.2 Ergänzungsleistungen der AHV und IV

Aufgrund der Einführung des Prämienverbilligungssystems im Rahmen des KVG ist es nicht mehr notwendig, innerhalb des Systems der Ergänzungsleistungen (EL) die Krankenversicherungsprämien in die Berechnung des Leistungsanspruchs miteinzubeziehen. Die Ausweitung des Leistungskatalogs (Pflegeheime, Pflege zu Hause, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, unbeschränkte Leistungsdauer bei Spitalaufenthalt, Auflösung der Reserven) hat ebenfalls sekundäre Auswirkungen auf dieses System, da es jene Gesundheitskosten vergütete, die von der Krankenversicherung unter der bisherigen Gesetzgebung nicht übernommen wurden. Die Übernahme neuer

Leistungen durch die Krankenversicherung führt zu einer entsprechenden Abnahme der ausgerichteten Ergänzungsleistungen. Umgekehrt könnte die Erweiterung der Kostenbeteiligung auf 10% der Kosten der spitalinternen Pflege zu einer Erhöhung der Ausgaben dieses Systems führen.

Mit Hilfe der Basisdaten und den Schätzungen des BSV kann der Haupteffekt des KVG eruiert werden: Die Abnahme der Zahl der Leistungsbezüger und der Ausgaben, wobei 1996 eine markante Diskontinuität in den Zeitreihen zu beobachten ist. Die sekundären Auswirkungen, die auf die Erweiterung des Angebots an KVG-Leistungen zurückzuführen sind, können im Bereich der Pflegeheime und der Pflege zu Hause detailliert untersucht werden, während die Bereiche der anderen Leistungen, die neu zu Lasten der Krankenversicherung gehen, nur im Rahmen einer Übersicht erfassbar sind.

2.3.3 Sozialhilfe

Analog zum System der Ergänzungsleistungen der AHV und IV kann die Sozialhilfe unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse Personen, die keine AHV- oder IV-Rente beziehen, bei der Bezahlung der Krankenversicherungsprämien und der von den Sozialversicherungen nicht vergüteten Gesundheitskosten unterstützen. Dieser Bereich der sozialen Unterstützung ist jedoch sehr uneinheitlich geregelt; letztlich kann jede Gemeinde über ihr eigenes System verfügen, da dieser Sektor unter die Zuständigkeit der Gemeinden fällt. Leider stehen in diesem Bereich praktisch keine auswertbaren statistischen Daten zur Verfügung, die eine Untersuchung der Auswirkungen des KVG ermöglichen würden. Wir werden indessen die Statistiken der öffentlichen Finanzen untersuchen, um so hoffentlich dieselben markanten chronologischen Diskontinuitäten wie bei den Ergänzungsleistungen identifizieren zu können.

2.4 Quellen und Methoden

Die statistischen Jahresdaten über die Mittelflüsse werden erfasst und für einen möglichst langen Zeitraum retrospektiv dargestellt. Bedingt durch die festgestellten Diskontinuitäten in den statistischen Grundlagen decken diese chronologischen Reihen jedoch einen eher kurzen Zeitraum ab. Die Anforderungen in bezug auf die Einheitlichkeit dieser Reihen und die Gewährleistung der Qualität der Daten schränken die Länge der Beobachtungsperiode deutlich ein.

In diesem Zusammenhang kommt der Statistik der öffentlichen Finanzen eine grosse Bedeutung zu. Deshalb wird in *Anhang A* in das System der öffentlichen Finanzen der Schweiz eingeführt.

Wenn keine ausreichenden statistische Reihen zur Verfügung stehen, wird der Versuch unternommen, auf der Grundlage der verschiedenen statistischen Daten ad hoc Schätzungen vorzunehmen. Die diesen Schätzungen zugrundeliegenden Annahmen werden dargelegt, und die Zuverlässigkeit der Schätzungen wird diskutiert.

Bei mehreren Zeitreihen sind die Entwicklung über einen längeren Zeitraum sowie ihre Volatilität bekannt. Die Abweichungen zwischen 1995 und 1996, die in bezug auf die vor der Einführung des KVG beobachteten Entwicklung eine Diskontinuität darstellen, werden daher als Auswirkungen der neuen Gesetzgebung betrachtet, es sei denn, dass für diese Abweichungen Erklärungen rein technischer Natur angeführt werden können.

2.4.1 Krankenversicherung

Bei der finanziellen Analyse der Krankenversicherung wird der Schwerpunkt auf die Jahre 1994, 1995 und 1996 gelegt. Nur mit einem solch kurzen Zeitraum kann die erforderliche Einheitlichkeit gewährleistet werden; der 1994 geschaffene

Abrechnungsrahmen erlaubt im Prinzip keine Vergleiche mit den früher erfassten Daten.

Zusätzlich zu den aggregierten Ausgaben und Einnahmen ermöglicht die Krankenkassenstatistik des BSV auch Analysen der Variablen, die vom KVG beeinflusst werden und deren finanzielle Konsequenzen bestimmbar sind: Kosten und Finanzierung pro einzelne Versicherungsart (Grundversicherung, Taggelder, Zusatzversicherungen), finanzielle Reserven der Kassen.

2.4.2 Gesundheitssystem

Die Mittelflüsse innerhalb des Gesundheitssystems und insbesondere der Leistungserbringer werden auf der Grundlage von chronologischen Reihen der Statistik des BFS über die Kosten des Gesundheitssystems untersucht.

Die erwartete Zunahme des Finanzierungsanteils der Krankenversicherung infolge der Ausweitung des Leistungskatalogs und die damit verbundene Abnahme des Anteils der Haushalte im Jahre 1996 ist bei weitem nicht die einzige Auswirkung, die analysiert wird. Die Schwankungen der Finanzierungsanteile der öffentlichen Hand - Bund, Kantone, Gemeinden - werden nicht nur im Zeitraum von 1995 bis 1996, sondern auch in bezug auf die vorhergehenden Jahre untersucht. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Erwartungen im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des KVG Auswirkungen auf die Zeitreihen der Jahre 1993 bis 1995 haben können.

2.4.3 Systeme der sozialen Sicherheit

Was die relevanten Systeme der sozialen Sicherheit anbelangt, stehen nur wenige befriedigende chronologische Reihen zur Verfügung. Ad-hoc-Schätzungen sind daher die Regel.

Bei den Ergänzungsleistungen ergibt die Untersuchung der Zahl der Leistungsbezüger und der Gesamtausgaben eine deutliche Diskontinuität zwischen 1995 und 1996. Die Aufgliederung dieser Grössen ermöglicht eine detailliertere Analyse der chronologischen Reihen und erlaubt es, die **Dynamik** des Systems der Ergänzungsleistungen aufzuzeigen. Eine Analyse der verschiedenen Komponenten, die bei der Berechnung der EL berücksichtigt werden, führt ebenfalls zu interessanten Ergebnissen. Eine solche **statische** Analyse, die auf dem Stand der Leistungsbezüger im März 1995 beruht und die seit dem Inkrafttreten des KVG eingetretenen Veränderungen miteinbezieht, zeigt auf, welche potentiellen finanziellen Auswirkungen das KVG auf die EL hat.

Die Sozialhilfe wird auf der Grundlage der von den Kantonen zur Verfügung gestellten Informationen und Daten untersucht. Eine umfassende Analyse ist indessen nicht möglich, da sich einerseits das Umfeld KVG-Sozialhilfe noch in einer Anpassungsphase befindet und andererseits die erforderlichen Daten weitgehend nicht zur Verfügung stehen. Auf der Basis der direkten Kontakte mit den Kantonen (Expertenbefragung) kann jedoch trotzdem eine - vorerst nur grobe - Schätzung der Auswirkungen des KVG auf die in der Schweiz bestehenden Systeme der sozialen Sicherheit vorgenommen werden.

3 Finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Als erstes muss die Krankenversicherung selbst einer Analyse unterzogen werden. Das KVG führt in mehreren Bereichen, die bereits erläutert wurden, zu zusätzlichen Ausgaben und bewirkt auf dem Gebiet der Finanzierung verschiedene Umstrukturierungen.

Der Analyse liegen die Betriebsrechnungen aller Krankenkassen gemäss der Statistik des BSV zu Grunde. Leider ist der Untersuchungszeitraum sehr kurz, denn er umfasst lediglich die Jahre 1994 bis 1996. Aufgrund des 1994 eingeführten Kontenplans sind keine ausreichend differenzierten Vergleiche mit den Vorjahren möglich. Hingegen ermöglicht dieser Kontenplan neue Analysemöglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf eine striktere Unterscheidung zwischen den Mittelflüssen der obligatorischen Versicherung und jenen der Zusatzversicherungen.

3.1 Ansatz in bezug auf die Kosten und die Finanzierung

Fragestellung:

Während der Referendumskampagne zum KVG wurden verschiedene Zahlen zu den zusätzlichen Kosten und zur neuen Aufteilung der Finanzierung der Krankenversicherung vorgebracht. Können diese Schätzungen drei Jahre danach von den vorliegenden Daten bestätigt werden?

Einleitend möchten wir darauf hinweisen, dass in der Diskussion über die Krankenversicherung nur selten eine ausreichende Unterscheidung zwischen den Kosten und den Ausgaben einerseits und den Finanzierungen und Einnahmen andererseits vorgenommen wird. In der Regel wird übersehen, dass alle Krankenkassen zusammen als ein System der sozialen Sicherheit betrachtet

werden müssen, dessen finanzielles Gleichgewicht nicht automatisch gegeben ist. Insbesondere die Kosten der finanziellen Reserven werden oft unterschätzt. So hat beispielsweise die Gesamterhöhung der Reserven der Krankenkassen die Betriebsrechnung 1994 mit 966 Millionen Franken belastet (Fr. 140 pro Einwohner), während sie 1995 nur Fr. 396 Mio. betrug. Würde sich eine solche Schwankung unverzüglich auf die Prämien auswirken, wären diese - ohne im Zusammenhang mit den Gesundheitskosten zu stehen - im Vergleich zum Vorjahr um 4.6% gesunken. Mit anderen Worten beliefen sich die Kosten Reserveaufbaus 1994 auf 6.8% der Prämien, während sie 1995 auf einen Anteil von 2.7% sanken. 1996 griffen die Krankenkassen auf Reserven in Höhe von Fr. 227 Mio. (1.4% der Prämien) zurück, wodurch der Prämienanstieg abgeschwächt werden konnte.

Tabelle 3.1: Kosten und Finanzierung der Krankenversicherung, Schätzungen während der Referendumskampagne und spätere statistische Daten

Wichtigsten Akteure der Finanzierung	Schätzung KVG-Referendum für das Jahr 1996				Effektive Zahlen gemäss den Statistiken des BSV und der EFV					
	altes Recht		neues Recht		1994		1995		1996	
	Mio Fr.	%	Mio Fr.	%	Mio Fr.	%	Mio Fr.	%	Mio Fr.	%
Bund und Kantone ¹⁾	2'030	12.5	2'470	13.7	1'932	15.9	2'085	16.7	1'816	12.5
Beteiligung der Versicherten	1'850	11.4	2'590	14.4	1'259	10.3	1'290	10.3	1'678	11.5
Prämien ²⁾	12'410	76.2	12'970	71.9	8'986	73.8	9'126	73.0	11'035	76.0
Total	16'290	100.0	18'030	100.0	12'177	100.0	12'501	100.0	14'529	100.0

1) Statistik der öffentlichen Finanzen, Netto-Finanzbedarf; für 1996, gemäss Abrechnungen BSV.

2) Bruttoprämien, siehe Tabelle 3.2 und Tabelle 3.3

Quelle: BSV, EFV

Angesichts der Ungenauigkeit der während der Referendumskampagne zur Verfügung stehenden Schätzungen war es sicherlich gerechtfertigt, die Kosten und die Finanzierung nur grob anzugeben. Die Tabelle 3.1 enthält die damals, für ein

fiktives Jahr¹ nach dem Inkrafttreten des Gesetzes (1996) unternommenen Schätzungen, denen wir Zahlen aus den Statistiken der Jahre 1994 bis 1996 gegenüberstellen.

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass die Krankenkassen 1996, d.h. im Jahr des Inkrafttretens des neuen Gesetzes, ungefähr Fr. 14.5 Mrd. für Pflegeleistungen im Rahmen der Grundversicherung aufgewendet haben, während diese Summe auf Fr. 18 Mrd. geschätzt worden war. Diese insgesamt beträchtliche Differenz ist rückblickend auf verschiedene Faktoren zurückzuführen:

- Als erstes hatten die für die Referendumskampagne vorgenommenen Schätzungen den Zweck, die finanziellen Auswirkungen des KVG aufzuzeigen; sie waren somit keine Prognosen für das Jahr 1996. Im ersten Jahr war es nicht möglich, alle Auswirkungen des neuen Gesetzes in ihrem vollen Umfang festzustellen. Die entsprechenden Konsequenzen müssen über einen längeren Zeitraum erfasst und ausgewertet werden.
- Zum zweiten basierten die während der Referendumskampagne vorgebrachten Schätzungen auf Statistiken der Krankenversicherung von 1992 und auf einer angenommenen jährlichen Zunahme von 7%, während sie sich in Wirklichkeit auf ungefähr 5% belief.
- Drittens beruhte die Höhe der Prämien auf Schätzungen der Ausgaben. Ein solches Vorgehen führt unweigerlich zu mehreren Ungenauigkeiten bei den Verwaltungskosten, der Rückversicherung, der Bildung von Reserven und Rückstellungen und den übrigen Betriebskosten.

Trotz der deutlichen Differenz zwischen der Gesamtschätzung der Ausgaben und den statistischen Daten des Jahres 1996 kann eine Analyse der Finanzierung entsprechend den drei Finanzierungsquellen vorgenommen werden: Prämien, Kostenbeteiligung der Versicherten und öffentliche Beiträge.

¹ Die Schätzungen beziehen sich nicht auf 1996, sondern auf ein Jahr nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, wenn dieses in bezug auf den Ausbau der Leistungen all seine Wirkungen entfaltet hat.

Die Überprüfung der Schätzungen der Finanzierungsanteile macht auch erhebliche Abweichungen deutlich. Die öffentlichen Beiträge (Bund und Kantone) sollten sich auf Fr. 2.5 Mrd. (13.7%) belaufen, während sie tatsächlich lediglich Fr. 1.8 Mrd. (12.5%) betragen. Was die Kostenbeteiligung der Versicherten anbelangt, ging man bei den Schätzungen von einem Finanzierungsanteil von 14.4% aus; die Statistiken der Krankenkassen weisen jedoch für 1996 einen Anteil von nur 11.5% aus. Es trifft indessen zu, dass dieser Anteil noch ansteigen dürfte, da in den Zahlen der Betriebsrechnungen von 1996 wahrscheinlich ein erheblicher Anteil von Kosten des Vorjahres enthalten ist, d.h. von Kosten, die vor der Einführung von höheren Franchisen und Selbstbehalten angefallen sind.

Die Finanzierung durch die Prämien sollte auf 72% zurückgehen. In Wirklichkeit belief sich ihr Anteil 1996 auf 76%, wodurch der Finanzierungsanteil der anderen Finanzierungsquellen (öffentliche Hand und Kostenbeteiligung der Versicherten) entsprechend geringer ausfiel.

Folgerung 3.1:

Ein Vergleich der während der Referendumskampagne vorgenommenen Schätzungen der zusätzlichen Ausgaben der Krankenkassen mit den statistischen Ergebnissen ergibt keine wirklich aussagekräftigen Resultate. Aus verschiedenen technischen Gründen und infolge der beschränkten Verfügbarkeit von relevanten Daten waren die Schätzungen der Gesamtausgaben möglicherweise zu hoch. Aufgrund der zu hohen Schätzung der öffentlichen Beiträge zur Krankenversicherung und der Kostenbeteiligung der Versicherten wiesen die Schätzungen in bezug auf die Finanzierungsstruktur erhebliche Abweichungen auf.

3.2 Die konsolidierte Betriebsrechnung der Krankenkassen

Fragestellung:

Welche Entwicklung weisen die Kosten- und die Finanzierungsstruktur der Krankenkassen von 1994 bis 1996 insgesamt auf?

Die Zahlen des finanziellen Teils der BSV-Statistik sind gemäss den in der Tabelle 3.2 enthaltenen analytischen Kategorien unterteilt.

Die Ausgaben in der Krankenversicherung werden in den drei folgenden Kostenkategorien ausgewiesen: Kosten der Leistungen, Verwaltungskosten und sonstige Kosten. Obwohl die sonstigen Kosten nur einen geringen prozentualen Anteil an den Gesamtkosten aufweisen, muss ihnen infolge ihrer jährlichen Schwankungen Aufmerksamkeit geschenkt werden, da damit die zeitlichen Unterschiede zwischen der Erhöhung der Gesundheitskosten und der Zunahme der Versicherungsprämien erklärt werden können. Die sonstigen Kosten setzen sich aus den Erhöhungen der Rückstellungen und Reserven, den Nettokosten der Rückversicherung, dem Risikoausgleichfonds und dem Nettoergebnis (Gewinne abzüglich Verluste der Betriebsrechnung) der Krankenkassen zusammen.

Was die Einnahmen anbelangt, entsprechen die aufgelisteten Beträge der Finanzierung, die in vier Kategorien unterteilt ist: die Versicherungsprämien, die Kostenbeteiligung der Versicherten, die öffentlichen Beiträge sowie die Kapitalerträge und die ausserordentlichen Erträge. Die Kostenbeteiligung der Versicherten wird in diesem analytischen Rahmen als eine Finanzierungsart betrachtet. Im Kontenplan und in der Statistik des BSV sind sie unter Abzug der Kosten der Leistungen enthalten. In diesem Bericht sind sie Gegenstand einer besonderen Untersuchung (siehe Tabelle 3.7).

Tabelle 3.2: Analytische Betriebsrechnung der Krankenversicherung (einschliesslich der Zusatzversicherungen und der Taggeldversicherung)

	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Kosten								
<i>Leistungen</i>								
Taggelder	983	5.6	1'017	5.7	872	4.7	3.5	-14.3
Grundversicherung	10'834	62.1	11'332	63.5	12'529	66.9	4.6	10.6
Zusatzversicherung	3'456	19.8	3'807	21.3	4'043	21.6	10.2	6.2
Kosten der Leistungen	15'273	87.5	16'157	90.6	17'444	93.1	5.8	8.0
Verwaltungskosten	1'214	7.0	1'279	7.2	1'515	8.1	5.3	18.5
Amortisationen	18	0.1	24	0.1	40	0.2	33.5	64.6
Andere Betriebskosten	8	0.0	17	0.1	4	0.0	107.2	-77.9
Andere Betriebsprodukte	-32	-0.2	-32	-0.2	-39	-0.2	-0.9	-21.4
Verwaltungskosten	1'208	6.9	1'288	7.2	1'520	8.1	6.6	18.0
Veränderung der Rückstellungen und Reserven	362	2.1	250	1.4	72	0.4	-31.1	-71.2
Rückversicherung (netto)	50	0.3	36	0.2	65	0.3	-27.8	81.0
Risikoausgleich	81	0.5	-8	0.0	-50	-0.3	-110.0	-519.8
Gewinn der Betriebsrechnung	522	3.0	254	1.4	161	0.9	-51.3	-36.8
./ . Verlust der Betriebsrechnung	-48	-0.3	-136	-0.8	-474	-2.5	-182.1	-249.4
Sonstige Kosten	967	5.5	396	2.2	-227	-1.2	-59.1	-157.3
Total	17'448	100.0	17'841	100.0	18'736	100.0	2.2	5.0
Finanzierung								
<i>Versicherungsprämien (brutto)</i>								
Taggeldversicherung	1'052	6.0	1'073	6.0	834	4.5	2.0	-22.3
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutische Behandlung	8'986	51.5	9'126	51.2	11'035	58.9	1.6	20.9
Zusatzversicherung	4'151	23.8	4'331	24.3	4'550	24.3	4.3	5.1
Prämien	14'189	81.3	14'530	81.4	16'420	87.6	2.4	13.0
<i>Kostenbeteiligung der Versicherten</i>								
Grundversicherung, medizinisch-pharmazeutische Behandlung	1'259	7.2	1'290	7.2	1'679	9.0	2.5	30.1
Zusatzversicherung	87	0.5	105	0.6	99	0.5	20.2	-5.5
Kostenbeteiligung	1'347	7.7	1'395	7.8	1'778	9.5	3.6	27.4
Öffentliche Beiträge (incl. FL)	1'615	9.3	1'549	8.7	161	0.9	-4.1	-89.6
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	298	1.7	367	2.1	378	2.0	23.2	3.1
Total	17'151	100.0	17'474	100.0	18'358	100.0	1.9	5.1

Quelle: BSV

3.2.1 Analyse nach Kostenarten

Kosten der Leistungen

Die Kosten der Leistungen beliefen sich 1996 auf Fr. 17.4 Mrd. Die Zunahme entsprach einem Betrag von Fr. 1.3 Mrd. (+8.0%), während sie 1995 +5.8% betragen hatte. Die vermehrte Kostensteigerung im Jahre 1996 war eine Auswirkung des KVG, die durch den erheblichen Abbau der Leistungen der Taggeldversicherung deutlich abgeschwächt wurde. Die Zusatzversicherungen verharren bei einem Kostenanteil von etwa 21.6%.

Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten weisen eine zunehmende Tendenz auf: während sie im Jahre 1994 einen Anteil an den Gesamtkosten von 6.9% aufwiesen, stiegen sie 1995 auf 7.2% an, um dann 1996 auf einen Anteil von 8.1% hochzuschnellen. Damit lagen sie in diesem Jahr bei insgesamt Fr. 1.5 Mrd. Dieser Anstieg ist möglicherweise auf eine direkte, nicht beabsichtigte Auswirkung des KVG zurückzuführen. Aufgrund der ihnen vom Gesetz zugewiesenen neuen Rolle sahen sich die Krankenversicherer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Gesetzes mit einer Zunahme der administrativen Arbeiten (neue Prämienberechnungen usw.) konfrontiert.

Sonstige Kosten

Die sonstigen Kosten entsprechen dem gesamten Betriebsergebnis, d.h. der Summe aus den Veränderungen der Reserven und Rückstellungen, dem Nettoergebnis der Rückversicherung, dem Risikoausgleich und dem aus dem Betriebsergebnis resultierenden Betriebsgewinn oder -verlust.

Die sonstigen Kosten gingen von Fr. 967 Mio. (5.5%) im Jahre 1994 auf Fr. 396 Mio. (2.2%) im Jahre 1995 zurück. 1996 wiesen sie sogar mit Fr. - 227 Mio. einen

negativen Wert auf (-1.2%). Durch eine Vereinfachung der Analyse dieser Kosten wird deutlich, dass die Bildung von Reserven im Zusammenhang mit den Ausgaben insgesamt gesehen rasch abnimmt; 1996 lösten die Kassen gar Fr. 227 Mio. an Reserven auf (negative sonstige Kosten). Diese Abnahme kann nicht in erster Linie als eine Auswirkung des KVG betrachtet werden, da das neue Gesetz keine zusätzlichen Bestimmungen über die Reserven und zum finanziellen Gleichgewicht der Krankenkassen enthält.

3.2.2 Analyse nach Finanzierungsarten

Die Finanzierungsstruktur war 1996 durch ein praktisch vollständiges Verschwinden der öffentlichen Beiträge (Fr. 161 Mio., was 0.9% der Gesamteinnahmen entspricht) aus der konsolidierten Betriebsrechnung der Krankenkassen gekennzeichnet. Dieser eher buchhalterische als finanzielle Effekt war die Folge der "Umleitung" des Flusses der öffentlichen Beiträge, die zuvor in der Regel an die Krankenkassen gingen und die seit 1996 direkt an die Versicherten ausgeschüttet werden.

Prämien

Die Prämien sind bei weitem die wichtigste Finanzierungsquelle. Vor dem Inkrafttreten des KVG stellten sie einen Finanzierungsanteil von 81% dar; 1996 stieg ihr Anteil auf beinahe 88% an. Diese Zunahme ist hauptsächlich auf die oben erwähnte "Umleitung" des Flusses der öffentlichen Beiträge zurückzuführen.

Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung nimmt tendenziell zu. Nachdem sie bereits 1995 angestiegen waren (+3.6%), brachte das KVG den vom Gesetzgeber beabsichtigten Effekt (+27%), mit diesem Instrument den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen. Aus der Tatsache, dass die Kostenbeteiligung 1996 einen

Finanzierungsanteil von 9.5% aufweist, muss der Schluss gezogen werden, dass die neue Gesetzgebung diesbezüglich noch nicht voll zum tragen gekommen ist. Die genauen Auswirkungen werden auch in den kommenden Jahren nur schwierig abzuschätzen sein, da zum einen in den Betriebsrechnungen noch ein erheblicher Teil von Rechnungen für Leistungen enthalten sind, die während des Vorjahres erbracht wurden und zum andern bereits für 1998 Franchisenerhöhungen in der Grundversicherung beschlossen wurden.

Die Auswirkungen der höheren und wählbaren Franchisen (300, 600, 1'200 und 1'500 Franken) auf diesen Parameter können in diesem Bericht nicht abgeschätzt werden. Im Rahmen einer Analyse spezieller Versicherungsformen [*Prognos AG* (1998)] wurde eine Untersuchung über jene Gesundheitskosten durchgeführt, die von den Patienten infolge höherer Franchisen getragen werden müssen. Diese Untersuchung zeigte, dass die Versicherten 1994 mit einer Franchise von Fr. 350 durchschnittlich Rechnungen für Pflegeleistungen in Höhe von Fr. 27 selbst zu übernehmen hatten und somit nicht ihren Krankenkassen übergeben konnten. Bei einer Franchise von Fr. 600 beliefen sich diese Kosten auf Fr. 55 und bei einer Franchise von Fr. 1'200 auf Fr. 139.

Angesichts der sehr geringen Kostenbeteiligung im Bereich der Zusatzversicherungen kann die 1996 erfolgte Zunahme als eine Auswirkung des KVG betrachtet werden.

Öffentliche Beiträge

Wie oben bereits erläutert wurde, hat die "Umleitung" des Flusses der öffentlichen Beiträge dazu geführt, dass diese Finanzierungsform hinsichtlich der Einnahmen der Krankenkassen nur noch von marginaler Bedeutung ist (Fr. 1.5 Mrd. im Jahre 1995, Fr. 0.2 Mrd. im Jahre 1996). Dabei handelt es sich jedoch um einen in erster Linie buchhalterischen Effekt des KVG, der überhaupt keinen Zusammenhang mit der tatsächlichen öffentlichen Finanzierung der Krankenversicherung aufweist, die in den anderen Kapiteln dieses Berichts analysiert wird.

Kapitalerträge und ausserordentlichen Erträge

In den Jahren 1994 bis 1996 belief sich der Anteil der Kapitalerträge und der ausserordentlichen Erträge auf etwa 2% der Gesamteinnahmen. Grundsätzlich sollte dieser Finanzierungsanteil durch das am Kapitalmarkt herrschende Zinsniveau und die Höhe der Guthaben der Krankenkassen (Reserven, Kapital, Rückstellungen) beeinflusst werden.

Folgerung 3.2:

Aus der Überprüfung der konsolidierten Betriebsrechnung der Krankenkassen lässt sich die folgende Entwicklung erkennen:

Was die Kosten (Ausgaben) anbelangt, nimmt der Anteil der Leistungen zu. Dies ist zum Teil auf die Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung zurückzuführen, die ihrerseits zu höheren Kosten im Zusammenhang mit den Krankenpflegeleistungen führt. Die Verwaltungskosten weisen ebenfalls erhebliche Zuwachsraten auf. Die sonstigen Kosten hingegen nehmen ab und führen sogar zu einem Abbau der Reserven.

Im Bereich der Finanzierung (Einnahmen) fällt insbesondere der buchhalterische Effekt auf, der im Zusammenhang mit der "Umleitung" des Flusses der öffentlichen Beiträge steht. Der Anteil der Beiträge ist auf 0.9% der Gesamteinnahmen gefallen. Die Finanzierungsanteile "Prämien" und "Kostenbeteiligung" steigen infolge des oben erwähnten buchhalterischen Effekts an. Für diesen Anstieg ist auch die Absicht des Gesetzgebers verantwortlich, den Leistungskatalog der Grundversicherung auszuweiten und die Kostenbeteiligung zu erhöhen, um damit die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen abzuschwächen.

3.3 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Grundversicherung

Fragestellung:

Hat sich die defizitäre Lage der Grundversicherung mit dem Inkrafttreten des KVG wesentlich verschärft?

Die Grundversicherung ist die von den Krankenkassen angebotene obligatorische und soziale Versicherung, deren gesetzliche Grundlage im KVG besteht. Das Gesetz sieht vor, dass die Versicherer eine Taggeldversicherung für den Krankheitsfall sowie Zusatzversicherungen für Behandlungskosten anbieten können, die über den von der Grundversicherung abgedeckten Leistungskatalog hinausgehen.

Der derzeit angewendete Kontenplan setzt für die Leistungen und die Prämien der verschiedenen Versicherungsarten getrennte Konten voraus. Die Statistik der Krankenversicherung der Jahre 1994 bis 1996 ermöglicht diese Unterscheidung indessen nicht für die gesamte Kosten- und Finanzierungsstruktur. Durch die verschiedenen kleinen Unterschiede zwischen der konsolidierten Betriebsrechnung der Krankenkassen und den Konten der verschiedenen Versicherungsarten (Grundversicherung, Taggeldversicherung und Zusatzversicherungen) wird die Analyse der Ergebnisse nach Versicherungsart jedoch nicht in Frage gestellt.

Da die Grundversicherung die Haupttätigkeit der Krankenkassen darstellt, liegt es auf der Hand, dass in der Analyse der Kosten- und Finanzierungsstruktur mehrere Elemente behandelt werden, die in der konsolidierten Betriebsrechnung bereits aufgezeigt wurden: Auf der Kostenseite eine Zunahme des Anteils der Leistungen, ein ausserordentlich starker Rückgang der sonstigen Kosten (Abbau von Reserven) und eine Zunahme der Verwaltungskosten. Die Finanzierungsseite zeichnet sich durch einen Rückgang der öffentlichen Beiträge in den

Betriebsrechnungen der Krankenkassen verbunden mit einem deutlichen Anstieg der Prämien (Bruttoprämien) aus. Weiterhin nimmt die Kostenbeteiligung der Versicherten zu. Das Niveau der Kapitalerträge und der arordentlichen Erträge bleibt hingegen stabil.

Tabelle 3.3: Kosten und Finanzierung der Grundversicherung, 1994 bis 1996

	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Kosten								
Leistungen	10'834	87.9	11'332	91.1	12'529	95.3	4.6	10.6
Verwaltung	801	6.5	823	6.6	937	7.1	2.8	13.8
Sonstige Kosten ¹⁾	686	5.6	278	2.2	-323	-2.5	-59.5	-216.4
Total	12'321	100.	12'433	100.	13'142	100.	0.9	5.7
Finanzierung								
Versicherungsprämien (brutto)	8'986	74.7	9'126	74.9	11'035	84.1	1.6	20.9
Kostenbeteiligung	1'259	10.5	1'290	10.6	1'679	12.8	2.5	30.1
Öffentliche Beiträge	1'595	13.3	1'535	12.6	140	1.1	-3.7	-90.9
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	189	1.6	230	1.9	261	2.0	22.2	13.2
Total	12'029	100.	12'182	100.	13'115	100.	1.3	7.7

1) vgl. Tabelle 3.2

Quelle: BSV

Die Analyse der Ergebnisse kann noch vereinfacht werden, indem ausschliesslich die Prämien und Leistungen betrachtet werden. Dafür spricht nicht nur, dass sich die politische Diskussion auf diese beiden Punkte konzentriert, sondern auch eine häufige Vermischung beider Parameter. Der Unterschied zwischen den Prämien und der Kostenbeteiligung auf der einen Seite und den Leistungen auf der anderen Seite entspricht einer Bruttomarge (Tabelle 3.4), die bei jeder Versicherungsart wichtige Informationen über die Entwicklung der Defizite oder Gewinne der Krankenkassen liefert.

In der Grundversicherung hat sich die Bruttomarge von 1994 bis 1996 erheblich verschlechtert. Sie hat von beinahe einer Milliarde Franken auf Fr. 326 Mio. abgenommen. 1994 konnten in der Grundversicherung dank der Bruttomarge noch Reserven gebildet werden, denn die Verwaltungskosten in Höhe von Fr. 800 Mio. waren gedeckt. 1995 nahm die Bruttomarge jedoch deutlich ab, und im Rahmen der Grundversicherung wurde mit dem Abbau der Reserven begonnen, wobei ein "Defizit" von ca. Fr. 200 Mio. anfiel (Bruttomarge abzüglich der Verwaltungskosten). 1996 wurde diese Versicherungsart eindeutig defizitär. Die Bruttomarge betrug nur noch Fr. 326 Mio., während sich die Verwaltungskosten auf Fr. 937 Mio. beliefen. Dies ergibt ein Defizit von ungefähr Fr. 600 Mio.

Tabelle 3.4: Prämien und Leistungen der Grundversicherung

Jahr	Anzahl der Versicherten	Prämien, Kostenbeteiligung und Beiträge		Leistungen		Bruttomarge	
		Mio. Fr. Total	Fr. pro Versicherten	Mio. Fr. Total	Fr. pro Versicherten	Mio. Fr. Total	Fr. pro Versicherten
1994	7'131'653	11'840	1'660	10'834	1'519	1'006	141
1995	7'166'317	11'951	1'668	11'332	1'581	619	86
1996	7'194'754	12'855	1'787	12'529	1'741	326	45

Quelle: BSV

Folgerung 3.3

Die defizitäre Lage der Krankenkassen im Bereich der Grundversicherung hat sich von 1994 bis 1996 deutlich verschärft.

3.4 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Taggeldversicherung

Fragestellung:

Hat die Taggeldversicherung einen wesentlichen Einfluss auf das finanzielle Gleichgewicht der Krankenkassen?

Die Betriebsrechnung des Bereichs "Taggelder" weist eine ungewisse Entwicklung auf. 1996 indessen war durch einen Rückgang der Bruttoprämien um über 20% gekennzeichnet. Dieser Rückgang war von besonderer Bedeutung, weil die Prämien 97.5% der Einnahmen entsprechen und der Rückgang abrupt erfolgte. Dabei handelt es sich wohl um eine indirekte Auswirkung des KVG, da die neue Gesetzgebung bei dieser Versicherungsart keine direkten Umgestaltungen mit sich bringt.

Tabelle 3.5: Kosten und Finanzierung der Taggeldversicherung, 1994 - 1996

	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Kosten								
Leistungen	985.0	91.4	1'019.0	92.4	872.5	101.9	3.5	-14.4
Verwaltung	93.8	8.7	98.9	9.0	80.0	9.3	5.4	-19.1
Sonstige Kosten ¹⁾	-1.2	-0.1	-15.3	-1.4	-96.5	-11.3	1'175.0	530.7
Total	1'077.6	100.0	1'102.6	100.0	856.0	100.0	2.3	-22.4
Finanzierung								
Versicherungsprämien (brutto)	1'052.2	97.6	1'073.1	97.3	834.3	97.5	2.0	-22.3
Kostenbeteiligung	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Öffentliche Beiträge	3.3	0.3	2.4	0.2	2.5	0.3	-27.3	4.2
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	22.1	2.1	27.1	2.5	19.2	2.2	22.6	-29.2
Total	1'077.6	100.0	1'102.6	100.0	856.0	100.0	2.3	-22.4

1) vgl. Tabelle 3.2

Quelle: BSV

Das finanzielle Gleichgewicht ist ebenfalls gestört. 1996 lag die Prämiensumme erstmals unter dem Niveau der Leistungen. Die sonstigen Kosten, die gemäss der geltenden Definition ein Gradmesser für die Gewinnmarge sind, sanken entsprechend und erreichten 1996 einen Fehlbetrag von Fr. 96 Mio. Die Verwaltungskosten sind dabei in keiner Weise gedeckt.

Das finanzielle Situation der Krankenkassen wird durch die Taggeldversicherung jedoch nur unwesentlich berührt, da diese Einnahmen weniger als 5% der Gesamtfinanzierung ausmachen.

Folgerung 3.4

Die defizitäre Lage der Krankenkassen im Bereich der Taggeldversicherung hat sich von 1994 bis 1996 erheblich verschärft, doch hat dies auf das finanzielle Gleichgewicht der Krankenkassen keinen wesentlichen Einfluss.

3.5 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung der Zusatzversicherungen

Fragestellung:

Weisen die Zusatzversicherungen im Bereich der Kosten und der Finanzierung eine Entwicklung auf, die als Auswirkung des KVG betrachtet werden kann?

Die Analyse der Kosten und der Finanzierung der Zusatzversicherungen muss zunächst gesamthaft erfolgen. Im Gegensatz zu den anderen Versicherungsarten lassen sich 1996 für diese Versicherungsart keine Diskontinuitäten erkennen. Während des Betrachtungszeitraums (1994 - 1996) stiegen die Kosten und die Prämien in einem für die Krankenversicherung verhältnismässig normalen Rhythmus an. Während die Prämien jährlich um weniger als 5% anstiegen, nahmen die Kosten schneller zu (8%). In diesem Bereich ist die Entwicklung der Finanzausstattung somit ebenfalls ungünstig. Die sonstigen Kosten (Bildung von

Reserven) sind Ausdruck dieser Verschlechterung: 1994 beliefen sie sich auf Fr. 572 Mio., 1996 gingen sie auf Fr. 206 Mio. zurück.

Die vollständige Herausnahme der Zusatzversicherungen aus dem KVG und ihre Anbindung an das VVG (Gesetz über den Versicherungsvertrag) hat indessen ihre vollständige rechtliche Wirkungen erst am 1. Januar 1997 entfaltet. Mit den bis heute zur Verfügung stehenden Zahlen kann die erwartete, vom KVG indirekt ausgelöste Auswirkung - die Einschränkung des Marktes der Zusatzversicherungen aufgrund der Ausweitung des Leistungskatalogs in der Grundversicherung - nicht bestätigt werden.

Tabelle 3.6: Kosten und Finanzierung der Zusatzversicherungen, 1994 - 1996

	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Kosten								
Leistungen	3'455.7	79.6	3'807.4	83.6	4'043.0	84.9	10.2	6.2
Verwaltung	313.7	7.2	366.1	8.0	515.7	10.8	16.7	40.9
Sonstige Kosten ¹⁾	572.3	13.2	382.3	8.4	205.7	4.3	-33.2	-46.2
Total	4'341.7	100.0	4'555.8	100.0	4'764.4	100.0	4.9	4.6
Finanzierung								
Versicherungsprämien (brutto)	4'150.9	97.6	4'331.1	97.4	4'550.1	97.5	4.3	5.1
Kostenbeteiligung	87.2	2.0	104.4	2.3	99.0	2.1	19.7	-5.2
Öffentliche Beiträge	16.5	0.4	10.9	0.2	17.5	0.4	-33.9	60.6
Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge	87.1	2.0	109.4	2.5	97.8	2.1	25.6	-10.6
Total	4'254.6	100.0	4'446.4	100.0	4'666.6	100.0	4.5	5.0

1) vgl. Tabelle 3.2

Quelle: BSV

Was die Kostenstruktur anbelangt ist festzuhalten, dass die Verwaltungskosten hohe Zuwachsraten aufweisen und über dem Niveau der Verwaltungskosten der Grundversicherung liegen.

Im Bereich der Finanzierung ist die Struktur durch grosse Stabilität gekennzeichnet. Öffentliche Beiträge bestehen praktisch keine, und die Kostenbeteiligung ist sehr bescheiden.

1995 wiesen die Zusatzversicherungen der Krankenkassen ein Prämienvolumen von insgesamt Fr 4'331.1 Mio. sowie ein Leistungsvolumen von Fr. 3'807.4 Mio. auf (vgl. Tabelle 3.6). Der Bereich der Zusatzversicherungen setzt sich jedoch aus sehr unterschiedlichen Versicherungsverträgen zusammen. Die Statistik des BSV für das Jahr 1995 enthält insbesondere in bezug auf das Prämienvolumen detaillierte Zahlen zu den folgenden Bereichen:

– Privatpatientenzusatzversicherung	172.9 Mio. Fr.
– freiwillige Spitaltaggeldversicherung	65.2 Mio. Fr.
– Spitalbehandlungskostenversicherung	111.2 Mio. Fr.
– kombinierte Spitalversicherung	2'812.7 Mio. Fr.
– HMO-Kombiversicherung	4.1 Mio. Fr.
– Zahnpflegeversicherung	109.7 Mio. Fr.
– Ferien- und Reiseversicherung	15.0 Mio. Fr.
– Alternativmedizin-Versicherung	180.7 Mio. Fr.
– Hauspflegeversicherung	6.1 Mio. Fr.
– andere Versicherungen	810.7 Mio. Fr.

Angesichts der Vielzahl von Versicherungsprodukten ist eine umfassende Analyse der Zusatzversicherungen nicht möglich. Die "kombinierte Spitalversicherung" hingegen kann aufgrund der Bedeutung der Prämieinnahmen - zwei Drittel des Prämienvolumens der Zusatzversicherungen - und infolge ihrer Ähnlichkeit mit anderen Versicherungen, welche die private und halbprivate Hospitalisierung abdecken, einer genaueren Untersuchung unterzogen werden.

Was diese Versicherungsart anbelangt, ist als erstes auf die Zahl der Versicherten hinzuweisen. 1995 bestanden über fünf Millionen Verträge mit insgesamt sieben Millionen Versicherten. Mehr als zwei Drittel der Versicherten verfügten über eine Zusatzversicherung dieses Typs. Unter Berücksichtigung der gedeckten Leistungen kann eine durchschnittliche Monatsprämie von Fr. 47 berechnet werden. Mit einer solchen Prämie sind die zusätzlichen Kosten eines Spitalaufenthalts in einer halbprivaten Abteilung, einer privaten Abteilung oder einer Privatklinik wahrscheinlich nicht gedeckt. Unter diesen Zusatzversicherungen bestehen somit Verträge, deren zusätzliche Deckung bei Spitalaufenthalt wahrscheinlich sehr beschränkt ist.

Tabelle 3.7: Prämien und Leistungen der kombinierten Spitalversicherung

Jahr	Anzahl Versicherte	Prämien		Leistungen		Bruttomarge	
		Mio. Fr. Total	in Fr. pro Versicherten	Mio. Fr. Total	in Fr. pro Versicherten	Mio. Fr. Total	in Fr. pro Versicherten
1994	5'081'037	2'722	536	2'361	465	361	71
1995	5'028'453	2'813	559	2'573	512	240	48

1) Seit 1996 werden die Zusatzversicherungen in der Statistik des BSV nicht mehr pro Versicherungsart aufgeführt.

Quelle: BSV

Als zweites ist die Bruttomarge zu erwähnen (siehe Tabelle 3.7). Diese sollte im Normalfall positiv sein; sobald dies nicht mehr der Fall ist, ist das finanzielle Gleichgewicht der Krankenkassen gefährdet. Die folgende Frage müsste jedoch einer vertieften Analyse unterzogen werden: Reicht die Marge der Zusatzversicherungen aus, um die Verwaltungskosten und sonstigen Kosten (Bildung von Reserven) zu decken, die spezifisch mit diesem Bereich im Zusammenhang stehen? Die derzeit verfügbaren Zahlen reichen nicht aus, um diese Frage zu beantworten.

Folgerung 3.5:

Die Entwicklung der Zusatzversicherungen im Zusammenhang mit dem KVG ist noch ungewiss. Die erwartete Abnahme der von den Zusatzversicherungen übernommenen Leistungsdeckung kommt in den Statistiken des Jahres 1996 nicht zum Ausdruck.

3.6 Entwicklung der Kostenbeteiligung der Versicherten**Fragestellung:**

Mit dem KVG wurden höhere Franchisen und eine Erhöhung der Selbstbehalte bei der Kostenbeteiligung im Bereich der Spitalbehandlung eingeführt. Wie wirken sich diese Massnahmen auf die Finanzierung der Krankenversicherung aus?

Die Kostenbeteiligung spielt bei der Finanzierung der Grundversicherung eine wichtige Rolle (10.6% im Jahre 1995). Bei der Taggeldversicherung bestehen keine Kostenbeteiligung, und bei den Zusatzversicherungen sind sie unbedeutend (2.1% im Jahre 1996).

Tabelle 3.8: Kostenbeteiligung, Grundversicherung

Jahr	Anzahl Versicherte	Kostenbeteiligung der Versicherten	
		Mio Fr. Total	in Fr. pro Versicherten
1994	7'131'653	1'259	177
1995	7'166'317	1'290	180
1996	7'194'754	1'679	233

Quelle: BSV

Gemäss KVG setzt sich die Kostenbeteiligung der Versicherten zum einen aus der Franchise (fester Betrag pro Jahr) und zum andern aus einem Selbstbehalt von 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten zusammen. Mit dem neuen Gesetz wurde insbesondere eine Ausweitung des Selbstbehalts auf die spitalinterne Pflege eingeführt, während die Versicherten vorher nur bei ambulanten Behandlungen einen Selbstbehalt zu übernehmen hatten.

Die Entwicklung der Kostenbeteiligung muss mit Vorsicht analysiert werden, da mehrere Faktoren die Zahlen nach oben bzw. unten verzerren können. Die durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Versicherten könnte sehr ungleich verteilt sein; bei allen Versicherten, die sich einer guten Gesundheit erfreuen und für die deshalb während des Jahres keine Gesundheitskosten anfallen, ist die Kostenbeteiligung gleich Null. Dasselbe gilt für jene Versicherten, deren Kosten unter dem Franchisenbetrag liegen und die deshalb darauf verzichten können, ihre Rechnungen der Krankenkasse zu übergeben. Die Ausweitung der Kostenbeteiligung auf 10% an der spitalinternen Pflege und die Einführung von frei wählbaren, höheren Franchisen dagegen könnten die Zahlen in die Höhe treiben, wenn die Versicherten ihren Krankenkassen hohe Kosten verursachen. Die Einführung von wählbaren und immer höheren Franchisen (300, 600, 1'200 und 1'500 Franken) während der letzten Jahre muss daher bei der Analyse berücksichtigt werden. 1995 bestanden etwa 700'000 derartige Verträge, was im Vergleich zum Vorjahr einer Zunahme um 9% entsprach. 1996 schnellte die Zahl dieser Verträge auf 2.3 Millionen hoch.

Von 1994 bis 1995 betrug die Zunahme der Kostenbeteiligung pro Versicherten 2%, während sich der Anstieg der Kosten pro Versicherten bei der Krankenpflegekostenversicherung auf 4% belief. Solange die gesetzlichen Regelungen bezüglich der Franchisen und Selbstbehalte keinerlei Änderungen erfuhren (auf ambulante Behandlungen beschränkt, mit einer Obergrenze) - wie dies in den letzten Jahren der Fall war - war dieses Ergebnis zu erwarten.

Der zwischen 1995 und 1996 erwartete Anstieg ist gut zu erkennen. Die Zunahme der Kostenbeteiligung pro Versicherten betrug 30% - Fr. 180 im Jahre 1995, Fr. 233 im Jahre 1996 -, während sich der Anstieg der Kosten pro Versicherten auf 10% belief. Die nächsten Jahre sollten noch durch die Zunahme des Anteils der Kostenbeteiligung an der Finanzierung der Grundversicherung gekennzeichnet sein. Denn ein erheblicher Teil der 1996 beglichenen Rechnungen bezogen sich auf Leistungen, die während des Vorjahres erbracht worden waren. Zudem wurde für 1998 bereits eine Erhöhung der obligatorischen Franchisen beschlossen.

Was die Finanzierungsstruktur der Grundversicherung anbelangt, muss hingegen die Kostenbeteiligung angepasst werden. Der entsprechende Finanzierungsanteil ist von 10.6% auf 12.8% der Gesamteinnahmen gestiegen (Tabelle 3.3).

Folgerung 3.6

Die mit dem KVG eingeführte Erhöhung der Franchisen und der Kostenbeteiligung zeigt ihre ersten Auswirkungen. 1996 ist die durchschnittliche Kostenbeteiligung pro Versicherten um 30% angestiegen. Der Anteil an der Finanzierung der Grundversicherung beträgt 12.8%.

3.7 Entwicklung der finanziellen Reserven

Fragestellung:

Weisen die finanziellen Reserven der Krankenkassen eine dem KVG entsprechende Entwicklung auf? Hat die "Privatisierung" der Zusatzversicherungen bereits Auswirkungen auf die Höhe der Reserven?

Gemäss Artikel 60 KVG wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert. Die Versicherer müssen "... für bereits eingetretene Krankheiten und zur Sicherstellung der längerfristigen Zahlungsfähigkeit ausreichende Reserven" bilden. Zudem ist im Gesetz folgendes

festgelegt: "Die Versicherer weisen die Rückstellungen und Reserven für die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Bilanz gesondert aus" (Abs. 2) und "... führen eine besondere Betriebsrechnung" (Abs. 3).

Gemäss Artikel 78 KVV setzen sich die Reserven zum einen aus einer Sicherheitsreserve und zum andern aus einer Schwankungsreserve zusammen. Die Mindestreserven sind entsprechend der Anzahl der Versicherten festgelegt: so müssen beispielsweise die Kassen mit über 50'000 Versicherten über eine Sicherheitsreserve von 18% der Jahresausgaben und über eine entsprechende Schwankungsreserve von 2% verfügen. Die Mindestreserve entspricht damit 20% der Ausgaben, während Kassen mit 5'000 bis 10'000 Versicherten bereits eine minimale Reserve von 34% der Ausgaben aufweisen müssen.

Tabelle 3.9: Reserven entsprechend der Versichertenzahl pro Kasse, 1995

Anzahl Versicherte pro Kasse	Anzahl Kassen	Anzahl Versicherte (medizinisch-pharmazeutische Leistungen)	Reserven in % der Ausgaben	Mindestreserven, in %
0 - 100	0	0	-	182
101 - 500	22	6'476	160.6	96
501 - 1'000	25	18'140	97.1	73
1'001 - 2'500	35	57'292	66.3	52
2'501 - 5'000	24	89'054	55.1	42
5'001 - 10'000	15	98'451	56.5	34
10'001 - 50'000	20	471'311	29.8	24
50'001 und	25	6'425'593	23.7	20
Total	166	7'166'317	25.1	

Quelle: BSV

1995 wiesen von den 166 Krankenkassen 121 Kassen einen Mitgliederbestand von unter 10'000 Versicherten auf. Jenen 25 Kassen, die über 50'000 Mitglieder zählten, waren 90% der Versicherten angeschlossen. In allen Kategorien lagen die Reserven in % der Ausgaben etwas über den gesetzlichen Mindestreserven (bei den grössten Kassen beispielsweise bei 23.7%, während die KVV 20% vorschreibt).

Die Krankenversicherungsstatistik der Jahre 1994 bis 1996 enthält keine separaten Bilanzen der Grundversicherung einerseits und der Zusatzversicherungen und der Taggeldversicherung andererseits. Ab 1997 sollte die klare Unterscheidung jedoch auch bei allen Ergebnissen des finanziellen Teils dieser Statistik zum Ausdruck kommen. Die nachfolgende Analyse bezieht sich somit auf alle Reserven der Krankenkassen, ohne dass zwischen den einzelnen Versicherungsarten unterschieden wird.

Auch nach Einführung des neuen Kontenplans im Jahre 1994 kann der Krankenversicherungsstatistik weiterhin eine Abnahme der Vermögensquote entnommen werden. Diese Quote hat schon von 1966 bis 1993 von 44% auf 23% abgenommen. Diese Entwicklung entspricht der wirtschaftlichen Logik, denn sie geht einher mit den Bemühungen zur Kostendämpfung und einem Konzentrationsprozess im Krankenversicherungsbereich. 1966 bestanden noch 900 Krankenkassen, 1995 waren es nurmehr 184, und 1996 war ihre Zahl bereits auf 159 gesunken.

Tabelle 3.10: Reserven der Krankenkassen (alle Versicherungsarten)

Jahr	Ausgaben gemäss Tab. 3.2	Reserven		Fonds		Rückstellungen	
	Mio. Fr.	Mio. Fr.	in % der Ausgaben	Mio. Fr.	in % der Ausgaben	Mio. Fr.	in % der Ausgaben
1994	17'448	3'996	22.9	927	5.3	4'846	27.8
1995	17'840	4'080	22.9	1'167	6.5	4'999	28.0
1996	18'736	4'006	21.4	783	4.2	5'113	27.3

Quelle: BSV

Die Abnahme der Reservequote setzte sich von 1994 bis 1996 fort (vgl. Tabelle 3.10). Sie ging von 22.9% im Jahre 1995 auf 21.4% im Jahre 1996 zurück. Das KVG bewirkte also einen deutlichen Rückgang dieser Quote und hebt sich deutlich vom

langsamen Rückgang der Reserven ab. Die Abnahme der Reservequote wird sich wohl auch 1997 und 1998 fortsetzen.

Abgesehen von den in der KVV festgelegten Bedingungen über die Höhe der Reserven ist es interessant, diese Grösse weiter zu fassen, indem die verschiedenen Mittel und die "Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle sowie die für bestimmte Zwecke vorgesehenen Mittel" einbezogen werden (siehe Tabelle 3.10). Berücksichtigt man also diese zusätzlichen Kosten, so liegt ihr Anteil an den Ausgaben 1995 bei 57.4%. 1996 sind sie auf 52.95% gesunken. Auf der Aktivseite der Bilanz beliefen sich die Kapitalanlagen 1995 auf Fr. 8'051 Mio. und 1996 auf Fr. 8'662 Mio., was 49.6% bzw. 46.2% der Ausgaben entspricht.

Aufgrund der rechtlichen Trennung zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen, die künftig dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag unterstehen, ist mit einigen Auswirkungen auf den Finanzierungsbereich zu rechnen. Grundsätzlich sollten die privaten Verträge mit Reserven gedeckt werden, die in einem engen Zusammenhang mit den zu versichernden Risiken stehen, während die Grundversicherung gemäss einem Umlagemodell betrieben wird. Aus den ersten statistischen Daten des Jahres 1996 ist die erwartete Erhöhung der Reserven im Bereich der Zusatzversicherungen nicht ersichtlich. Die Untersuchung der sonstigen Kosten im Zusammenhang mit den Zusatzversicherungen (Tabelle 3.6) ergibt eindeutig einen Rückgang, was bedeutet, dass die Kapitalisierung bei dieser Versicherungsart abnimmt. 1994 beliefen sich die sonstigen Kosten auf 13.2% der Finanzierung, 1996 gingen sie auf 4.3% zurück. 1996 waren diese Grössen zwar nicht negativ, wie dies bei der Grundversicherung und der Taggeldversicherung der Fall war, jedoch entspricht der festgestellte Rückgang nicht dem indirekten Effekt, der als Auswirkung des KVG zu erwarten war. Die Verschiebung in der Finanzierung der Zusatzversicherungen wird sich wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum erstrecken und ist momentan in den Finanzdaten der Krankenkassen nicht erkennbar.

Folgerung 3.7:

Die Tendenz, die Reserven auf die gesetzlich vorgeschriebene Mindesthöhe abzubauen, setzt sich im Bereich der Grundversicherung fort und hat sich 1996 deutlich akzentuiert. Die Reservequote ist von 22.9% im Jahre 1995 auf 21.4% im Jahre 1996 gesunken. Dabei haben die Krankenkassen die Kostenerhöhungen nicht vollständig auf die Prämien überwältzt.

Im Bereich der Zusatzversicherungen kann die erwartete Zunahme der Reserven bis jetzt nicht festgestellt werden. Legt man die Statistiken der Krankenkassen der Jahre 1994 - 1996 zugrunde, so ist auch für diese Versicherungsart ein klarer Trend hin zum Reserveabbau erkennbar.

3.8 Literatur

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, *Statistik über die Krankenversicherung 1996*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, *Statistik über die Krankenversicherung 1994/95*, BSV: Bern.

Eidgenössische Finanzverwaltung, 1997, *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1995*, BFS: Bern.

Prognos AG, 1998, *Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung. Synthesebericht*, BSV: Bern (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/98).

4 Die Finanzströme im Prämienverbilligungssystem

Mit der Einführung des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) am 1. Januar 1996 hat auch ein Wechsel der Subventionspolitik der öffentlichen Hand stattgefunden. Wurden bis anhin die öffentlichen Beiträge an die Krankenversicherer direkt ausgeschüttet, so schreibt Art. 65f. KVG zwingend eine Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen vor. Damit soll ein grundsätzlicher Systemwechsel von einer globalen Subventionierung der Krankenkassen hin zu einer subjektorientierten und damit bedarfsabhängigen Politik vollzogen werden.

Diese Veränderungen ziehen zugleich eine massive Verschiebung der Finanzierungsströme nach sich. Zunächst treten einmalige, auf den Systemwechsel zurückzuführende Übergangsschwierigkeiten auf. Dies betrifft das Prämienniveau als ganzes und insbesondere die Gewichte der einzelnen Prämienkomponenten in Folge der Abschaffung der Pauschalsubventionen an die Krankenkassen. Weiterhin sind Veränderungen in der Nettobelastung der drei staatlichen Ebenen zu vermuten, da sich der Finanzierungsrahmen insgesamt geändert hat. Schlussendlich haben die Kantone über die gesetzlich fixierte Vollzugskompetenz der Prämienverbilligung einen erheblichen Kompetenzzuwachs zu verzeichnen. In diesem Kapitel sollen daher die folgenden Fragen beantwortet werden:

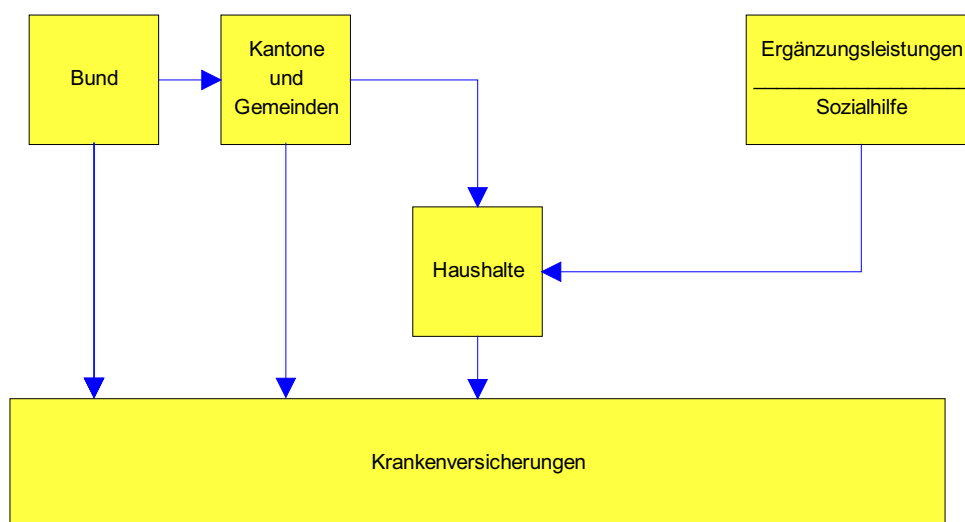
Fragestellung:

- 1) Welche Finanzströme lassen sich unter den beiden gesetzlichen Regimen zwischen den öffentlichen Gemeinwesen bzw. den Haushalten und den Krankenversicherungen identifizieren? Sind wesentliche Veränderungen unter dem neuen KVG vorgesehen?
- 2) Wie hat sich die Nettobelastung bzw. die Netto-Subventionen von Bund, Kantonen und Gemeinden entwickelt?
- 3) Wie haben die Kantone den zusätzlichen Spielraum, der ihnen durch das KVG bei der Prämienverbilligung eingeräumt wurde genutzt?

4.1 Die Finanzströme unter dem KUVG und KVG

Die Analyse der öffentlichen Finanzierung während des Betrachtungszeitraums muss mit einer gewissen Vorsicht vorgenommen werden, da mit dem KVG eine bedeutende Reform eingeführt wurde. Die öffentlichen Beiträge werden nicht mehr an die Krankenkassen, sondern an die Kantone ausgerichtet, die sie entsprechend ihren Kriterien und ihrer Organisation weitergeben. In Abbildung 4.1 und Abbildung 4.2 werden die verschiedenen Wege aufgezeigt, welche die für die Prämienverbilligung bestimmten öffentlichen Beiträge vor und nach dem Inkrafttreten des KVG nehmen konnten bzw. können. Die Kantone und Gemeinden nehmen eine direkte oder indirekte sowie eine partielle oder vollständige Begleichung der Krankenversicherungsprämien vor.

Abbildung 4.1: Formale Subventionsflüsse im Krankenversicherungsbereich unter dem alten KUVG

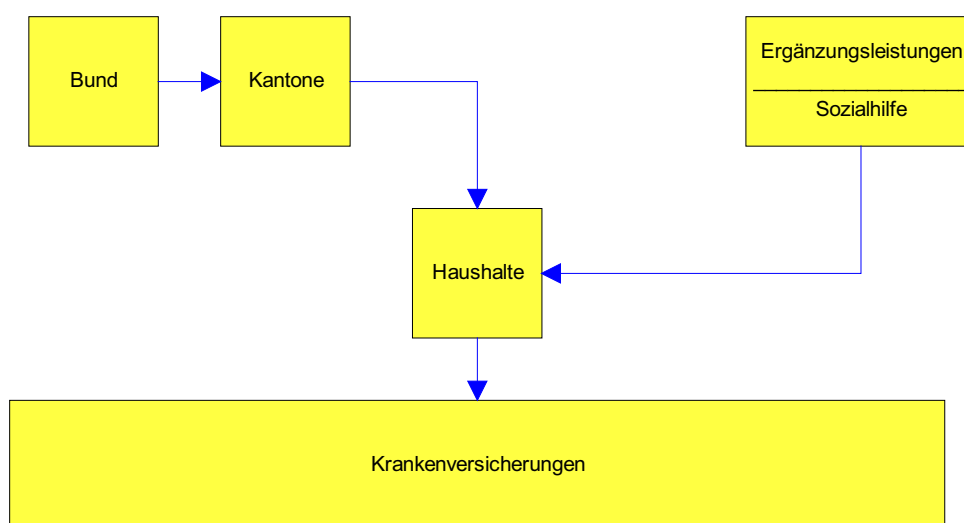


Quelle: BFS

Aufgrund der Veränderungen bei den Grundsätzen und dem Vorgehen bei der Ausrichtung von öffentlichen Beiträgen zur Prämienverbilligung liefert die konsolidierte Betriebsrechnung der Krankenkassen (BSV) für die untersuchten

Jahre keine vergleichbaren Informationen mehr. Wenn die Versicherten die Beiträge vom Kanton, von der Gemeinde oder gegebenenfalls von der Ausgleichskasse (AHV- und IV-Rentner) erhalten und ihre Prämien selbst bezahlen, können diese Beträge in der Krankenkassenstatistik nicht als öffentliche Finanzierung erfasst werden. Die Statistik der öffentlichen Finanzen enthält grundsätzlich Zahlen zum Nettobeitrag der öffentlichen Hand an die Krankenversicherung und bietet damit eine homogene, chronologische Reihe von 1994 - 1996. In den Nettoausgaben sind für den Zeitraum eines Kalenderjahres - und eines Rechnungsjahres - alle effektiven Ausgaben des Bundes, der Kantone und der Gemeinden für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien enthalten, wobei die Transfers zwischen den Gebietskörperschaften und die Rückzahlungen und Kostenbeteiligung der Bezüger zuvor abgezogen werden. Infolge der zeitlichen Verschiebung sind diese Zahlen mit den jährlichen Abrechnungen des BSV bezüglich der Beiträge für die Prämienverbilligung nicht direkt vergleichbar.

Abbildung 4.2: Formale Subventionsflüsse im Krankenversicherungsbereich unter dem neuen KVG



Quelle: BFS

An dieser Stelle ist es ganz nützlich, die Entwicklung der letzten Jahre im Bereich der Plafonierung der öffentlichen Beiträge für die Krankenversicherung in Erinnerung zu rufen. 1990 und 1995 wurden diese Beiträge, die vollständig an die Krankenkassen ausgeschüttet wurden, auf eine Höhe von Fr. 1.3 Mrd. begrenzt. 1993 und 1994 stellte der Bund den Kantonen auf der Grundlage eines dringlichen Bundesbeschlusses jedoch zusätzliche Fr. 100 Mio. für die Prämienverbilligung zur Verfügung. 1995 wurden gar zusätzliche Fr. 500 Mio. ausgeschüttet. So richtete der Bund im Jahr vor dem Inkrafttreten des KVG Fr. 1.3 Mrd. an die Krankenkassen und Fr. 0.6 Mrd. an die Kantone aus.

Der Anteil der öffentlichen Beiträge an der Finanzierung der Ausgaben der Grundversicherung belief sich auf 15.7%. Im Verhältnis zu den Beiträgen des Bundes betragen die Beiträge der Kantone 37% und lagen damit deutlich unter den im KVG vorgesehenen 50%. 1995 belief sich dieser Anteil infolge der zusätzlichen Fr. 500 Mio. des Bundes auf 16.8%.

4.2 Vergleichbarkeit der Leistungen unter dem KUVG und dem KVG

Die Einführung des KVG hat auf die Finanzrechnung der drei Gebietskörperschaften Auswirkungen. Eine alleinige Betrachtung der Ausgabenentwicklung im Krankenversicherungsbereich für den Zeitraum 1990 - 1996 ist jedoch nicht sinnvoll, da von der Leistungsseite nicht abstrahiert werden kann. Der Ausgabenanstieg eines Jahres kann beispielsweise durch das neu eingeführte Versicherungsobligatorium (Art. 3 KVG) verursacht werden, da nun alle in der Schweiz wohnhaften Personen versichert sein müssen. Es kann auch Ergebnis einer erhöhten Inanspruchnahme der Versicherten sein oder aber auf eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen sein, den die Krankenversicherer zu finanzieren haben. In der Tat wurden mit dem neuen KVG Sachleistungen in den Grundversicherungskatalog aufgenommen, die bis anhin

über Zusatzversicherungen abzudecken waren. Es sind davon u.a. folgende Bereiche betroffen [*Bundesamt für Sozialversicherung, 1994*]:

- Vergütung bestimmter zahnärztlicher Behandlungen bei schwerer Erkrankung
- keine Aussteuerung mehr bei stationärer Behandlung
- keine Vorbehalte für bestehende Krankheiten
- Vergütung der Krankenpflege zu Hause und in Pflegeheimen
- Übernahme gezielter Leistungen der medizinischen Prävention

Die gesamten Leistungen werden im Gegensatz zur alten gesetzlichen Regelung zudem unbefristet gewährt. Damit ist ein Grund genannt, wieso die Ausgaben für Leistungen nach dem KVG nur noch bedingt mit denen unter dem alten Gesetz verglichen werden können.

Ein weiteres Hindernis bei einem Vergleich der Leistungen besteht darin, dass 1994 ein neuer Kontenplan für die Krankenversicherer in Kraft getreten ist. Die wichtigsten Änderungen lassen sich wie folgt angeben [*Bundesamt für Sozialversicherung, 1994*]:

- Die Kostenbeteiligung der Versicherten wird seit 1994 als Aufwandminderung verbucht und nicht mehr auf der Ertragsseite der Erfolgsrechnung.
- Die Rückversicherungsprämien, die bisher als Aufwand behandelt wurden, sind entsprechend als Ertragsminderung zu verbuchen.
- Der Kontenplan weist nicht mehr nur die Nettoleistungen aus, sondern die Bruttoleistungen. Im alten Kontenplan wurden lediglich die Leistungen als Aufwand verbucht, die effektiv zu Lasten der Versicherer gingen. Die Erstattungen von Rückversicherer galten also nicht als Aufwand und wurden nicht als Leistungen behandelt.

Weiterhin treten mit dem KVG neue Versicherungsmodelle vermehrt in den Vordergrund. Neben den BONUS- und HMO-Versicherungen ist dies vor allem

die Krankenpflegegrundversicherung mit wählbarer Franchise. Diese Entwicklung findet ebenfalls ihren statistischen Niederschlag, da die Betriebsrechnungen dieser Versicherungsformen seit 1994 separat ausgewiesen werden [Bundesamt für Sozialversicherung, 1997].

Abbildung 4.3: Berechnung der Netto-Leistungen der Krankenkassen in der Grundversicherung für die Jahre 1990 - 1993

Krankenpflegegrundversicherung mit oblig. Spitaltaggeld*)
+ HMO - Grundversicherung
+ Rückversicherungsprämien der Krankenpflegeversicherung
- <u>Kostenbeteiligung der Versicherten</u>
<i>Netto-Leistungen der Krankenkassen</i>
<small>*) incl. Krankenpflege Invaliden, Tuberkulose und Krankenpflegekosten bei Mutterschaft.</small>

Um nun trotz dieser Abgrenzungsprobleme die Leistungen als Bezugsgrösse verwenden zu können, werden für die Jahre 1990 - 1993 die Nettoleistungen gemäss der Abbildung 4.3 berechnet. Von den gesamten Krankenpflegeleistungen wird lediglich die Grundversicherung mit obligatorischem Spitalgeld herangezogen, da sie der neuen Grundversicherung am ehesten entspricht. Darin inbegriffen sind die bis 1994 gesondert ausgewiesenen Leistungen für Krankenpflege Invaliden, Tuberkulose und Krankenpflegekosten bei Mutterschaft hinzugerechnet werden. Die Neuerungen im Kontenplan werden durch die Hinzunahme der Rückversicherungsprämien der Krankenpflegeversicherung berücksichtigt. Die Kostenbeteiligung der Versicherten in der Grundversicherung ist insofern nur sehr ungenau zu erfassen, als das sie bis 1994 pauschal für alle Leistungen ausgewiesen wurde. Um sie dennoch der Grundversicherung zuzuordnen, wird die Gesamtsumme der Kostenbeteiligung gemäss dem Verhältnis der Versichertenbeiträge in der Grundversicherung mit obligatorischem Spitalgeld und der HMO-Grundversicherung zu den

Gesamtbeiträgen der Versicherten berücksichtigt.. Diese Anteile liegen bei 72% (1990), 71% (1991), 70% (1992) und 67% (1993).

Diese Überlegungen lassen sich zusammenfassen in der

Folgerung 4.1:

Die Leistungen nach dem KUVG und dem KVG sind nicht unmittelbar vergleichbar, da der Leistungskatalog erweitert und zahlreiche Neuerungen bei der Leistungserfassung eingeführt wurden. Um dennoch Aussagen unter Bezugnahme auf die Netto-Leistungen treffen zu können, wurden diese für den Zeitraum 1990 - 1993 angepasst.

4.3 Belastungen der öffentlichen Hand im Bereich der Krankenversicherung

Die Belastungen von Bund, Kantonen und Gemeinden lassen sich vor allem in den Finanzhaushalten der Krankenversicherungen und der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte wiederfinden.

4.3.1 Netto-Subventionen im Finanzhaushalt der Krankenversicherungen

Werden nun die Netto-Leistungen der Krankenversicherer für 1990 - 1993 entsprechend bereinigt, so ergibt sich die in Tabelle 4.1 dargestellte Entwicklung. Es lässt sich feststellen, dass die Netto-Leistungen im betrachteten Zeitraum 1990 - 1996 von Fr. 7.7 Mrd. um rd. 40% auf Fr. 10.8 Mrd. gestiegen sind.¹ Das Jahr 1993 fällt dabei in zweierlei Hinsicht aus dem Rahmen: Im Vergleich zu 1992 sind die Krankenpflegekosten der Grundversicherung um Fr. 475.2 Mio. gestiegen. Des weiteren sind die Nettoleistungen im Jahre 1993 mit Fr. 9.81 Mrd. höher als im

¹ Sämtliche im folgenden aufgeführten Beträge sind nicht deflationiert.

Jahre 1994 (Fr. 9.73 Mrd.). Dies ist darauf zurückzuführen, dass für 1993 von der gesamten Kostenbeteiligung der Mitglieder ja nur 67% der Grundversicherung zugeordnet wurden. Diese Kennzahl lässt sich seit 1994 im neuen Kontenrahmen jedoch direkt ablesen und liegt mit Fr. 1.26 Mio. bei gut 93% der gesamten Kostenbeteiligung der Mitglieder. Es ist daher zu vermuten, dass sie für den Bereich der Grundversicherung in den Jahren zuvor weitaus höher war. Die Netto-Leistungen dürften daher über den gesamten Zeitraum kontinuierlich angestiegen sind.

Tabelle 4.1: Netto-Leistungen der Krankenversicherung und Netto-Subventionen an die Krankenkassen, 1990 - 1996 ¹⁾

Jahr	Netto-Leistungen ²⁾	Netto-Subventionen ³⁾	
	in 1'000 Fr.	in 1'000 Fr.	in % der NL
1990	7'729'695	1'620'652	20.97%
1991	8'542'141	1'597'174	18.70%
1992	9'330'615	1'677'842	17.98%
1993	9'805'798	1'683'843	17.17%
1994	9'728'699	1'594'748	16.39%
1995	10'118'173	1'535'440	15.18%
1996	10'798'286	140'396	1.30%

1) Die Werte für 1996 sind provisorisch.

2) Die Netto-Leistungen (NL) für 1990 - 1993 berechnen sich nach dem Schema in Abbildung 4.3.

3) Die Netto-Subventionen ergeben sich aus den Beiträgen der öffentlichen Hand (+), den Beiträgen von Arbeitgebern/anderen Institutionen, (+) und den Prämienermässigungen an Versicherte (-).

Quelle: *Statistik über die Krankenversicherung, verschiedene Jahrgänge*

Stellt man diese Netto-Leistungen den Netto-Subventionen der öffentlichen Hand gegenüber, wie sie in der *Statistik über die Krankenversicherung* (1990 -1994) ausgewiesen sind, so ist die genau entgegengesetzte Entwicklung zu beobachten. Die Subventionen haben mit Fr. 1.62 Mrd. (1990) um rd. 5% auf Fr. 1.54 Mrd. (1995) abgenommen. Den Hauptteil machten dabei die Bundesbeiträge aus. Diese belaufen sich seit 1990 auf Fr. 1.3 Mrd., die direkt an die Krankenkassen überwiesen wurden. Dieses Bild ändert jedoch drastisch, wenn das Jahr 1996

hinzugenommen wird. In diesem Jahr sind die Netto-Subventionen auf nur noch Fr. 140 Mio. gefallen. Setzt man nun die beiden Nettogrößen zueinander in Beziehung, so bestätigt sich die Beobachtung: Ein zwar nur schwach, aber kontinuierlich absinkendes Verhältnis von Subventionen und Leistungen verschärft sich 1996. Diese starke Abnahme der Netto-Subventionen ist jedoch rein technischer Natur: In diesem Jahr wurden die Direktsubventionen an die Krankenkassen mit dem Inkrafttreten des KVG gänzlich gestrichen.

Somit ergibt sich

Folgerung 4.2:

Die Netto-Leistungen der Versicherer und die Netto-Subventionen der öffentlichen Hand haben sich im Zeitraum 1990 - 1996 genau entgegengesetzt entwickelt. Die Nettoleistungen haben kontinuierlich zugenommen, während die Netto-Subventionen kontinuierlich abgebaut wurden. Mit der Einführung des KVG 1996 sinken die in der Statistik der Krankenversicherung ausgewiesenen Beiträge radikal, da die Direktsubventionen an die Krankenkassen abgeschafft wurden. Diese Datenquelle ist also nicht mehr geeignet, die Finanzströme im Krankenversicherungsbereich adäquat wiederzugeben.

4.3.2 Nettobelastung nach der öffentlichen Finanzstatistik

Es stellt sich entsprechend der Folgerung 4.2 die Frage, wo sich diese Finanzströme wiederfinden lassen. Entsprechend dieser Frage werden in Tabelle 4.2 nicht die Netto-Subventionen, sondern die gesamten Nettobelastung nach Bund, Kantonen und Gemeinden aufgeführt, und dann jeweils den Netto-Leistungen gegenübergestellt. Die Nettobelastung weist insofern die effektive Belastung der öffentlichen Haushalte aus, als dass sie Ergebnis der Verwaltungsrechnungen ist (vgl. 3. Kapitel). Die Netto-Subventionen hingegen ergeben sich aus den Beiträgen der öffentlichen Hand, der Arbeitgeber und anderer Institutionen, wobei die Prämienermässigungen an die Versicherten nicht berücksichtigt werden.

Aus Tabelle 4.2 lässt sich entnehmen, dass lediglich der Bund die Subventionen ausgeweitet hat und zwar von rd. Fr. 1.3 Mrd. 1991 um 38% auf Fr. 1.8 Mrd. in 1995. Die beiden anderen Gebietskörperschaften haben ihre Subventionen hingegen zurückgenommen, wobei die Kantone besonders hervorstechen: Haben sie 1991 noch rd. Fr. 530 Mio. ausgeschüttet, so sind dies 1995 noch gerade Fr. 201 Mio. Dies entspricht einer Abnahme von über 60%. Bildet man wieder das Verhältnis von Nettobelastung und Netto-Leistungen, berücksichtigt also, dass der Ausgabenüberschuss letztendlich die Netto-Leistungen mitfinanziert, so sticht auch hier die Abnahme von gut 6% (1991) auf gerade noch 2% (1995) hervor.

Tabelle 4.2: Netto-Leistungen der Krankenversicherung und Nettobelastung der einzelnen Gemeinwesen ¹⁾

Jahr	Netto-Leistungen der Krankenkassen		Nettobelastung				
			Bund ²⁾		Kantone		Gemeinden ²⁾
	in 1'000 Fr.	in 1'000 Fr.	in % der NL	in 1'000 Fr.	in % der NL	in 1'000 Fr.	in % der NL
1990	7'729'695	987'198	12.8%	477'168	6.2%	87'156	1.1%
1991	8'542'141	1'310'540	15.3%	529'267	6.2%	94'345	1.1%
1992	9'330'615	1'313'122	14.1%	535'749	5.7%	96'541	1.0%
1993	9'805'798	1'413'741	14.4%	476'780	4.9%	98'125	1.0%
1994	9'728'699	1'411'299	14.5%	429'880	4.4%	91'361	0.9%
1995	10'118'173	1'810'682	17.9%	201'086	2.0%	73'396	0.7%
1996	10'798'286	1'364'792	12.6%	585'256	5.4%	6'929	0.1%

1) Die Netto-Leistungen (NL) für 1990 - 1993 berechnen sich nach dem Schema in Abbildung 4.3.

2) Für das Jahr 1996 sind beim Bund die Prämienverbilligungsbeiträge nach Reduktion durch die Kantone angegeben, die Nettobelastung der Gemeinden ist noch höchst unvollständig.

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge; BSV; eigene Berechnungen*

Mit dem neuen KVG ändert sich diese Situation dann allerdings: Die Kantone haben im Zuge der Prämienverbilligung eine Nettobelastung von Fr. 590 Mio. zu tragen. Ihr Anteil an den Netto-Leistungen ist damit wieder angestiegen, und zwar auf gut 5%. Die Belastung des Bundes ist hingegen zurückgegangen. Sie ist um knapp 25% auf Fr. 1.36 Mrd. gesunken, was noch einem Anteil an den Netto-Leistungen von 12.6% entspricht. Es muss hier allerdings berücksichtigt werden,

dass der Betrag von Fr. 1.36 Mrd. nicht der Nettobelastung entspricht, die in der Staatsrechnung ausgewiesen ist, sondern den Prämienverbilligungsbeiträgen, die der Bund 1996 gemäss dem Verteilungsmodell nach Reduktion seitens der Kantone bereitstellen muss. In der Staatsrechnung des Bundes sind nämlich für 1996 Fr. 2.43 Mrd. ausgewiesen. Hier liegt eine Besonderheit des Übergangsjahres 1996 vor, denn die Beiträge wurden unter dem KUVG nachschüssig, d.h. immer im darauffolgendem Jahr ausgezahlt. Sie belaufen sich für 1995 auf rd. Fr. 1 Mrd.. Die effektive Nettobelastung für 1996 kann momentan noch nicht genau angegeben werden. Bei den Gemeinden dürften unter dem neuen KVG im Bereich der Krankenversicherung eigentlich keine Nettobelastungen mehr bestehen. Wahrscheinlich ist hingegen, dass es im Zuge des Regimewechsels 1996 zu Fehlbuchungen gekommen ist.

Tabelle 4.3: Nettobelastung aller öffentlichen Haushalte im Vergleich zu den Kantonen¹⁾

Jahr	Netto-Leistungen der Krankenkassen	Nettobelastung der öffentlichen Haushalte ²⁾		Anteil der Kantone an der Nettobelastung
	in 1'000 Fr.	in 1'000 Fr.	in % der NL	
1990	7'729'695	1'551'522	20.1	30.8%
1991	8'542'141	1'934'152	22.6	27.4%
1992	9'330'615	1'945'412	20.9	27.5%
1993	9'805'798	1'988'646	20.3	24.0%
1994	9'728'699	1'932'540	19.9	22.2%
1995	10'118'173	2'085'164	20.6	9.6%
1996	10'798'286	1'956'649	18.1	29.9%

1) Die Netto-Leistungen (NL) für 1990 - 1993 berechnen sich nach dem Schema in Abbildung 4.3

2) Die enthaltene Nettobelastung der Gemeinden für 1996 ist unvollständig, die des Bundes provisorisch.

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge; BFS; eigene Berechnungen*

Betrachtet man die gesamte Nettobelastung der öffentlichen Haushalte, so ist Tabelle 4.3 zu entnehmen, dass die Nettobelastung im Verhältnis zu den Netto-Leistungen nahezu konstant geblieben ist. Sie schwankt zwischen knapp 20% (1994) und gut 22.5% (1991). Erst 1996 sinkt sie wegen der veränderten

Subventionspolitik auf 18% ab. Wird nun der Anteil der Kantone an der Nettobelastung aller öffentlichen Gemeinwesen genommen, so zeigt sich, dass die Kantone diesen Anteil kontinuierlich absenken konnten. Hatten sie 1990 noch einen Anteil von rd. 31%, so ist 1993 mit rd. 24% ein erster tiefer Einschnitt zu beobachten, der sich 1994 auf gut 22% fortsetzt. Beschleunigt hat sich dieser Prozess auch anhand dieser Kennzahl im Jahre 1995, sinkt doch der Anteil der Kantone an der gesamten Nettobelastung der öffentlichen Haushalte auf gerade noch 9.6%. Erst 1996 mit der Einführung des KVG kehrt sich der Prozess um: Zwar ist wie oben ausgeführt die Gesamtbelastung für 1996 noch nicht definitiv zu beziffern, aber der Anteil der Kantone ist massiv angestiegen. Tabelle 4.3 weist einen Anteil von 30% aus.

Damit lässt sich folgendes feststellen:

Folgerung 4.3:

Wird aus der Finanzstatistik die Nettobelastung der öffentlichen Haushalte herangezogen, so zeigt sich, dass sie im Vergleich zu den Netto-Leistungen nahezu konstant geblieben ist. Dies ist jedoch nicht auf ein gleichbleibendes Verhalten von Bund, Kantonen und Gemeinden zurückzuführen. Während der Bund seinen Anteil kontinuierlich ausbaute, haben insbesondere die Kantone ihre Ausgabenüberschüsse massiv abbauen können. Mit der Einführung des KVG kehrt sich dieser Prozess um, da die Nettobelastung der Kantone steigt und die des Bundes sinkt.

4.4 Ausgaben und Einnahmen der Kantone

Aufgrund der bisherigen Ergebnisse ist es naheliegend zu fragen, ob die Absenkung der kantonalen Nettobelastung in den Jahren vor Einführung des KVG auf Ausgabenkürzungen zurückzuführen ist oder die Einnahmenseite verbessert werden konnte. Tabelle 4.4 stellt entsprechend die laufenden Ausgaben

für Anteile, Beiträge und Entschädigungen den laufenden Einnahmen aus Entgelten, Beiträgen und Rückerstattungen gegenüber.²

Tabelle 4.4: Die Laufende Rechnung und die Deckungsquote der Laufenden Ausgaben der Kantone im Bereich der Krankenversicherung

Jahr	Laufende Ausgaben für Anteile, Beiträge und Entschädigungen	Laufende Einnahmen aus Entgelte, Beiträge und Rückerstattungen	Deckungsquote der Laufenden Ausgaben
	in Fr.	in Fr.	in %
1990	503'747'185	32'972'090	6.5
1991	561'049'585	38'467'105	6.9
1992	576'684'633	47'979'378	8.3
1993	596'703'688	127'313'915	21.3
1994	571'965'566	150'299'079	26.3
1995	662'942'651	461'029'676	69.5
1996	1'928'115'252	1'361'178'634	70.6

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge*

Die Ausgaben der Kantone im Bereich der Krankenversicherung hat sich zwischen 1991 und 1995 um rd. Fr. 100 Mio. erhöht, was einer Steigerung von 18% entspricht. Die laufenden Einnahmen dieser Periode sind hingegen um 1'100 % geradezu explodiert, wobei ein erster Schub 1993 mit 165% und dann 1995 ein zweiter mit knapp 207% erfolgte. Dieser Sachverhalt wird bestätigt, wenn die Deckungsquote der kantonalen Mittel betrachtet wird. Diese Kennzahl ergibt sich als Verhältnis von Laufenden Einnahmen und Laufenden Ausgaben und gibt an, in welchem Umfang die Kantone im Krankenversicherungsbereich ihre Ausgaben durch Einnahmen finanzieren können. Sie lag 1991 bei 7% und hat sich über 21% (1993) auf knapp 70% (1995) erhöht.

² Diese Ausgaben- und Einnahmenkategorien machen nahezu die gesamten Beträge der laufenden Rechnung im Bereich der Krankenversicherung aus. Daher wurden nicht Kategorien aufgeführt.

Das Jahr 1996 stellt insofern eine Besonderheit dar, als dass sich beide Posten der Laufenden Rechnung wegen der Gesetzesänderung massiv erhöht haben. Die laufenden Ausgaben sind um 190% auf Fr. 1.928 Mrd., die laufenden Einnahmen um 195% auf nun Fr. 1.361 Mrd. gestiegen. Die Deckungsquote der Laufenden Ausgaben hat sich jedoch nur unwesentlich auf 70.6% erhöht. Hier wird also die "Durchlauffunktion" der Sachgruppen 34 - 37 und 45 - 47 in der Rubrik 52 *Krankenversicherung* deutlich (vgl. Anhang A): Der Bund stellt den Kantonen den von ihnen abgerufenen Prämienverbilligungsbetrag in Höhe von Fr. 1.364 Mrd. zur Verfügung. Die Kantone müssen 1996 diese Beiträge gemäss Art. 106 Abs. 2a KVG um 35% aus Eigenmitteln aufstocken. Der Gesamtbetrag von Fr. 1.816 Mrd. findet sich unmittelbar in den Laufenden Ausgaben wieder. Der verbleibende Differenzbetrag von Fr. 112 Mio. sind zum grössten Teil die Mittel, welche der Bund zur Prämienverbilligung 1995 an die Kantone ausgerichtet hat.

Tabelle 4.5: Laufende Einnahmen der Kantone aus Entgelten, Beiträgen und Rückerstattungen nach Herkunft

Jahr	Insgesamt in Fr.	Beiträge und Rückerstattungen							
		Entgelte		Beiträge und Rückerstattungen					
		in Fr.	in %	Bund in Fr.	in %	Kantone und Gemeinden in Fr.	in %	Andere in Fr.	in %
1990	32'972'090	36'893	0.1	42'398	0.1	30'535'409	92.6	2'357'390	7.1
1991	38'467'105	6'686'861	17.4	43'767	0.1	31'736'477	82.5	0	0.0
1992	47'979'378	10'026'148	20.9	4'503'773	9.4	33'449'457	69.7	0	0.0
1993	127'313'915	1'223'815	1.0	91'426'689	71.8	34'663'411	27.2	0	0.0
1994	150'299'079	12'176'066	8.1	105'342'044	70.1	32'780'969	21.8	0	0.0
1995	461'029'676	33'805'106	7.3	409'180'218	88.8	18'044'353	3.9	0	0.0
1996	1'361'178'634	2'942'526	0.2	1'290'705'587	94.8	67'530'522	5.0	0	0.0

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge*

Beide Effekte, sowohl der massive Anstieg der kantonalen Deckungsquoten als auch die Veränderungen im Zuge des neuen KVG, kommen in den Angaben der Tabelle 4.5 noch deutlicher zum Ausdruck. Hier werden die Laufenden Einnahmen noch weiter unterteilt, um die dominierende Rolle der Bundesbeiträge

herauszustreichen. Sie wurden 1993 massiv erhöht. Ihr Anteil an den laufenden Einnahmen der Kantone aus Entgelten, Beiträgen und Rückerstattungen stieg von 9.4% auf rd. 72%. Ein weiterer Anstieg ist wiederum für 1995 zu konstatieren: In diesem Jahr betragen die Beiträge des Bundes knapp Fr. 410 Mio. oder 89% der gesamten Einnahmen der Kantone im Bereich der Krankenversicherung. Entsprechend entgegengesetzt ist die Entwicklung der Einnahmen aus Beiträgen und Rückerstattungen der Kantone und Gemeinden. Sie sinken 1994 von 82.5% auf rd. 22%. Auch hier ist für das Jahr 1995 eine erhebliche Reduktion zu beobachten, sinkt deren Anteil doch auf lediglich 4%. Im Jahre 1996 sind die Konsequenzen des KVG überdeutlich: Die Bundesbeiträge erhöhen sich massiv auf Fr. 1.29 Mrd.

Die Einnahmen aus Entgelten (z.B. Spital- und Heimtaxen) entwickeln sich recht uneinheitlich. Sie betragen 1991 gut Fr. 6.5 Mio., sinken 1993 auf gerade noch Fr. 1.2 Mio., um 1995 mit gut Fr. 34 Mio. wieder stark anzusteigen. Mit dem neuen KVG, welches die Krankenkassen bei der Spital- und Heimfinanzierung verstärkt beteiligt, sinken diese Entgelte auf Fr. 2.9 Mio., was gerade noch 0.2% der kantonalen Einnahmen sind.

Diese Ausführungen führen zur

Folgerung 4.4:

Die bis 1996 anhaltende massive Zunahme der Deckungsquoten der laufenden Ausgaben der Kantone im Krankenversicherungsbereich ist weniger auf sinkende Ausgaben, als vielmehr auf eine Einnahmensteigerung durch Bundesbeiträge zurückzuführen. Diese Bundesbeiträge sind sogar so stark gestiegen, dass die Absenkung der Beiträge der Kantone und Gemeinden überkompensiert wurde. Mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz endet diese Entwicklung auf dem 1995 erreichten Niveau.

4.5 Die Situation einzelner Kantone

Haben also die Kantone und Gemeinden insgesamt ihre Nettobelastung bis 1995 vor allem mit Hilfe der Bundesbeiträge senken können, lässt sich anhand der Finanzstatistik weiter untersuchen, ob sich systematische Unterschiede zwischen den Kantonen identifizieren lassen.

Betrachtet man die Veränderung der Nettobelastung der einzelnen Kantone (vgl. Tabelle 4.6), so zeigt sich ein sehr heterogenes Bild.

Tabelle 4.6: Nettobelastung der einzelnen Kantone, 1990 - 1996 (in 1'000 Fr.)

Kanton	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
ZH	93'341	114'532	128'358	125'160	135'785	81'787	203'086
BE	11'543	12'136	12'690	15'357	12'286	12'573	33'240
LU	1'434	1'520	2'584	3'529	3'590	1'729	23'858
UR	74	75	77	76	38	38	1'018
SZ	242	233	422	503	572	76	5'325
OW	47	47	46	46	45	147	398
NW	32	32	28	80	63	75	1'887
GL	1'228	1'750	1'649	1'736	1'665	1'718	-2'188
ZG	3'423	3'672	3'917	4'374	4'627	1'345	7'249
FR	5'348	6'075	6'825	6'036	5'871	-3'324	2'731
SO	910	929	1'018	741	1'127	931	1'895
BS	87'155	106'757	115'731	110'786	71'480	52'719	56'336
BL	8'343	10'634	11'727	10'864	11'425	13'466	22'856
SH	629	1'072	2'082	589	347	473	1'129
AR	221	600	611	636	598	803	5'675
AI	207	252	355	352	378	360	3'262
SG	2'635	2'258	2'547	2'476	2'300	-9'823	18'388
GR	7'787	11'402	9'525	9'930	7'624	10'064	8'490
AG	1'972	2'028	2'077	2'085	2'090	2'114	11'822
TG	3'202	2'753	4'874	5'344	4'530	5'753	17'993
TI	45'840	43'544	51'473	27'855	17'236	3'656	28'999
VD	83'986	85'820	77'605	60'942	76'969	-2'032	37'140
VS	15'830	17'076	18'844	13'068	10'162	-76	6'129
NE	22'624	26'018	27'726	15'078	18'594	8'145	12'530
GE	78'896	77'854	52'591	58'072	39'693	17'682	74'650
JU	217	199	367	1'065	787	686	1'359
Total	477'168	529'267	535'751	476'781	429'880	201'086	585'256

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge*

Kantone wie St Gallen, Vaud oder Fribourg, die seit 1990 immer einen Ausgabenüberschuss von rd. Fr. 2.5 Mio., Fr. 80 Mio. bzw. Fr. 6 Mio. erzielt haben, können 1995 diese Entwicklung gerade umkehren. Sie realisieren einen Nettoüberschuss von knapp Fr. 10 Mio., Fr. 2 Mio. bzw. gut Fr. 3 Mio. Dagegen stieg z.B. die Nettobelastung bei den Kantonen Appenzell A.R. (34.4%), Graubünden (32%) oder Schaffhausen (36.4%) sogar. Die übrigen Kantone konnten überwiegend ihre Nettobelastung senken. Gesamtschweizerisch ist eine Reduktion um gut 53% zu beobachten.

Mit dem KVG wird diese Entwicklung 1996 abrupt gestoppt. Die Nettobelastung aller Kantone steigt von Fr. 201 Mio. um knapp 200% auf Fr. 585 Mio. an. In Genf erhöht sie sich von Fr. 17 Mio. auf Fr. 74 Mio. und in Zürich von Fr. 81 Mio. auf Fr. 203 Mio. Alle Nettoüberschüsse, die 1995 erzielt werden konnten, verwandeln sich wieder in Nettobelastungen. Nur dem Kanton Glarus gelingt es, einen Überschuss von Fr. 2 Mio. zu erzielen. Insgesamt sind aber auch für 1996 keine systematischen Unterschiede zwischen den Kantone, beispielsweise nach Sprachregion oder Bevölkerungsdichte, zu erkennen.

Die Laufende Rechnung der einzelnen Kantone ist dabei äusserst heterogen. Einige Kantone haben 1995 erhebliche Ausgabenzuwächse von bis zu 4'145% (Uri) zu verzeichnen, aber die laufenden Einnahmen sind in der Regel um ein Vielfaches mehr gestiegen (vgl. Tabelle 4.7). Immerhin acht Kantone können Einnahmensteigerungen im Vergleich zu 1994 von mehreren tausend Prozent erzielen. Die Zunahme der Ausgaben bei den meisten anderen Kantonen um einige hundert Prozent nimmt sich dagegen geradezu bescheiden aus. Für alle Kantone zusammen liegen die Ausgabenzuwächse bei 16%, die Zunahme ihrer Einnahmen im Bereich der Krankenversicherung jedoch bei 207%. Ein Jahr zuvor haben ihre Ausgaben noch um 4% abgenommen und die Einnahmen lediglich um 18% zugenommen.

Tabelle 4.7: Laufende Rechnung der einzelnen Kantone, absolut und in prozentualer Veränderung zum Vorjahr

Kanton	1994				1995				1996			
	Laufende Ausgaben		Laufende Einnahmen		Laufende Ausgaben		Laufende Einnahmen		Laufende Ausgaben		Laufende Einnahmen	
	Mio. Fr.	proz. Veränd.	Mio. Fr.	proz. Veränd.	Mio. Fr.	proz. Veränd.	Mio. Fr.	proz. Veränd.	Mio. Fr.	proz. Veränd.	Mio. Fr.	proz. Veränd.
ZH	152.7	7%	16.9	-2%	151.0	-1%	69.2	309%	326.4	116%	123.4	78%
BE	12.3	-20%	0.0	-	12.6	2%	0.0	-	322.1	2'462%	288.9	-
LU	4.7	6%	1.1	20%	28.3	502%	26.6	2'300%	70.8	150%	47.0	77%
UR	0.1	1%	0.0	-	3.2	4'145%	3.2	8'361%	11.6	259%	10.6	232%
SZ	0.7	19%	0.1	67%	6.3	848%	6.2	6'464%	25.8	308%	20.4	227%
OW	0.1	-3%	0.0	-3%	2.4	3'056%	2.2	7'302%	6.1	159%	5.7	158%
NW	0.1	4%	0.0	221%	2.3	2'402%	2.2	7'445%	7.0	201%	5.1	128%
GL	1.7	-4%	0.0	-	1.7	3%	0.0	-	3.3	90%	5.5	-
ZG	4.6	6%	0.0	-	5.2	12%	3.8	-	13.4	158%	6.1	59%
FR	12.9	4%	7.0	9%	16.8	30%	20.1	187%	46.7	178%	43.9	118%
SO	1.2	20%	0.1	-65%	1.2	-3%	0.3	164%	35.1	2844%	33.2	12'648%
BS	75.5	-34%	4.0	9%	64.4	-15%	11.7	191%	91.5	42%	35.4	203%
BL	13.6	8%	2.2	30%	16.4	21%	2.9	36%	60.9	271%	38.1	1191%
SH	0.6	-31%	0.2	-5%	5.4	876%	4.9	2'282%	13.4	148%	12.3	149%
AR	0.9	-6%	0.3	-6%	2.5	179%	1.7	468%	15.1	504%	9.4	455%
IR	0.4	7%	0.0	3%	0.4	-5%	0.0	-19%	7.1	1'800%	3.9	26'121%
SG	2.7	1%	0.4	143%	23.5	786%	20.9	5'775%	70.8	201%	52.4	151%
GR	7.8	-22%	0.2	-	25.1	223%	15.1	9'604%	35.4	41%	26.9	79%
AG	2.1	0%	0.0	-	11.0	424%	8.8	-	42.6	289%	30.8	248%
TG	7.8	-8%	3.3	5%	21.3	172%	15.6	370%	65.5	207%	47.5	205%
TI	64.3	-11%	47.0	6%	52.9	-18%	49.2	5%	108.5	105%	79.6	62%
VD	101.2	26%	24.2	24%	80.0	-21%	82.0	239%	218.9	174%	181.7	122%
VS	23.1	3%	12.9	39%	27.9	21%	28.0	116%	95.0	241%	88.9	218%
NE	26.5	8%	7.9	-16%	27.5	4%	19.3	144%	58.5	113%	46.2	139%
GE	60.2	-9%	20.5	145%	77.9	29%	60.2	194%	168.5	116%	94.1	56%
JU	2.6	-15%	1.8	-9%	7.5	187%	6.8	272%	25.7	242%	24.4	257%
Total	580.2	-4%	150.3	18%	674.6	16%	461.0	207%	1'945.8	188%	1'361.2	195%

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz, div. Jahrgänge*

Im Jahr 1996 steigen die laufenden Einnahmen zwar über alle Kantone betrachtet um 195% weiterhin an, aber auch die Ausgaben nehmen mit 188% im gleichen Umfang zu. Kantone wie Appenzell I.Rh. oder Solothurn haben nun im Zuge der neuen Subventionspolitik Einnahmewachse um 26'121% bzw. 12'648%, aber ihre laufenden Ausgaben steigen ebenfalls überproportional an. Hier bestätigt sich die schon oben angesprochene "Durchlauffunktion" der Rubrik 52 (Krankenversicherung) auf disaggregiertem Niveau.

Folgerung 4.5:

Wird die Nettobelastung der einzelnen Kantone betrachtet, so bestätigen sich die bisherigen Ergebnisse. Die Entlastungen bis Ende 1995 und die Zunahme der Nettobelastungen im Jahr 1996 streuen dabei zwar von Kanton zu Kanton zum Teil erheblich, systematische Unterschiede lassen sich jedoch nicht identifizieren.

4.6 Literatur

Bandi, Till et al., 1997, Die Entwicklung der Krankenversicherung in den Jahren 1994/95, in: *Soziale Sicherheit*, 3/1997, 152-155.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1996*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1994/95*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Prämien 1997 der Krankenpflege-Grundversicherung genehmigt, in: *Soziale Sicherheit*, 6/1996, 317-319.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, *Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz*, BSV: Bern.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

Eidgenössische Finanzverwaltung (Hrsg.), 1997, *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1995*, BFS: Bern.

Kocher, Ralf, 1996, Die Wirkungen der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit*, 3/1996, 134-139.

Maurer, Alfred, 1996, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Helbing und Lichtenhahn: Basel (Das Recht in Theorie und Praxis).

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (Hrsg.), 1997, *Prämienverbilligung in der Krankenversicherung: Überblick über die kantonalen Regelungen für 1997*, Fassung vom 5.09.1997, SDK: Bern.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

5 Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitssystem ist definiert als die Gesamtheit der Erbringer von Gesundheitsleistungen, d.h. von Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich (Pflegeleistungen in Pflegeeinrichtungen, ambulante Gesundheitsversorgung, Medikamente, kollektive Prävention und Verwaltungskosten des Staates und der Sozialversicherungen, die in direktem Zusammenhang mit den Gesundheitsleistungen stehen).

Die Kosten des Gesundheitswesens werden vom BFS seit 1993 erfasst, wobei die Zeitreihe auf das Jahr 1985 zurückgeht. In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick über die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Zusammenhang mit der Konjunktur im allgemeinen untersucht. In einem zweiten Schritt werden die Kosten und die Ausgaben nach Leistungserbringer und der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen analysiert. Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird sowohl unter dem Gesichtspunkt der finanzierenden Wirtschaftseinheiten betrachtet, als auch nach den Trägern der wirtschaftlichen Belastung unterschieden. Schliesslich wird versucht, die direkten Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung jener drei Kategorien von Leistungserbringern aufzuzeigen, die von der Ausweitung der Leistungen besonders betroffen sind: die Spitäler, die Altersheime und die Spitex-Dienste (Pflege zu Hause).

Bei den Zahlen des Jahres 1996 handelt es sich noch um provisorische Werte, die daher mit der gebotenen Zurückhaltung interpretiert werden müssen. Die Basisdaten für die Schätzung der Kosten der Arztleistungen und der Ausgaben der Gemeinden nach der *Statistik der öffentlichen Finanzen der Schweiz* standen zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht zur Verfügung.

5.1 Gesamtkosten des Gesundheitssystems seit 1985

Fragestellung:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Gesamtkosten des Gesundheitssystems?

Für die Abschätzung der in den Gesundheitssektor investierten ökonomischen Ressourcen ist das Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt (BIP) der beste allgemeine Indikator. 1985 belief sich dieser Wert auf 7.8%, während 1995 nicht weniger als 9.6% der ökonomischen Ressourcen des Landes für das Gesundheitssystem aufgewendet wurden. Obwohl sowohl für das BIP als auch für die Kosten des Gesundheitssystems nur provisorische Schätzungen verfügbar sind, scheint der Anteil der Gesundheitskosten am BIP 1996 die Grenze von 10% überschritten zu haben.

Die untenstehende Grafik zeigt die Entwicklung des BIP und der Kosten des Gesundheitssystems seit 1985. Ersichtlich ist insbesondere die Tatsache, dass der Index der Gesundheitskosten deutlich stärker angestiegen sind als der Index des BIP. Das im vorhergehenden Absatz erläuterte Verhältnis der Gesundheitskosten zum BIP wird also bestätigt. Das deutlich verstärkte Auseinanderdriften zwischen den Gesundheitskosten und dem BIP seit 1991 ist indessen ein Phänomen, das mit der konjunkturellen Entwicklung im Zusammenhang steht. Es ist davon auszugehen, dass die Zunahme des Angebots und des Konsums von Gesundheitsleistungen durch die wirtschaftliche Situation¹ direkt beeinflusst wird. Die erheblichen Differenzen zwischen den beiden Parametern sind in erster Linie auf die schwache Konjunktur zurückzuführen, die durch eine geringere Zunahmen des nominalen BIP und 1996 gar durch eine Abnahme gekennzeichnet ist.

¹ Gemäss verschiedener Studien sind Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit die Ursache spezifischer gesundheitlicher Störungen, die zu einem erhöhten Bedarf an medizinischen Leistungen führen können. Dieses Phänomen kommt in den offiziellen Statistiken nicht zum Ausdruck.

Abbildung 5.1: Entwicklung des BIP-Indexes und des Gesundheitskostenindex, 1985 - 1996 (Basis: 1985=100)



Quelle: *BFS*

Diese Tatsachen illustrieren im übrigen die Rolle des Wirtschaftswachstums bei der Finanzierung der Ausgaben für die soziale Sicherheit im allgemeinen und des Gesundheitssystems im besonderen. Wenn erhöhte Ausgaben nicht mehr mit Produktivitätsgewinnen (Wachstum) finanziert werden können, steigt der Bedarf nach zusätzlichen ökonomischen Ressourcen rasch an, was das Risiko beinhaltet, dass es zu Verlagerungen der wirtschaftlichen Belastung zwischen den Finanzierungseinheiten - den privaten Haushalten, den Sozialversicherungen und den öffentlichen Gemeinwesen - kommt.

Die Überprüfung der jährlichen Zunahme der Kosten des Gesundheitssystems (Tabelle 5.1, 2. Spalte) ergibt für 1996 eine Steigerung um 5.4%, während in den drei vorangegangenen Jahren tiefere Zuwachsraten zu verzeichnen waren (zwischen 3.1% und 3.6%).

Tabelle 5.1: Entwicklung der Gesundheitskosten und des Bruttoinlandprodukts

Jahr	Kosten des Gesundheits-systems	Zunahme im Vergleich zum Vorjahr	Bruttoinland-produkt (BIP)	Gesundheits-kosten im Vergleich zum BIP	BIP-Index	Index der Kosten des Gesundheits-systems
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1985=100	1985=100
1985	18'383.5	-	237'206	7.8	100.0	100.0
1986	19'772.3	7.6	248'492	8.0	104.8	107.6
1987	21'113.0	6.8	257'175	8.2	108.4	114.8
1988	22'560.9	6.9	272'726	8.3	115.0	122.7
1989	24'447.2	8.4	293'316	8.3	123.7	133.0
1990	26'279.0	7.5	317'303	8.3	133.8	142.9
1991	29'693.9	13.0	333'661	8.9	140.7	161.5
1992	31'719.4	6.8	342'363	9.3	144.3	172.5
1993	32'712.6	3.1	349'799	9.4	147.5	177.9
1994	33'817.1	3.4	357'224	9.5	150.6	184.0
1995	35'050.4	3.6	364'561	9.6	153.7	190.7
1996	36'942.9	5.4	363'815	10.2	153.4	201.0

Quelle: *BFS (1998)*

Diese Zunahmen müssen im Zusammenhang mit den Erhöhungen der Preise für Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens analysiert werden (Tabelle 5.2). Zur Beurteilung der Frage, ob die Erhöhungen bzw. deren Ausmass eine Auswirkung des KVG sind, müssen an dieser Stelle wegen der nur dürftigen Datenlage drei Bemerkungen genügen:

1. Was die Preise anbelangt, war 1996 durch eine Entwicklung gekennzeichnet, die jener der beiden vorangegangenen Jahre sehr ähnelt. Die jährliche Zunahme der Preise des Gesundheitswesens lag bei etwa 2%, während die Zunahme des Gesamtindex unter diesem Wert lag. Eine detaillierte Betrachtung führt zur Erkenntnis, dass der "Index des Gesundheitssystems" durch die Spitaltarife systematisch nach oben getrieben wird, während die Zunahme bei den Gütern und Dienstleistungen des ambulanten Bereichs im

allgemeinen deutlich tiefer liegt. Das KVG hatte somit keine erkennbaren Auswirkungen auf die Preise, abgesehen vielleicht von den Medikamenten und dem medizinischen Material. Die Ausgaben für die beiden letzteren Kategorien entsprechen jedoch ungefähr 12% der Gesundheitskosten. Eine "Anpassung" der Preise nach dem dreijährigen Preisstop (Dringlicher Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerungen bei der Krankenversicherung für die Jahre 1992 bis 1995) ist nicht eingetreten.

2. Jährliche Kostensteigerungen im Gesundheitssystem, die zwei- bis dreimal höher liegen als die Zunahme der Preise (Mengeneffekt) - wie dies beispielsweise 1996 der Fall war - sind nichts Aussergewöhnliches. Die Jahre 1986, 1987 und 1989 wiesen dieselben Phänomene auf.
3. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass der Grossteil der 1996 angefallenen Kosten der ambulanten Pflege mit Hilfe eines Kostenindikators pro Versicherten provisorisch abgeschätzt wurde. Dieses Berechnungsverfahren birgt das Risiko, dass die Kosten des Gesundheitssystems zu hoch geschätzt werden.

Tabelle 5.2: Jährliche Zunahme des Konsumentenpreisindex (in %)¹)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Index, Total	0.8	1.4	1.9	3.2	5.4	5.9	4.0	3.3	0.9	1.8	0.8
Gesundheitspflege	2.2	2.7	3.5	1.9	4.1	6.2	5.7	3.5	2.0	1.8	1.9
Ärztliche Leistungen	3.6	2.1	0.5	2.7	2.1	3.9	4.7	0.1	0.0	0.3	0.5
Zahnärztliche Leistungen	0.0	1.9	5.6	0.0	5.5	5.9	4.0	4.4	1.4	0.8	0.6
Spitalleistungen	2.9	4.9	6.5	3.2	6.3	10.8	10.1	7.3	3.6	2.7	3.4
Medikamente	2.4	2.3	1.6	1.8	2.1	4.0	2.8	1.9	1.4	2.6	0.3
Sanitätsmaterial	2.8	1.0	0.7	0.8	3.6	3.0	2.4	2.3	1.2	2.9	0.3

1) Dringlicher Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerungen bei der Krankenversicherung, der von 1992 bis 1995 in Kraft war.

Quelle: BFS, Sektion Preise und Verbrauch

Folgerung 5.1

Angesichts der derzeit verfügbaren Zahlen und Erkenntnisse scheint das KVG im Jahre 1996 auf die Gesamtentwicklung der Kosten des Gesundheitssystems keine messbaren Auswirkungen gehabt zu haben. Zum einen wiesen die Preise keine ausserordentlichen Schwankungen auf (abgesehen von den Preissenkungen bei den Medikamenten), und zum andern war 1996 der Anstieg der Kosten im Vergleich zu den vorangegangenen zehn Jahren nicht auffällig.

Jene Bestimmungen des KVG, mit denen auf eine Eindämmung der Kosten des Gesundheitswesens abgezielt wird, haben ihre positive Wirkung bislang nicht entfaltet.

5.2 Kosten des Gesundheitssystems und Gesundheitsausgaben

Im Rahmen der Analyse des Gesundheitssystems sprechen wir von Kosten, wenn auf die Leistungserbringer bezug genommen wird (z.B.: Die Spitäler verursachen Kosten in Höhe von Fr. x Mrd.). Von Ausgaben wird hingegen nur im Zusammenhang mit dem Konsum gesprochen (z.B.: Die Schweizer haben Fr. x Mrd. für Medikamente ausgegeben.).

5.2.1 Kosten nach den wichtigsten Leistungserbringern**Fragestellung:**

Wird die Kostenstruktur des Gesundheitssystems entsprechend den Kategorien von Leistungserbringern durch das KVG beeinflusst?

Tabelle 5.3: Kosten pro Leistungserbringer, 1994 bis 1996

Leistungserbringer	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Pflegeinstitutionen (spitalinterne Pflege)	18'541.8	54.8	18'898.1	53.9	19'644.7	53.2	1.9	4.0
Akutspitäler und Einrichtungen für Langzeitpflege	16'788.8	49.6	17'026.0	48.6	17'634.4	47.7	1.4	3.6
Einrichtungen für Behinderte	1'753.0	5.2	1'872.1	5.3	2'010.3	5.4	6.8	7.4
Ambulante Gesundheitsdienste	12'969.2	38.4	13'694.2	39.1	14'626.9	39.6	5.6	6.8
Ärzte	5'790.7	17.1	6'123.1	17.5	6'594.6	17.9	5.7	7.7
Zahnärzte	2'734.3	8.1	2'871.6	8.2	3'101.4	8.4	5.0	8.0
Physiotherapeuten	428.0	1.3	447.5	1.3	450.2	1.2	4.6	0.6
Spitex	638.4	1.9	702.3	2.0	772.5	2.1	10.0	10.0
Andere ambulante Dienste	551.3	1.6	547.1	1.6	576.9	1.6	-0.7	5.4
Medizinische Labors	281.4	0.8	295.6	0.8	319.2	0.9	5.0	8.0
Apotheken	2'278.0	6.7	2'440.0	7.0	2'546.0	6.9	7.1	4.3
Drogerien	267.0	0.8	267.0	0.8	266.0	0.7	0.0	-0.4
Sozialversicherungen und Staat	2'306.1	6.8	2'458.1	7.0	2'671.3	7.2	6.6	8.7
Sozialversicherungen	1'502.3	4.4	1'597.9	4.6	1'814.0	4.9	6.4	13.5
Staat	803.8	2.4	860.2	2.5	857.3	2.3	7.0	-0.3
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

Quelle: BFS (1998)

Mit der Einführung des KVG scheint sich die Entwicklung in Richtung von mehr ambulanten Diensten und weniger Hospitalisierungen zu bestätigen (vgl. Tabelle 5.3). Diese Verschiebung besteht jedoch schon seit 1994, so dass die Einführung des KVG in diesem Bereich keine grösseren Veränderung bewirkt.

Folgerung 5.2:

Das KVG hat hinsichtlich der Kostenstruktur des Gesundheitssystems keine spezifische Veränderung hervorgerufen. Dies gilt insbesondere für die Verteilung der Kosten zwischen dem ambulanten und stationären Sektor.

5.2.2 Ausgaben nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen

Fragestellung:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsausgaben?

Was die Analyse nach der Art der beanspruchten Güter und Dienstleistungen anbelangt, ist die oben festgestellte Entwicklung - anteilmässige Zunahme des ambulanten Sektors und Rückgang des Spitalsektors - noch offensichtlicher, da die ambulanten Leistungen der Pflegeinstitutionen von der spitalinternen Pflege abgezogen und den ambulanten Diensten zugeordnet werden. Dieses Segment des Konsums von Gesundheitsleistungen weist seit einigen Jahren ein starkes Wachstum auf. Der Konsum von Medikamenten dagegen ist stabil.

Die im KVG vorgesehene Förderung der Prävention wirkt sich noch nicht auf die Ausgaben aus, denn diese sind weiterhin stabil (vgl. Tabelle 5.4). Was die Verwaltungskosten der Sozialversicherungen und des Staates anbelangt, fällt die starke Zunahme der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (+16.3%) und der IV/AHV (+14.5%) im Gegensatz zu den praktisch stabilen Ausgaben des Staates (hauptsächlich der Kantone) auf. Bei der Krankenversicherung könnte es sich um eine indirekte und nicht beabsichtigte Auswirkung des KVG handeln. Durch die neue Rolle, die das Gesetz den Krankenversicherern zuweist, sind gewisse Verwaltungsaufgaben mit einem grösseren Aufwand verbunden (vgl. Kap. 5.2.1 Krankenversicherung, Analyse pro Kostenkategorie).

Folgerung 5.3:

Das KVG hat bislang keine Auswirkungen auf die Struktur der 1996 getätigten Gesundheitsausgaben. Eine Ausnahme hiervon bildet möglicherweise der nicht beabsichtigte Effekt, der in einer deutlichen Zunahme der Verwaltungskosten der Krankenversicherer besteht.

Tabelle 5.4 Ausgaben nach den beanspruchten Gütern und Dienstleistungen, 1994 bis 1996

Art der Leistungen	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Stationäre Versorgung	16'759.1	49.6	16'959.1	48.4	17'577.7	47.6	1.2	3.6
Akutspitäler und Institutionen für Langzeitpflege	16'788.8	49.6	17'026.0	48.6	17'634.4	47.7	1.4	3.6
davon ambulante Pflege	-1'340.7	- 4.0	-1'475.0	- 4.2	-1'591.0	- 4.3	10.0	7.9
davon Medikamente	-442.0	- 1.3	- 464.0	- 1.3	- 476.0	- 1.3	5.0	2.6
Institutionen für Behinderte	1'753.0	5.2	1'872.1	5.3	2'010.3	5.4	6.8	7.4
Ambulante Pflege	11'047.9	32.7	11'710.2	33.4	12'594.9	34.1	6.0	7.6
Akutspitäler und Institutionen für Langzeitpflege	1'340.7	4.0	1'475.0	4.2	1'591.0	4.3	10.0	7.9
Ärzte	5'790.7	17.1	6'123.1	17.5	6'594.6	17.9	5.7	7.7
davon Medikamente	- 717.0	- 2.1	- 752.0	- 2.1	- 811.0	- 2.2	4.9	7.8
Zahnärzte	2'734.3	8.1	2'871.6	8.2	3'101.4	8.4	5.0	8.0
Physiotherapeuten	428.0	1.3	447.5	1.3	450.2	1.2	4.6	0.6
Spitex	638.4	1.9	702.3	2.0	772.5	2.1	10.0	10.0
Andere ambulante Dienste	551.3	1.6	547.1	1.6	576.9	1.6	- 0.7	5.4
Medizinische Labors	281.4	0.8	295.6	0.8	319.2	0.9	5.0	8.0
Medikamente	3'704.0	11.0	3'923.0	11.2	4'099.0	11.1	5.9	4.5
Apotheken	2'278.0	6.7	2'440.0	7.0	2'546.0	6.9	7.1	4.3
Ärzte	717.0	2.1	752.0	2.1	811.0	2.2	4.9	7.8
Akutspitäler und Institutionen für Langzeitpflege	442.0	1.3	464.0	1.3	476.0	1.3	5.0	2.6
Drogerien	267.0	0.8	267.0	0.8	266.0	0.7	0.0	- 0.4
Prävention	589.5	1.7	657.3	1.9	672.7	1.8	11.5	2.3
Unfallversicherung UVG	99.4	0.3	106.4	0.3	106.8	0.3	7.0	0.4
Fonds für Verkehrssicherheit	17.9	0.1	22.8	0.1	21.9	0.1	27.4	- 3.9
Infektionskrankheiten	62.3	0.2	61.4	0.2	77.2	0.2	- 1.4	25.7
Alkoholismus und Betäubungsmittel	128.8	0.4	158.9	0.5	161.1	0.4	23.4	1.4
Lebensmittelkontrolle	127.9	0.4	137.4	0.4	133.0	0.4	7.4	- 3.2
Schulgesundheitsdienst	153.2	0.5	170.4	0.5	172.7	0.5	11.2	1.3
Verwaltung	1'716.6	5.1	1'800.8	5.1	1'998.6	5.4	4.9	11.0
Krankenkasse	1'154.8	3.4	1'230.6	3.5	1'431.7	3.9	6.6	16.3
Unfallversicherung UVG	137.9	0.4	138.3	0.4	139.3	0.4	0.3	0.7
IV-AHV	92.3	0.3	99.8	0.3	114.3	0.3	8.1	14.5
Öffentliches Gesundheitswesen	331.6	1.0	332.1	0.9	313.3	0.8	0.2	- 5.7
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

Quelle: BFS (1998)

5.3 Finanzierung des Gesundheitssystems

Im Rahmen der Analyse der Finanzierung des Gesundheitssystems lassen sich zwei Ebenen unterscheiden: zum einen die direkte Bezahlung von Leistungen (entsprechend der finanzierenden Wirtschaftseinheit) und zum andern entsprechend dem Träger der tatsächlichen wirtschaftlichen Belastung.

Die wichtigsten Finanzierungseinheiten sind die Gebietskörperschaften (Staat), die Sozialversicherungen und die Privathaushalte. Die letzteren umfassen die Finanzströme, die grundsätzlich durch die Budgets der natürlichen Personen fließen. Die Ströme der Barleistungen (Renten, Kapitalauszahlungen, Taggelder usw.), die an die Haushalte ausgerichtet werden und indirekt zur Finanzierung der Leistungen des Gesundheitssystems dienen, sind alle in der Rubrik "Privathaushalte" enthalten. Dasselbe gilt für die Ergänzungsleistungen der AHV/IV (siehe Kap. 6) und für die Sozialhilfe (Kap. 7), die bislang im Rahmen der Analyse der Finanzierung des Gesundheitssystems nicht speziell behandelt wurden.

5.3.1 Finanzierung nach Wirtschaftseinheit

Auf dieser Ebene der Analyse der Finanzierung sollten die Auswirkungen des KVG am besten erkennbar sein. Was die Finanzierungsanteile der Krankenversicherung zum einen und der Privathaushalte zum andern anbelangt, müssen jedoch zwei Vorbehalte angebracht werden. Erstens entsprechen die Zahlungen der Krankenkassen den Bruttobeträgen der für die Versicherten erfassten Rechnungen. Damit sind auch jene Zahlungen enthalten, die zu Lasten der Haushalte gehen (Franchisen, Kostenbeteiligung)¹. Zweitens enthalten sie Zahlungen der Privathaushalte einen Betrag von ca. 300 bis 400 Mio. Franken,

¹ Die Analyse der Kostenbeteiligung der Versicherten wird im Rahmen der Krankenversicherung behandelt (vgl. Kapitel 3).

der den Leistungen entspricht, die von privaten Versicherungen (Privatunternehmen) ausgerichtet wurden.

Fragestellung:

Welche Auswirkungen hatte das KVG auf die direkten Finanzierungsanteile der Wirtschaftseinheiten des Gesundheitssystems?

Tabelle 5.5: Finanzierung des Gesundheitssystems nach Wirtschaftseinheiten, 1994 - 1996

Finanzierungseinheit	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Privathaushalte	8'840.0	26.1	9'065.1	25.9	8'966.0	24.3	2.5	-1.1
<i>Davon Rückzahlungen der privaten Versicherer</i>	439.3	1.3	351.4	1.0	351.4	1.0	20.0	0.0
Krankenkasse	15'351.8	45.4	16'218.3	46.3	17'891.5	48.4	5.6	10.3
Unfallversicherung UVG	1'147.8	3.4	1'146.7	3.3	1'156.7	3.1	-0.1	0.9
IV-AHV¹⁾	2'230.7	6.6	2'375.0	6.8	2'584.7	7.0	6.5	8.8
Militärversicherung	51.5	0.2	46.5	0.1	44.1	0.1	-9.7	-5.2
Bund	132.7	0.4	150.7	0.4	140.5	0.4	13.6	-6.8
Allgemeine Dienste	115.4	0.3	131.9	0.4	128.0	0.3	14.3	-3.0
Akutspitäler und Institutionen für Alkoholabgabe ²⁾	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	17.3	0.1	18.8	0.1	12.5	0.0	8.7	-33.5
Kantone	4'646.1	13.7	4'677.5	13.3	4'811.6	13.0	0.7	2.9
Allgemeine Dienste	290.3	0.9	325.9	0.9	333.8	0.9	12.3	2.4
Akutspitäler und Institutionen für Spitex	4'117.3	12.2	4'039.8	11.5	4'134.3	11.2	-1.9	2.3
	67.7	0.2	72.8	0.2	133.7	0.4	7.5	83.7
Institutionen für Behinderte	170.8	0.5	239.0	0.7	209.8	0.6	39.9	-12.2
Gemeinden	805.6	2.4	712.8	2.0	712.8	1.9	-11.5	0.0
Allgemeine Dienste	183.5	0.5	176.3	0.5	176.3	0.5	-3.9	0.0
Akutspitäler und Institutionen für Spitex	483.8	1.4	398.2	1.1	398.2	1.1	-17.7	0.0
	115.3	0.3	118.7	0.3	118.7	0.3	2.9	0.0
Institutionen für Behinderte	23.0	0.1	19.6	0.1	19.6	0.1	-14.8	0.0
Ausland³⁾	610.9	1.8	657.7	1.9	635.0	1.7	7.7	-3.5
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

1) Einschliesslich der Beiträge der AHV an die Altershilfe (Spitex).

2) Anteil der Kantone am Reingewinn der Eidgenössischen Alkoholverwaltung, der für die Bekämpfung des Alkoholismus, der Drogenabhängigkeit und des Medikamentenmissbrauchs verwendet wird.

3) Leistungen von Schweizer Spitälern für Personen mit Wohnsitz im Ausland.

Quelle: BFS (1998)

Wie erwartet, hat der Finanzierungsanteil der Privathaushalte abgenommen, während jener der Krankenversicherung angestiegen ist (vgl. Tabelle 5.5). Diese Verschiebungen bestehen schon seit einigen Jahren, doch war 1996 mit dem Inkrafttreten des KVG eine erhebliche Diskontinuität zu verzeichnen. Was die jährlichen Schwankungen anbelangt, haben die Zahlungen der Privathaushalte 1996 um 1.1% abgenommen, während sie im Vorjahr um 2.5% angestiegen waren; bei den Zahlungen der Krankenkassen belief sich der Anstieg 1995 auf 5.6% und 1996 auf 10.3%.

Im Bereich der Finanzierung durch die Gebietskörperschaften ist der Anteil der Kantone und Gemeinden weiterhin gesunken.² 1996 stellte er 14.9% der Zahlungen innerhalb des Gesundheitssystems dar (Kantone 13.0% und Gemeinden 1.9%).

Folgerung 5.4:

Was die Analyse entsprechend der finanzierenden Wirtschaftseinheit anbelangt, hatte das KVG die erwarteten Auswirkungen. Die Zahlungen der Privathaushalte gingen 1996 im Vergleich zum Vorjahr um 1% zurück, und jene der Krankenversicherung stiegen hauptsächlich infolge der Ausweitung des Leistungskatalogs um 10% an.

5.3.2 Finanzierung nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung**Fragestellung:**

Hat das KVG Auswirkungen auf die Finanzierungsstruktur des Gesundheitssystems, wenn nach den Trägern der wirtschaftliche Belastung unterschieden wird?

² Die Daten der Gemeinden für das Jahr 1996 konnten nicht berücksichtigt werden; es wurde davon ausgegangen, dass sie mit jenen des Jahres 1995 übereinstimmen.

Tabelle 5.6: Finanzierung des Gesundheitssystems nach dem Träger der wirtschaftlichen Belastung, 1994 - 1996.

Träger der wirtschaftlichen Belastung	1994		1995		1996		Veränderung im Vergleich zum Vorjahr (in %)	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	1995	1996
Privathaushalte	21'961.5	64.9	22'831.3	65.1	24'455.8	66.2	4.0	7.1
Direkte Zahlungen	8'840.0	26.1	9'065.1	25.9	8'966.0	24.3	2.5	-1.1
Zahlungen an die Krankenkassen ¹⁾	13'121.5	38.8	13'766.2	39.3	15'489.8	41.9	4.9	12.5
<i>davon Kostenbeteiligung der Versicherten</i>	<i>1'348.4</i>	<i>4.0</i>	<i>1'397.2</i>	<i>4.0</i>	<i>1'781.9</i>	<i>4.8</i>	<i>3.6</i>	<i>27.5</i>
Sozialversicherung	297.7	0.9	366.9	1.0	378.2	1.0	23.2	3.1
Eigenfinanzierung der Krankenkassen	297.7	0.9	366.9	1.0	378.2	1.0	23.2	3.1
Unternehmungen	2'279.0	6.7	2'351.4	6.7	2'466.7	6.7	3.2	4.9
Unfallversicherung UVG	1'147.8	3.4	1'146.7	3.3	1'156.7	3.1	-0.1	0.9
AHV-IV	1'131.2	3.3	1'204.6	3.4	1'310.0	3.5	6.5	8.7
Bund	2'420.1	7.2	2'885.7	8.2	2'505.4	6.8	19.2	-13.2
Krankenkassen ²⁾	1'411.3	4.2	1'810.7	5.2	1'364.8	3.7	28.3	-24.6
AHV-IV	824.6	2.4	877.8	2.5	956.0	2.6	6.4	8.9
Militärversicherung	51.5	0.2	46.5	0.1	44.1	0.1	-9.7	-5.2
Gesundheitswesen	132.7	0.4	150.7	0.4	140.5	0.4	13.6	-6.8
Kantone	5'350.9	15.8	5'171.2	14.8	5'715.6	15.5	-3.4	10.5
Krankenkassen	429.9	1.3	201.1	0.6	585.3	1.6	-53.2	191.0
AHV-IV	274.9	0.8	292.6	0.8	318.7	0.9	6.4	8.9
Gesundheitswesen (incl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität)	4'646.1	13.7	4'677.5	13.3	4'811.6	13.0	0.7	2.9
Gemeinden	897.0	2.7	786.2	2.2	786.2	2.1	-12.4	0.0
Krankenkassen	91.4	0.3	73.4	0.2	73.4	0.2	-19.7	0.0
Gesundheitswesen (incl. Krankenanstalten, Spitex und Invalidität)	805.6	2.4	712.8	2.0	712.8	1.9	-11.5	0.0
Ausland³⁾	610.9	1.8	657.7	1.9	635.0	1.7	7.7	-3.5
Total	33'817.1	100.0	35'050.4	100.0	36'942.9	100.0	3.6	5.4

1) Betrag, der grundsätzlich den Nettoprämien (nach Abzug der Beiträge) der Krankenversicherung und den Kostenbeteiligung entspricht

2) 1996, Zahl gemäss BSV-Abrechnung der Bundesbeiträge an die Kantone für die Prämienverbilligung,

3) nach Abzug Leistungen von Schweizer Spitälern für Personen mit Wohnsitz im Ausland

Quelle: BFS (1998)

Was die Analyse entsprechend der Träger der wirtschaftlichen Belastung anbelangt, will man in erster Linie die tatsächliche finanzielle Belastung ermitteln, die einerseits von den Privathaushalten einschliesslich der Krankenversicherungsprämien sowie der Kostenbeteiligung und andererseits von den Gebietskörperschaften (Bund, Kantone, Gemeinden) getragen wird. Die finanzielle Belastung bei den letzteren besteht dabei in Form von Dienstleistungen im Bereich der Prävention und der Verwaltung, Subventionen zu Gunsten der Leistungserbringer (Spitäler usw.) und Beiträgen für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien.

Tabelle 5.6 enthält eine vollständige Übersicht. Der Schwerpunkt der Analyse liegt dabei auf der finanziellen Belastung der Privathaushalte und des Staates (Bund, Kantone, Gemeinden). Die Belastung der Haushalte, die sich aus den Krankenversicherungsprämien, den Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) und den von den Krankenkassen nicht gedeckten Kosten (zahnärztliche Behandlungen, Pensionskosten in Pflegeheimen, Pflege zu Hause usw.) zusammensetzt, nahm 1996 noch zu (+7.1%) und belief sich auf Fr. 24.5 Mrd., was 66.2% der für das Gesundheitswesen eingesetzten Mittel entspricht. Im Gegensatz dazu ging der Anteil des Staates zurück: Bund (6.8%), Kantone (15.5%) und Gemeinden (2.1%).

In diesen aggregierten Finanzströmen kommen jedoch verschiedene und zum Teil widersprüchliche Schwankungen einzelner Finanzierungselemente nicht zum Ausdruck. So resultierte 1996 die Belastung der Privathaushalte zum einen aus einer leichten Senkung der direkten Zahlungen (out of pocket), die auf die Ausweitung des Leistungskatalogs der Grundversicherung zurückzuführen war. Zum andern aus einer Zunahme (+27%) der Zahlungen an die Krankenkassen (Prämien und Kostenbeteiligung). Was die Finanzierung durch den Staat anbelangt, ist der Anteil der Belastung, der im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen steht (einschliesslich der Subventionen für die Pflegeinstitutionen) zurückgegangen, während der für die AHV/IV aufgewendete Teil zunimmt. Die Ausgaben für die Krankenversicherung dagegen weisen

ausserordentliche Schwankungen auf, die auf Änderungen des Beitragssystems für die Prämienverbilligung zurückzuführen sind. Zu erwähnen sind auch die extremen Schwankungen der Finanzierungsströme der Kantone gemäss der Statistik der öffentlichen Finanzen. Zunächst sinken sie 1995 um 53%, steigen 1996 dann jedoch wieder um 191%. Diese Instabilität in den Jahresrechnungen der Kantone ist hauptsächlich mit den Überschneidungen der verschiedenen Prämienverbilligungssysteme von 1994 bis 1996 zu erklären (vgl. Kap. 4).

Die Abnahme der Belastung des Bundes im Jahre 1996 um insgesamt 24% resultierte direkt aus einer restriktiven Handhabung des Prämienverbilligungssystems im Einführungsjahr seitens einiger Kantone. Die Bundesbeiträge werden nämlich nur unter der Bedingung ausgeschüttet, dass sich der betreffende Kanton mit weiteren 35% beteiligt.

Folgerung 5.5:

Die finanzielle Belastung der Haushalte hat leicht zugenommen, denn sie stieg von einem Anteil von 65.1% im Jahre 1995 auf 66.2% im Jahre 1996. Diese Zunahme ist auf den Anstieg der Prämien und der Kostenbeteiligungen in der Krankenversicherung zurückzuführen. Dies sich trotz der Abnahme der direkt bezahlten Güter und Dienstleistungen (out of pocket). Wäre das Modell für die Verteilung der Bundesbeiträge voll zum Tragen gekommen, hätte sich der Anteil der Haushalte leicht vermindert.

5.4 Kosten und Finanzierung der Spitäler, der Pflegeheime und der Spitex-Dienste

Im Rahmen der Analyse der Kosten des Gesundheitssystems lassen sich drei Leistungserbringer identifizieren, für die das KVG im Bereich der Finanzierung einige Auswirkungen haben könnte: die Spitäler, die Pflegeheime und die Spitex-Dienste. Die Finanzierungsstruktur (entsprechend den finanzierenden Wirtschaftseinheiten) dieser drei Kategorien von Leistungserbringern wird in den folgenden Absätzen detailliert untersucht.

Vor der Analyse der Zahlen muss jedoch auf die Unsicherheit der Zahlenschätzungen hingewiesen werden, die darauf zurückzuführen ist, dass sich die Kosten und Finanzierungen aus zahlreichen Elementen zusammensetzen. Einige Finanzströme wurden nicht auf der Grundlage von regulären Statistiken geschätzt: die Kosten der Pflegeheime, die Kosten der häuslichen Pflege sowie die Zahlungen (und Rückerstattungen) der Krankenkassen und Haushalte. Die Zahlungen der Haushalte werden in der Regel auf der Basis der Differenz zwischen den bekannten Kosten und Finanzierungen geschätzt. Die Zahlungen und Rückerstattungen der Krankenversicherung für Leistungen in einem Pflegeheim werden seit 1994 abgeschätzt und von der Finanzierung der Spitäler abgezogen. Ausserdem ist innerhalb der Krankenversicherung keine Unterscheidung zwischen den Leistungen der Grundversicherung und jenen der Zusatzversicherungen möglich.

5.4.1 Spitäler

Fragestellung:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Spitäler?

Die Kosten der Spitäler sind 1996 etwa im gleichen Umfang gestiegen wie in den Vorjahren. Im Bereich der Finanzierung nahm der Anteil der Krankenkassen von 54.8% im Jahre 1995 auf 59.1% im Jahre 1996 zu, während der Anteil der Privathaushalte von 5.0% auf 1.2% abnahm. Die Auswirkungen des KVG (allgemeines Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung und Aufhebung der Grenzen und Vorbehalte bei der Leistungsdeckung) sind in diesem Bereich klar ersichtlich.

Bei den anderen finanzierenden Wirtschaftseinheiten (andere Sozialversicherungen, Gebietskörperschaften, Ausland) ist die Entwicklung recht stabil. Hervorzuheben ist jedoch die Tatsache, dass die Subventionierung durch

die Kantone und Gemeinden tendenziell zurückgeht; der entsprechende Anteil nahm von 35.5% im Jahre 1991 auf 29.7% im Jahre 1996 ab.

Tabelle 5.7: Kosten und Finanzierung der Spitäler

Jahr	Privathaushalte		Sozialversicherungen					Staat			Ausland	Total	
	Mio Fr.	Mio Fr.	Kranken-	Unfall-	AHV-	Militär-	Total	Bund	Kantone	Gemein-	Total	Mio Fr.	Mio Fr.
			kassen	vers. UVG	IV	vers.	Mio Fr.	Mio Fr.	Mio Fr.	Mio Fr.	Mio Fr.			Mio Fr.
1991	1'188	5'271	420	156	30	5'876	1	3'888	387	4'276	693	12'033	
1992	947	5'894	490	175	28	6'587	1	3'911	446	4'357	715	12'606	
1993	576	6'835	510	210	29	7'583	0	3'768	357	4'126	565	12'850	
1994	902	6'825	483	220	23	7'551	0	3'812	301	4'113	611	13'177	
1995	666	7'319	485	232	22	8'058	0	3'690	290	3'980	658	13'361	
1996	169	8'142	485	237	20	8'884	0	3'796	290	4'085	635	13'773	
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	
1991	9.9	43.8	3.5	1.3	0.2	48.8	0.0	32.3	3.2	35.5	5.8	100.0	
1992	7.5	46.8	3.9	1.4	0.2	52.2	0.0	31.0	3.5	34.6	5.7	100.0	
1993	4.5	53.2	4.0	1.6	0.2	59.0	0.0	29.3	2.8	32.1	4.4	100.0	
1994	6.8	51.8	3.7	1.7	0.2	57.3	0.0	28.9	2.3	31.2	4.6	100.0	
1995	5.0	54.8	3.6	1.7	0.2	60.3	0.0	27.6	2.2	29.8	4.9	100.0	
1996	1.2	59.1	3.5	1.7	0.1	64.5	0.0	27.6	2.1	29.7	4.6	100.0	

Quelle: BFS (1998)

Folgerung 5.6:

1996 sind die von den Krankenkassen an die Spitäler vergüteten Leistungen deutlich angestiegen (+11%), während der Anteil der Haushalte im Anschluss an das Inkrafttreten des KVG um 75% zurückging.

5.4.2 Pflegeheime

Fragestellung:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der Pflegeheime?

Da die Abschätzung der Kosten der Pflegeheime ausschliesslich auf Kostenindikatoren pro beschäftigte Person innerhalb dieses pflegeintensivsten Bereichs beruht, wäre es illusorisch, eine Analyse der Kostenentwicklung vornehmen zu wollen. Was die Finanzierung anbelangt, sind die Ausgaben der Gebietskörperschaften bekannt (öffentliche Finanzen), jedoch sind die Schätzungen der Ausgaben der Krankenkassen ab 1994 extrem schwierig³.

Der Finanzierungsanteil der Haushalte sinkt seit 1994 leicht. Diese Entwicklung ist indessen sehr ungewiss, da sie direkt mit den notorisch unbefriedigenden Schätzungen der Zahlungen der Krankenkassen zusammenhängt: Fr. 450 Mio. im Jahre 1994, Fr. 480 Mio. im Jahre 1995 und Fr. 500 Mio. im Jahre 1996. Die leichte Zunahme im Jahre 1996 trat etwas unerwartet ein, während allgemein Einigkeit darüber herrscht, dass die Übernahme von Leistungen in Pflegeheimen die wesentlichste Ausweitung des Leistungskatalogs des KVG darstellt. Vielleicht ist es ganz nützlich, an dieser Stelle daran zu erinnern, dass die finanziellen Auswirkungen des Leistungsausbaus innerhalb der Krankenpflegegrundversicherung in den Statistiken von 1996 noch nicht in ihrem vollen Ausmass zum Ausdruck kommen. Trotz der sehr grossen Ungenauigkeit der Schätzungen kann jedoch die Hypothese aufgestellt werden, dass im Verlauf von 1996 eine Übertragung der Lasten von den Zusatzversicherungen auf die Grundversicherung erfolgte.

³ Die Schätzungen des Konkordats der Schweizerischen Krankenversicherer beziehen sich nur auf die Grundversicherung.

Tabelle 5.8: Kosten und Finanzierung der Pflegeheime

Jahr	Privatha- us- halte	Sozialversicherungen					Staat			Ausland	Total	
		Kranken- kassen	Unfall- vers. UVG	AHV- IV	Militär- vers.	Total	Bund	Kantone	Gemein- den			Total
1991	2'507			0		0	291	169	460		2'967	
1992	2'778			0		0	257	243	500		3'278	
1993	2'987			0		0	266	204	470		3'457	
1994	2'644	450		0	450	0	305	183	488		3'582	
1995	2'727	480		0	480	0	350	108	458		3'665	
1996	2'914	500		0	500		339	108	447		3'861	
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	
1991	84.5			0.0	0.0	0.0	9.8	5.7	15.5	0.0	100.0	
1992	84.8			0.0	0.0	0.0	7.8	7.4	15.2	0.0	100.0	
1993	86.4			0.0	0.0	0.0	7.7	5.9	13.6	0.0	100.0	
1994	73.8	12.6		0.0	12.6	0.0	8.5	5.1	13.6	0.0	100.0	
1995	74.4	13.1		0.0	13.1	0.0	9.5	3.0	12.5	0.0	100.0	
1996	75.5	12.9		0.0	12.9	0.0	8.8	2.8	11.6	0.0	100.0	

1) Schätzung des BFS durch Vergleich verschiedener Quellen (BSV, KSK) und nicht mit Zahlen belegter Informationen

2) Wahrscheinlich praktisch nicht bestehende Leistungen, keine Möglichkeit zur Schätzung der Beträge

Quelle: BFS (1998)

Angesichts der obigen Erläuterungen kann nur die Entwicklung der öffentlichen Finanzierung wirklich kommentiert werden. Im Zeitraum 1991-1996 erfolgte ein Rückgang des öffentlichen Finanzierungsanteils (Kantone und Gemeinden). 1996 war jedoch kein besonders ausgeprägter Rückgang zu verzeichnen, den man direkt auf das KVG hätte zurückführen können.

Folgerung 5.7:

Infolge des ungenügenden statistischen Materials - sowohl in bezug auf die Pflegeheime als auch hinsichtlich der Krankenkassen - können in diesem Bereich nicht einmal vorläufige Schlussfolgerungen zu den KVG-Wirkungen gezogen werden. Der seit mehreren Jahren beobachtete Rückgang der Finanzierungsanteile der Kantone und Gemeinden kann nicht als Auswirkung des KVG betrachtet werden.

5.4.3 Pflege zu Hause

Fragestellung:

Hatte das KVG Auswirkungen auf die Kosten und die Finanzierung der häuslichen Pflege?

Da keine regulären Statistiken über die Spitex-Dienste vorliegen, werden die Kosten auf der Grundlage der Untersuchung geschätzt, die das BSV 1992 bei den privaten Organisationen der Altershilfe durchgeführt hat. Bei den nachfolgenden Jahren wurde von einer jährlichen Zunahme um 10% ausgegangen.

Im Bereich der Finanzierung liegt in bezug auf die Ausgaben der Gebietskörperschaften aussagekräftiges statistisches Material vor, doch hinsichtlich der Beträge, welche die Krankenkassen für die Pflege zu Hause aufwenden, stehen keine ausreichend genauen Informationen zur Verfügung. Wie bei den Pflegeheimen ist es schwierig, im Spitexbereich Schätzungen vorzunehmen. Wir sind von der Hypothese ausgegangen, dass die Zusatzversicherungen in den Jahren vor 1996 einen Grossteil dieser Leistungen bezahlt haben und dies auch weiterhin tun werden. Aufgrund der Unsicherheit der Schätzungen eignen sich die Finanzierungsanteile der Krankenkassen und der Haushalte nicht für eine Analyse der jeweiligen Entwicklung. Die verfügbaren Daten vermitteln indessen einen Eindruck vom entsprechenden Finanzierungsumfang.

Unter Berücksichtigung der obigen Erläuterungen kann nur die Entwicklung der öffentlichen Finanzierung wirklich kommentiert werden. Im Zeitraum 1992-1995 erfolgte ein Rückgang des Anteils der öffentlichen Finanzierung (Kantone und Gemeinden). 1996 dagegen wiesen die Ausgaben der Kantone einen unerwarteten Anstieg auf. Bevor man Schlüsse zur öffentlichen Finanzierung ziehen kann, müssten detailliertere Informationen über die Gemeindeausgaben vorliegen, denn bei den provisorischen Zahlen wurden jene von 1995 unterstellt. Nur so kann

überprüft werden, ob es sich nicht um eine Übertragung der finanziellen Lasten auf die Kantone handelt.

Tabelle 5.9: Kosten und Finanzierung der Pflege zu Hause

Jahr	Privatha- us- halte	Sozialversicherungen					Staat			Ausland	Total	
		Kranken- - kassen	Unfall- vers. UVG	AHV- IV	Militär- vers.	Total	Bund	Kantone	Gemein- den			Total
	Mio. Fr.	Mio. fr. ¹⁾	Mio. Fr. ²⁾	Mio.Fr. 3	Mio. Fr. ²⁾	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr.	Mio. Fr. ²⁾	Mio. Fr.
1991	153	98		67		165	0	57	114	171		488
1992	143	104		82		186	0	68	119	187		519
1993	163	116		99		215	0	79	119	198		580
1994	217	141		98		239	0	68	115	183		638
1995	235	165		112		276	0	73	119	192		702
1996	241	160		119		279	0	134	119	252		773
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1991	31.3	20.0		13.8		33.8	0.0	11.6	23.3	34.9	0.0	100.0
1992	28.3	20.0		15.8		35.8	0.0	13.1	22.9	35.9	0.0	100.0
1993	28.9	20.0		17.0		37.0	0.0	13.5	20.6	34.1	0.0	100.0
1994	34.0	22.0		15.3		37.4	0.0	10.6	18.1	28.7	0.0	100.0
1995	33.4	23.4		15.9		39.3	0.0	10.4	16.9	27.3	0.0	100.0
1996	31.2	20.7		15.4		36.1	0.0	17.3	15.4	32.7	0.0	100.0

1) Schätzung des BFS auf der Basis verschiedener, mit Zahlen belegter Quellen (BSV, KSK) und von Informationen, die nicht mit Zahlen belegt sind

2) Wahrscheinlich praktisch nicht bestehende Leistungen, keine Möglichkeit zur Schätzung der Beträge

3) Leistungen gemäss AHVG Art. 101bis, Beiträge an private Spitex-Organisationen.

Quelle: *BFS (1998)*

Folgerung 5.8:

Infolge des ungenügenden statistischen Materials - sowohl in bezug auf die Spitex-Dienste als auch hinsichtlich der Krankenkassen und der Gebietskörperschaften - können in diesem Bereich nicht einmal vorläufige Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen des KVG gezogen werden.

5.5 Literatur

Bundesamt für Statistik, 1998, *Kosten des Gesundheitswesens 1996*, BFS: Bern.

Bundesamt für Statistik, 1997, *Kosten des Gesundheitswesens 1995*, BFS: Bern.

6 Auswirkungen des KVG auf die Ergänzungsleistungen

Fragestellung:

Welche Übertragungen von finanziellen Lasten sind im System der Ergänzungsleistungen seit dem Inkrafttreten des KVG erfolgt?

6.1 Übersicht über die Ziele und die Methode des Teilprojekts "Finanzierung"

Mit der Untersuchung sollen die Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung, des Gesundheitssystems und der wichtigsten Leistungserbringer sowie auf die anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen AHV/IV und Sozialhilfe) aufgezeigt werden. Die Untersuchung dieser Systeme ist notwendig, da sie im Bereich des Gesundheitssystems - unabhängig vom "Risiko", zu dessen Deckung sie beitragen - als refinanzierende Institutionen agieren.

Die Analyse beruht auf den Daten, die das BSV bei den zuständigen kantonalen Stellen erhoben hat. Obwohl in der Statistik der öffentlichen Finanzen die Rubriken 530 (EL-AHV) und 531 (EL-IV) enthalten sind, eignet sie sich aufgrund des hohen Aggregationsniveaus nicht für eine Analyse der Auswirkungen des KVG. Zudem stimmen die Daten der öffentlichen Finanzstatistik auch auf dieser hohen Aggregationsebene nicht genau mit den Zahlen des BSV überein, da sie eine unterschiedliche Optik aufweisen: zum einen die des öffentlichen Rechnungswesens und zum andern die der Aufsichtsfunktion. Die Verarbeitung der Daten der öffentlichen Finanzen, die in *Anhang A* erläutert wird, liefert indessen interessante Informationen, die den verhältnismässig starken Rückgang der Gesamtausgaben in diesem Bereich bestätigen.

Auf den folgenden Seiten sollen in erster Linie die Beziehungen verdeutlicht werden, die zwischen dem KVG einerseits und den Ergänzungsleistungen andererseits bestehen. In einem zweiten Schritt geht es darum, einen Katalog der Auswirkungen zu erstellen, die das KVG auf diesen Zweig der sozialen Sicherheit ausübt, und Methoden festzulegen, mit denen diese Auswirkungen ermittelt werden können.

6.2 Zusammenhang von KVG und Ergänzungsleistungen

6.2.1 Die Situation unter dem KUVG¹

Vor einigen Jahren waren noch etwa 5% der AHV-Rentner und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL) keiner Krankenkasse angeschlossen. Diese Lücke wurde mit den EL ausgeglichen, indem mit diesen die **Krankheitskosten** der nicht versicherten AHV-Rentner gedeckt wurden. Ausserdem erfolgte eine Rückerstattung der Krankheitskosten von Personen, die über eine Versicherung verfügten. In der Verordnung über den Abzug von **Krankheits- und Behinderungskosten** bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) und in der Wegleitung über die Ergänzungsleistungen werden die **zu erstattenden Krankheitskosten** festgelegt.

Dabei ist beispielsweise zu erwähnen, dass die Rückerstattung der Kosten eines Spitalaufenthalts auf die in der allgemeinen Abteilung entstandenen Kosten beschränkt war. Doch die Rückerstattung der Krankheitskosten konnte nicht unbegrenzt erfolgen. Die Grenze bildet der frei verfügbare Teil. Dieser entsprach dem Unterschied zwischen der um zwei Drittel erhöhten Einkommensgrenze und der monatlich ausgerichteten EL. Die Kosten, die aus einem längeren Spitalaufenthalt resultierten, konnten nicht vollständig gedeckt werden.

¹ Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) vom 13.6.1911.

Tabelle 6.1: Beispiel für die Berechnung der jährlichen EL für eine alleinstehende Person, die zu Hause lebt (gültig ab 1.1.1995)

Ausgaben		
Lebensbedarf (=Einkommengrenze)		16'660
Nettomietzins	5'800	
Nebenkosten	600	
Selbstbehalt	-800	
Anrechenbarer Mietzins		5'600
Krankenkassenprämie		2'000
Diätkosten		2'100
Total		26'360
Einnahmen		
AHV-Rente		18'000
Pensionskasse		3'000
Vermögen	10'000	
Freibetrag	-25'000	
Differenz	0	
Vermögensverzehr 1/10		0
Vermögensertrag		400
Total		21'400
Ergänzungsleistung		
Ausgaben	26'360	
Einnahmen	-21'400	
jährlich		4'960
monatlich		413

Quelle: BSV

Seit dem 1. Januar 1996 übernehmen die EL diese Rolle nicht mehr. Als erstes erstatten sie künftig den zu Lasten des Versicherten gehenden Selbstbehalt sowie die tiefstmögliche Franchise, die sich aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ergeben. Hinzu kommen noch einige andere **Rückerstattungsmöglichkeiten (Pflege zu Hause, Zahnarzt)**, wie dies unter dem KUVG der Fall war. Es erfolgten somit keine grundlegenden Änderungen, sondern es wurde vielmehr eine Anpassung an den neuen Leistungskatalog des KVG vorgenommen.

Tabelle 6.2: Beispiel für die Berechnung der jährlichen EL für eine alleinstehende Person, die zu Hause lebt (gültig ab 1.1.1997)

Ausgaben		
Lebensbedarf (=Einkommensgrenze)		17'090*
Nettomietzins	8'100	
Nebenkosten	600	
Selbstbehalt	-800	
Anrechenbarer Mietzins		7'900
Diätkosten		2'100
Total		27'090
Einnahmen		
AHV-Rente		18'816
Pensionskasse		3'600
Vermögen	10'000	
Freibetrag	-25'000	
Differenz	0	
Vermögensverzehr 1/10		0
Vermögensertrag		400
Total		22'816
Ergänzungsleistung		
Ausgaben	27'090	
Einnahmen	-22'816	
jährlich		4'274*
monatlich		357

* Hinzu kommt der Betrag der anrechenbaren kantonalen Prämie für die obligatorische Krankenversicherung, die für die EL-Berechtigte Personen voll vergütet wird.

Quelle: BSV

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die **Krankenversicherungsbeiträge** vor dem Inkrafttreten des KVG bei der Berechnung der EL berücksichtigt wurden. Seit Anfang 1996 werden sie jedoch nicht mehr im Rahmen der EL, sondern durch das Prämienverbilligungssystem erstattet. In Tabelle 6.1 und Tabelle 6.2 ist je ein Beispiel für die Berechnung einer jährlichen EL vor und nach dem Inkrafttreten des KVG enthalten. Die Mehrheit der Kantone hatte 1996 das in Tabelle 6.1 erläuterte Berechnungssystem übernommen (doch unter Ausschluss der

Krankenkassenprämien), wobei die Krankenkassenprämien ohne Erhöhung der Einkommensgrenze ausgeschlossen wurden. Dies führte 1997 dazu, dass auf dem Verordnungsweg in allen Kantonen das in Tabelle 6.2 erläuterte Berechnungssystem eingeführt wurde.

6.2.2 Die Situation unter dem KVG

Selbstbehalt und Franchise

Gemäss der neuen Regelung wird der **Selbstbehalt**, der von den Versicherten zu übernehmen ist, im Rahmen der EL bis zu einem Betrag von Fr. 600 bei Erwachsenen und Fr. 300 bei Kindern erstattet. Im weiteren erstatten die EL die tiefste **Franchise**, d.h. Fr. 150. Was die Erstattung des Selbstbehalts und der Franchise anbelangt, erhält ein EL-Bezüger somit maximal Fr. 750².

Begrenzung bei den Grundleistungen

Unter dem KUVG wurde zwischen obligatorischen und freiwilligen Leistungen unterschieden. Für Personen, die nicht bei einer Krankenkasse versichert waren, wurden im Rahmen der EL auch die freiwilligen Leistungen übernommen. So wurden beispielsweise Medikamente bezahlt, die nicht zu den obligatorischen Leistungen der Krankenkassen gehörten. Unter dem neuen Gesetz wird nun ein weiterer Bereich abgedeckt. Es müssen daher keine zusätzlichen Vergütungen mehr ausgerichtet werden. Konsequenterweise wurde die vorherige Möglichkeit aufgehoben, die Kosten für jene Medikamente zu erstatten, die nicht zum obligatorischen Leistungsumfang der Krankenkassen gehören.

² Der Selbstbehalt und die Franchise wurden bereits unter dem KUVG erstattet. Neu festgelegt wurden lediglich die Beträge.

Spitalaufenthalt

Je nach Kategorie, der die Patienten angehören, müssen sie während eines Spitalaufenthalts eine Kostenbeteiligung von Fr. 10 pro Tag übernehmen. Dieser Betrag kann im Rahmen der EL nicht übernommen werden, da er in der für die Ausrichtung der EL massgebenden Einkommensgrenze (die dem Lebensbedarf entspricht) bereits enthalten ist und damit mit der ordentlichen monatlichen EL bezahlt wird. Bei dieser Kostenbeteiligung geht es insbesondere um die Mahlzeitenkosten, die während des Spitalaufenthalts anfallen.

Spezielle Rückerstattungsmöglichkeiten

Im Rahmen der EL werden weiterhin Kosten übernommen, die nicht im Zusammenhang mit den Grundleistungen der Krankenversicherung stehen, jedoch Personen mit bescheidenem Einkommen vor Probleme stellen.

Im Bereich der **Hilfe und Pflege zu Hause** handelt es sich in erster Linie um

- die Hilfe und Pflege zu Hause durch gemeinnützige Institutionen;
- Aufenthalte in Tageszentren;
- Erholungsaufenthalte oder vorübergehende Aufenthalte in Altersheimen, Pflegeinstitutionen, Erholungs- oder Behindertenheimen; der maximale Rückerstattungsbetrag hängt von der Grenze ab, die in einem bestimmten Kanton für die Aufenthaltstaxe in Heimen gilt;
- Elektrobetten (Mietkosten).

Was die **Kosten für Zahnbehandlungen** anbelangt, die bislang im Rahmen der EL übernommen wurden, ist es seit dem 1. Januar 1997 notwendig, einen Kostenvoranschlag für jene Behandlungen einzureichen, deren Kosten Fr. 3'000 überschreitet. Die zuständige EL-Stelle prüft mit einem Vertrauenszahnarzt, ob es sich um eine einfache und zweckmässige Behandlung handelt, und legt dann den Rückerstattungsbetrag fest.

Verbilligung der Krankenkassenprämien

1996 stellte der Bund den Kantonen Fr. 1'830 Mio. für die Prämienverbilligung zur Verfügung. Die Kantone ihrerseits sollten einen Beitrag von Fr. 640.5 Mio. leisten. So sollte sich die Summe der Beiträge des Bundes und der Kantone für die Prämienverbilligung in der Schweiz auf Fr. 2'470.5 Mio. belaufen. Doch zahlreiche Kantone haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen weniger hohen Beitrag zu leisten. Dies hatte zur Folge, dass sich der Anteil der Bundesbeiträge im gleichen Verhältnis reduzierte und von den ursprünglich vorgesehenen Fr. 1'830 Mio. nur Fr. 1'362 Mio. abgerufen wurden. Der ursprünglich veranschlagte Betrag von Fr. 2'470.5 Mio. für die Verbilligung der Prämien von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen verminderte sich damit auf Fr. 1'813 Mio.

Seit Anfang 1996 werden die Krankenversicherungsprämien nicht mehr im Rahmen der EL übernommen. Bei der Berechnung der EL gehören sie ebenfalls nicht mehr zur Kategorie der anerkannten Ausgaben. Um den Wegfall des Krankenkassenprämienabzugs zu kompensieren, war daher eine Erhöhung der für den Anspruch auf eine EL massgebenden Einkommensgrenze um die Höhe der jährlichen kantonalen Nettoprämie vorgesehen, die nach der Prämienverbilligung zu Lasten der EL-Bezüger geht. Viele Kantone haben indessen auf eine Erhöhung der Einkommensgrenze verzichtet und im Rahmen der Prämienverbilligungssysteme beschlossen, dass den EL-Bezügern die Prämie voll verbilligt wird.

1996 wurde die Einkommensgrenze (für alleinstehende Personen) nur in den Kantonen Zürich und Tessin um Fr. 1'200 erhöht³.

Tabelle 6.3: Kantonale Durchschnittsprämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (incl. Unfalldeckung) bei Erwachsenen, Erwachsenen in Ausbildung und Kindern für 1997 (in Fr.)

Kanton	Erwachsene		Erwachsene in Ausbildung		Kinder	
	Pro Monat	Pro Jahr	Pro Monat	Pro Jahr	Pro Monat	Pro Jahr
ZH	214.71	2'577	132.22	1'587	57.87	694
BE	206.88	2'483	127.35	1'528	55.45	665
LU	159.76	1'917	107.49	1'290	42.42	509
UR	151.62	1'819	96.90	1'163	39.78	477
SZ	159.15	1'910	104.21	1'251	41.65	500
OW	150.37	1'804	100.03	1'200	39.77	477
NW	143.39	1'721	95.39	1'145	39.09	469
GL	146.19	1'754	90.95	1'091	39.38	473
ZG	157.42	1'889	101.84	1'222	41.52	498
FR	200.93	2'411	135.15	1'622	54.62	655
SO	183.97	2'208	117.11	1'405	48.86	586
BS	233.56	2'803	147.63	1'772	60.33	724
BL	205.91	2'471	129.63	1'556	53.42	641
SH	171.85	2'062	109.87	1'318	46.38	557
AR	139.63	1'676	92.72	1'112	39.57	475
AI	127.12	1'525	86.96	1'044	35.62	427
SG	156.19	1'874	103.43	1'241	42.99	516
GR	155.30	1'864	100.32	1'204	41.71	501
AG	151.83	1'822	97.04	1'164	40.29	483
TG	153.52	1'842	98.88	1'187	41.83	502
TI	229.99	2'760	133.83	1'606	64.67	776
VD	263.95	3'167	169.53	2'034	78.77	945
VS	182.71	2'193	124.47	1'494	51.33	616
NE	219.22	2'631	140.90	1'691	59.69	716
GE	219.22	3'577	194.86	2'338	85.09	1'021
JU	206.04	2'472	142.54	1'710	55.35	664

Quelle: *AHV-Praxis, 1/1997*

³ 1997 beliefen sich die entsprechenden Erhöhungen auf Fr. 1'000 im Kanton Zürich und auf Fr. 708 im Kanton Tessin.

Nach dem Wegfall des Abzugs der Krankenkassenprämien - d.h. Anfang 1996 - verloren viele Personen, deren Ergänzungsleistung unter dem Betrag der Prämie lag, ihren Anspruch auf EL und mussten die kantonalen Prämienverbilligungssysteme in Anspruch nehmen. So konnten sie keine EL mehr beanspruchen, und in vielen Fällen hatten sie auch keinen Anspruch auf eine Prämienverbilligung, weil die dafür relevante Einkommensgrenze zu tief angesetzt war. Deshalb verabschiedete der Bundesrat im Anschluss an die Einführung der Prämienverbilligung im Rahmen des KVG die Verordnung vom 17. Juni 1996 über die Erhöhung der Einkommensgrenzen, in der festgelegt ist, dass das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) für das Jahr 1997, bis spätestens Ende November 1996, massgebliche Beträge für die Erhöhung der Einkommensgrenzen festsetzt. Daraus folgte die Verordnung vom 21. November 1996 über die kantonalen Durchschnittsprämien 1997 der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen. Mit der neuen Verordnung wurde die Einkommensgrenze (Fr. 16'660 im Jahre 1996, Fr. 17'090 im Jahre 1997) gemäss einer technischen Lösung, deren Ausgestaltung den Kantonen überlassen bleibt, um den Betrag der Durchschnittsprämie erhöht.

Ganz allgemein beinhaltet die dritte Revision des Gesetzes über die Ergänzungsleistungen, die am 1. Januar 1998 in Kraft getreten ist, sowohl in bezug auf die Krankenkassenprämien als auch hinsichtlich der Finanzströme und der Zahl der Leistungsbezüger keine grundlegenden Änderungen.

6.2.3 Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Ergänzungsleistungen

Dank der Untersuchung des BSV, die auf den Daten der ausführenden EL-Organen der Kantone (und zum Teil der Gemeinden) beruht, liegt für den Bereich der Ergänzungsleistungen eine verhältnismässig umfangreiche statistische Basis vor. Bei diesen EL-Organen handelt es sich in der Regel um die kantonalen Ausgleichskassen. Die erwähnte Untersuchung wird seit 1987 durchgeführt und

basiert auf der Zahlung der jährlichen EL im März. Sie umfasst ungefähr 150'000 Personen, für die bezüglich der Rückerstattung der Krankheitskosten leider keine Informationen zur Verfügung stehen. Erst seit 1995 stellen vier Kantone (BE, AG, NE, LU) sehr detaillierte Daten über die Krankheitskosten zur Verfügung. Der Kanton Zug hat sich diesem System 1996 angeschlossen, um es jedoch kurz danach wieder aufzugeben und das System des Kantons St. Gallen zu übernehmen. Die Zusammenstellung der Krankheitskosten erfolgt nicht im Rahmen des Registers der Leistungsbezüger, sondern beruht auf einer Software, die von einem privaten Unternehmen entwickelt wurde (Mathieu-System). Der Kanton St. Gallen benutzt sein eigenes System, das auch von 15 weiteren Kantonen eingesetzt wird. Mit dem im Kanton St. Gallen eingesetzten System erfolgt eine recht grob ausgerichtete Erfassung der Krankheitskosten; die entsprechenden Daten werden vom BSV nicht verwertet. In den übrigen sechs Kantonen kommen individuelle Lösungen zum Einsatz. Der Kanton St. Gallen ist gegenwärtig dabei, sein System zu überarbeiten.

Auf der Grundlage der im November 1997 verfügbaren Daten konnten die folgenden vier Analysebereiche eruiert werden.

Zeitreihen über die Leistungsbezüger und die eingesetzten Beträge, 1987 - 1996

Tabelle 6.4: EL-AHV/IV, Bezüger und Ausgaben

Jahr	Bezüger 31.12.		Ausgaben pro Jahr*	
	Absolut	1987=100	in Mio. Fr.	1987=100
1987	140'897	100	1'057.6	100
1988	142'099	101	1'153.0	109
1989	146'210	104	1'243.4	118
1990	151'379	107	1'433.6	136
1991	161'535	115	1'637.8	155
1992	161'306	114	1'894.4	179
1993	161'438	115	2'035.7	192
1994	162'261	115	2'112.4	200
1995	165'445	117	2'157.6	204
1996	154'490	110	1'904.5	180

* 1991, ohne Jubiläumszuschuss

Quelle: BSV

Von 1995 bis 1996 waren ein deutlicher Rückgang der Zahl der Bezüger von EL-AHV/IV (6.6%) und eine Reduktion der Gesamtausgaben in Höhe von Fr. 253.1 Mio. (11.7%) zu verzeichnen. 1996 wendeten der Bund und die Kantone für die EL Fr. 1'904.5 Mio. auf, während sich der entsprechende Betrag 1995 noch auf Fr. 2'157.6 Mio. belaufen hatte.

Tabelle 6.5: Ergänzungsleistungen 1995 und 1996 pro Kanton (in Fr.)

Kanton	EL-AHV/IV 1995	EL-AHV/IV 1996	Differenz in Fr. zu 1995	%-Diff.	Bundes- beiträge 1995, in %	Bundes- beiträge 1996, in %
ZH	337'910'346	336'889'985	-1'020'361	-0.3	10	10
BE	318'365'549	278'251'207	-40'114'342	-12.6	30	33
LU	95'920'778	92'424'477	-3'496'301	-3.6	31	28
UR	6'294'736	5'972'009	-322'727	-5.1	35	35
SZ	23'415'426	18'976'992	-4'438'434	-19	28	25
OW	5'548'852	5'636'604	87'752	1.6	35	35
NW	4'280'213	4'190'849	-89'364	-2.1	22	16
GL	10'034'659	8'610'353	-1'424'306	-14.2	28	30
ZG	10'428'884	9'943'412	-485'472	-4.7	10	10
FR	88'768'594	74'611'772	-14'156'822	-15.9	34	35
SO	61'855'775	49'031'864	-12'823'911	-20.7	25	27
BS	110'308'172	102'341'516	-7'966'656	-7.2	10	10
BL	54'878'111	50'163'124	-4'714'987	-8.6	16	10
SH	13'861'890	12'282'692	-1'579'198	-11.4	24	19
AR	11'814'553	10'392'212	-1'422'341	-12	33	35
AI	2'610'891	2'052'583	-558'308	-21.4	35	35
SG	112'481'891	105'344'177	-7'137'714	-6.3	24	23
GR	24'823'342	24'787'793	-35'549	-0.1	33	31
AG	73'523'807	55'617'531	-17'906'276	-24.4	20	19
TG	45'523'805	37'069'104	-8'454'701	-18.6	26	22
TI	128'709'576	120'825'269	-7'884'307	-6.1	31	28
VD	278'175'519	221'209'928	-56'965'591	-20.5	22	21
VS	42'955'992	29'492'304	-13'463'688	-31.3	35	35
NE	84'217'349	68'197'660	-16'019'689	-19	35	35
GE	184'934'826	158'549'241	-26'385'585	-14.3	10	10
JU	25'981'155	21'600'967	-4'380'188	-16.9	35	35
CH	2'157'624'691	1'904'465'625	-253'159'066	-11.7	22	22

Quelle: BSV

Dieser Rückgang ist hauptsächlich auf das neue Krankenversicherungsgesetz zurückzuführen. Als Folge des mit dem KVG eingeführten Prämienverbilligungssystems werden diese Ausgaben bei der EL-Berechnung nicht mehr berücksichtigt.

Die Krankenversicherung gewährt im übrigen höhere und zeitlich unbefristete Beiträge für Aufenthalte in Pflegeheimen, wodurch die Rechnung der Ergänzungsleistungen zusätzlich entlastet wird.

Tabelle 6.6: Finanzielle Entlastung von Bund und Kantonen bei den EL

	1995	1996	Differenz
Bund	482.9	414.3	-68.6
Kantone	1'674.7	1'490.2	-184.5
Total	2'157.6	1'904.5	-253.1

Quelle: *Schätzungen auf der Basis der obenstehenden Tabellen*

Die Einführung des neuen KVG ist daher mit Entlastungen im Bereich der Ergänzungsleistungen (EL) verbunden. Gemäss der in der Dokumentation zum KVG enthaltenen Schätzung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren sollten sich die Entlastungen im Bereich der Ergänzungsleistungen auf Fr. 85 Mio. belaufen [BSV (1994)].

Das erste Jahr unter dem neuen KVG hat gezeigt, dass sich für die Kantone eine höhere Entlastung ergibt als erwartet; diese beträgt ungefähr Fr. 100 Mio.

Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung für Personen in Pflegeheimen in den Jahren 1995 und 1996

Die Ausgaben für Personen, die in Pflegeheimen leben, gingen von 1995 bis 1996 um Fr. 82.4 Mio. zurück. Abgesehen vom Prämienverbilligungssystem steht dieser Rückgang mit der Ausrichtung von höheren und zeitlich unbefristeten Beiträgen für Aufenthalte in Heimen im Zusammenhang. Die Beiträge der Krankenkassen

sind von Fr. 2'300 im Jahre 1995 auf Fr. 4'000 im Jahre 1996 angestiegen (Durchschnittswerte pro Jahr). Die zusätzlichen Fr. 1'700, die von den Krankenkassen übernommen wurden, bedeuteten für die EL eine Entlastung in gleicher Höhe.

Bei den Leistungsbezüglern, die zu Hause leben, betrug der Rückgang 154.3 Mio. Franken. Bei dieser Kategorie von EL-Bezüglern erwies sich das Prämienverbilligungssystem in Verbindung mit dem Rückgang der Zahl der Leistungsbezüglern als ausschlaggebend für die Senkung der Ausgaben.

Die übrigen Kosten, die von der Krankenpflegegrundversicherung ausgeschlossen sind und in den Jahren 1995 und 1996 im Rahmen der Ergänzungsleistungen übernommen wurden

Im Rahmen des KVG werden weitaus mehr Leistungen übernommen als vorher. Deshalb konnten die Krankheitskosten, die bislang im Rahmen der EL erstattet wurden, begrenzt werden. 1996 gingen die Krankheitskosten um Fr. 16.3 Mio. zurück, was höchstwahrscheinlich eine direkte Folge der Ausweitung des Leistungskatalogs ist: unbefristete Leistungen bei Spitalaufenthalt, Auflösung der Versicherungsreserven, therapeutische Apparate und zahnärztliche Behandlungen im Anschluss an eine Erkrankung. Bei der Auslegung dieser Daten ist eine gewisse Vorsicht geboten, denn die Krankheitskosten weisen eine grosse Schwankungsbreite auf. Dies ist vor allem auf rückwirkende Zahlungen zurückzuführen, die sich nicht unbedingt auf das Geschäftsjahr beziehen, in dem sie erfasst wurden.

So stiegen die Krankheitskosten im Zeitraum 1991 bis 1993 von Fr. 135.8 Mio. auf Fr. 280.7 Mio. an und gingen jedoch bereits 1994 wieder zurück. Dieses Phänomen hängt sehr wahrscheinlich mit der Unregelmässigkeit dieser Ausgaben und mit den in der Wegleitung vorgesehenen Fristen für die Einreichung von Rückerstattungsgesuchen zusammen. Die Kosten werden erstattet, wenn die betroffenen Personen ihren Anspruch innerhalb von 15 Monaten nach dem Zeitpunkt geltend machen, in dem diese Kosten in Rechnung gestellt wurden.

Tabelle 6.7: EL-AHV/IV, Aufschlüsselung der Ausgaben nach Unterkunftstyp und Krankheitskosten (Jahresbeträge, in Mio. Fr.)

Jahr	Periodische EL		Total	Krankheitskosten*	Gesamtausgaben
	Zu Hause	Heim			
1987	433.2	474.1	907.2	150.4	1'057.6
1988	479.4	551.1	1'030.5	122.5	1153.0
1989	501.1	616.8	1'117.9	125.5	1'243.4
1990	575.2	718.7	1'293.8	139.8	1'433.6
1991	662.5	839.5	1'502.0	135.8	1'637.8
1992	707.3	972.8	1'680.2	214.2	1894.4
1993	684.6	1'070.4	1755	280.7	2'035.7
1994	709.9	1'132.6	1'842.5	269.9	2'112.4
1995	749.7	1'142.1	1'891.9	265.7	2'157.6
1996	595.4	1'059.7	1'655.1	249.4	1'904.5

* Differenz zwischen dem allgemeinen Total und den periodischen EL

Quelle: BSV

Zum Bereich der Krankheitskosten gehören insbesondere die Zahnarztkosten, die Kosten der Hilfe und Pflege zu Hause sowie der Selbstbehalt und die Franchise, die zu Lasten des Versicherten gehen. Diese letzte Kostenkategorie gehört bei weitem nicht zu den bedeutendsten Kostenfaktoren.

Tabelle 6.8: Krankheitskosten im Bereich der EL für ausgewählte Kantone

Kanton	Krankheitskosten in % der gesamten EL-Ausgaben		Veränderung 1995/1996 (in %)	
	1995	Ausgaben der EL	Krankheitskosten	
LU	7.9	-3.6	-20.1	
NE	7.2	-19.0	-20.0	
BE	4.8	-12.6	-4.7	
AG	5.6	-24.4	-14.7	

Quelle: Tabelle 6.4 und BSV (1997)

Im Kanton Bern scheinen die Schwankungen der Krankheitskosten nicht sehr ausgeprägt zu sein. Dies hängt damit zusammen, dass sie 1995 geschätzt werden mussten, da sie nur für die zweite Jahreshälfte bekannt waren.

Tabelle 6.9: Krankheitskosten im Bereich der EL entsprechend den wichtigsten Kostenkategorien, 1996

Kategorie	LU	NE	BE	AG	Total
Krankenkasse	24.3	28.3	23.3	35.4	25.8
Heime	29.8	22.7	22.8	17.4	23.6
Zahnarztkosten	26.9	25.5	18.7	21.4	21.9
Hilfe und Pflege zu Hause	6.7	15.1	14.5	9.2	12.3
Spital	2.8	2.1	10.3	4.3	6.7

Quelle: BSV (1997)

Die Situation im Jahre 1997

Aus den Daten von 1997 ist ein neuerlicher Anstieg der Ausgaben ersichtlich, der auf die Einführung einer neuen Einkommensgrenze (Lebensbedarf) und auf das Inkrafttreten der Verordnung über die kantonalen Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung von 1997 für die Berechnung der Ergänzungsleistungen zurückzuführen ist. Jene Personen, die Anfang 1996 ihren Anspruch auf EL infolge der Einführung des Prämienverbilligungssystems verloren hatten, können wiederum EL beziehen und dabei von allen Vorteilen profitieren, die mit der Rückerstattung der Krankheitskosten im Zusammenhang stehen (Selbstbehalt, Franchise, Kosten der Pflege zu Hause usw.).

Der andere Faktor, der beim Anstieg der Ausgaben eine Rolle spielte, bestand in der 10. AHV-Revision, die am 1. Januar 1997 in Kraft getreten ist.

Tabelle 6.10: Ergänzungsleistungen 1996 und 1997 in den Kantonen

Kanton	EL-AHV/IV 1996	EL-AHV/IV 1997	Diff. in Fr. zu 1996	Diff. in % zu 1996
ZH	336'889'985	349'362'716	12'472'731	3.7
BE	278'251'207	284'222'034	5'970'827	2.1
LU	92'424'477	99'262'736	6'838'259	7.4
UR	5'972'009	6'158'867	186'858	3.1
SZ	18'976'992	20'863'858	1'886'866	9.9
OW	5'636'604	5'704'119	67'515	1.2
NW	4'190'849	4'463'056	272'207	6.5
GL	8'610'353	9'014'687	404'334	4.7
ZG	9'943'412	10'797'447	854'035	8.6
FR	74'611'772	77'325'131	2'713'359	3.6
SO	49'031'864	51'244'861	2'212'997	4.5
BS	102'341'516	107'618'166	5'276'650	5.2
BL	50'163'124	53'463'575	3'300'451	6.6
SH	12'282'692	13'605'050	1'322'358	10.8
AR	10'392'212	11'139'216	747'004	7.2
IR	2'052'583	2'274'110	221'527	10.8
SG	105'344'177	112'369'592	7'025'415	6.7
GR	24'787'793	26'931'450	2'143'657	8.6
AG	55'617'531	72'819'555	17'202'024	30.9
TG	37'069'104	40'109'588	3'040'484	8.2
TI	120'825'269	125'761'189	4'935'920	4.1
VD	221'209'928	243'732'887	22'522'959	10.2
VS	29'492'304	33'095'050	3'602'746	12.2
NE	68'197'660	71'423'556	3'225'896	4.7
GE	158'549'241	173'296'909	14'747'668	9.3
JU	21'600'967	23'513'213	1'912'246	8.9
CH	1'904'465'625	2'029'572'618	125'106'993	6.6

Quelle: BSV

6.3 Detaillierte Abschätzung der Minderausgaben nach Ursachen

Der Rückgang der Zahl der Leistungsbezüger und der Ausgaben im Bereich der Ergänzungsleistungen ist auf zwei Hauptgründe zurückzuführen. Zum einen begannen sich die kantonalen Prämienverbilligungssysteme in der Praxis

auszuwirken. Die AHV- und IV-Rentner, die Ergänzungsleistungen beziehen, haben damit keinen Anspruch mehr darauf, dass die Krankenversicherungsprämien bei der Berechnung der EL berücksichtigt werden. Zum andern wurde im Rahmen des KVG die Übernahme von Kosten der Aufenthalte in Heimen (Altersheime, Behindertenheime) und in gleichem Ausmass auch der Leistungen der Spitex-Dienste ausgebaut. Die Kosten, die mit den Heimen und der Pflege zu Hause im Zusammenhang stehen und bei der individuellen Überprüfung des Leistungsanspruchs als Ausgaben gerechnet werden, sind damit gesunken, wodurch die Ergänzungsleistungen entlastet wurden.

Der starke Rückgang der EL-Beträge ist hauptsächlich auf zwei Faktoren zurückzuführen:

- Seit 1996 werden die Krankenversicherungsprämien nicht mehr zu den Ausgaben gezählt.
- Die Leistungen der Krankenkassen für Personen, die in Heimen leben, wurden deutlich erhöht.

Aus der untenstehenden Tabelle ist ersichtlich, wie sich diese Faktoren auf die Berechnung einer Ergänzungsleistung auswirken. Die Krankenversicherungsprämien werden nicht mehr berücksichtigt. Um diesen Wegfall zu kompensieren, hatte man ursprünglich geplant, die EL-Berechnung durch eine Erhöhung der Einkommensgrenzen entsprechend anzupassen (bei den Heimbewohnern, die persönlichen Ausgaben). Dies sollte gemäss der jährlichen, kantonalen Nettoprämie erfolgen, die nach der Prämienverbilligung zu Lasten der EL-Bezüger geht. Abgesehen von den Kantonen Zürich und Tessin haben indessen alle Kantone auf eine Erhöhung der Einkommensgrenze verzichtet und im Rahmen der Prämienverbilligungssysteme beschlossen, den EL-Bezügern die Prämie voll zu verbilligen. Aus diesem Grund wurde die Einkommensgrenze im schweizerischen Durchschnitt nur äusserst gering erhöht, nämlich um Fr. 20 pro Monat (bei den persönlichen Ausgaben von Heimbewohnern beträgt der Anstieg Fr. 17 pro Monat).

Tabelle 6.11: Durchschnitt der EL-Berechnungskomponenten, Vergleich März 1995 mit März 1996 (alleinstehende Personen)

Komponenten	EL-Bezüger zu Hause				EL-Bezüger im Heim			
	Durchschnitt pro Monat in Fr.		Veränderung		Durchschnitt pro Monat in Fr.		Veränderung	
	März 95	März 96	in Fr.	in %	März 95	März 96	in Fr.	in %
<i>Ausgaben</i>								
Lebensbedarf	1'388	1'409	21	1.5	...	...	...	...
+Mietzins, anrechenbar	507	542	35	6.9	...	...	...	...
+Heimkosten	...	...	...	...	3'942	4'005	63	1.6
+Persönliche Auslagen	...	...	...	...	311	328	17	5.5
+Krankenkassenprämie	180	0	-180	-100.0	169	0	-169	-100.0
+Andere Ausgaben	34	36	2	5.9	36	36	0	0.0
=Anrechenbare Ausgaben	2'109	1'987	-122	-5.8	4458	4369	-89	-2.0
<i>Einnahmen</i>								
AHV/IV-Rente	1'392	1'362	-30	-2.2	1'430	1'436	6	0.4
+Andere Renten	54	48	-6	-11.1	152	150	-2	-1.3
+Hilfslosenentschädigung	...	...	...	...	168	169	1	0.6
+Krankenkassenbeiträge*	...	...	...	...	188	334	146	77.7
+Andere Einkommen	128	109	-19	-14.8	326	278	-48	-14.7
=Anrechenbare Einnahmen	1'574	1'519	-55	-3.5	2'264	2'367	103	4.5
<i>EL-Betrag</i>								
Anrechenbare Ausgaben	2'109	1'987	-122	-5.8	4'458	4'369	-89	-2.0
-Anrechenbare Einnahmen	1'574	1'519	-55	-3.5	2'264	2'367	103	4.5
-Restbetrag**	2	2	0	0.0	463	339	-124	-26.8
=EL-Betrag	533	466	-67	-12.6	1'731	1'663	-68	-3.9
Anzahl alleinstehende Personen	89'360	79'870	-9'490	-10.6	50'280	49'080	-1'200	-2.4

*An den Heimaufenthalt

**Von der EL nicht gedeckter Restbetrag wegen Limitierung durch Maximalbeträge

Quelle: BSV, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in EL-Aktuell 2/1996.

Im weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Senkung der anerkannten Ausgaben verbunden mit dem Anstieg des massgeblichen Einkommens dazu geführt hat, dass der Betrag, der bei Heimbewohnern im Rahmen der EL nicht berücksichtigt wird, von Fr. 463 auf Fr. 339 gesunken ist. Es bestehen gute Gründe für die Annahme, dass dieser Rückgang zu einer finanziellen Entlastung der Kantone führen wird, weil die Deckung dieses Saldos hauptsächlich mit

einkommensabhängigen Leistungen sichergestellt wird (insbesondere spezifische Hilfe für Personen, die in Pflegeheimen leben und/oder Sozialhilfe beziehen). Ausgehend von der Zahl der Personen, die in Heimen leben, kann die maximale Einsparung, die mit dem von den EL nicht berücksichtigten Betrag erzielt wird, auf ungefähr Fr. 80 Mio. geschätzt werden. Ein grosser Teil dieser Summe entspricht einer Entlastung der Sozialhilfe, die im folgenden Kapitel einer spezifischen Analyse unterzogen wird.

Die verschiedenen statistischen Daten des BSV ermöglichen spezifische Schätzungen der Ausgaben, die an die Prämienverbilligungssysteme und an die Krankenversicherung übertragen werden. Dank der Prämienverbilligung konnten bei den Ergänzungsleistungen **Fr. 270 Mio.** eingespart werden: **Fr. 204 Mio.** bei den Leistungsbezügern, die zu Hause leben, und **Fr. 66 Mio.** bei den Leistungsbezügern, die in Heimen wohnhaft sind. Diese Schätzungen beruhen auf den Zahlen von 1995 zur durchschnittlichen finanziellen Belastung durch die Krankenversicherungsprämien und zur Zahl der Bezüger von Ergänzungsleistungen.

Der Ausbau der Leistungen im Bereich der Altersheime ermöglichte die Einsparung von Ausgaben in Höhe von **Fr. 71 Mio.** Die durchschnittlichen Monatszahlungen der Krankenkassen pro Bezüger von Ergänzungsleistungen sind 1996 um 78% (Fr. 146 pro Monat) angestiegen.

Bei den AHV- und IV-Rentnern, die zu Hause leben, sind die im Spitex-Bereich erzielten Einsparungen schwieriger abzuschätzen. Auf der Grundlage einer Analyse der Daten der Ausgleichskassen der Kantone Aargau, Bern, Luzern und Neuenburg bezüglich der 1996 bezahlten Krankheitskosten kann dieser Betrag jedoch auf **Fr. 10 Mio.** veranschlagt werden. Es muss jedoch betont werden, dass der Bereich der häuslichen Pflege durch eine grosse Dynamik und durch ein tendenzielles Wachstum gekennzeichnet ist.

Tabelle 6.12: Auswirkungen des KVG auf die EL, 1995/1996 (in Mio. Fr.)

	Finanzielle Entlastung bei den EL-Ausgaben*		
	Bezüger zu Hause	Bezüger in Heimen	Total
Krankenkassenprämie = 0**	204	66	270
Beteiligung der Versicherten an Heimaufenthalten	-	71	71
Total	204	137	341

*Mit Berücksichtigung der Einkommensgrenzen und der Bezüger, die aus dem EL-System ausgeschlossen sind

**Prämien bei der EL-Berechnung nicht berücksichtigt, mit Ausnahme der Kantone Zürich und Tessin.

Quelle: BSV, *Auswirkungen des neuen KVG auf die EL (internes Dokument)*

Die verschiedenen Einsparungen belaufen sich auf insgesamt **Fr. 351 Mio.**, d.h. auf einen deutlich höheren Betrag als die Fr. 250 Mio., die sich aus der Zeitreihe der Gesamtausgaben ergeben (Differenz zwischen 1995 und 1996). Dieser Unterschied ist zum Teil auf die deutliche Erhöhung der Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Krankenversicherung (Franchise und Selbstbehalt von 10%) zurückzuführen, die auf Fr. 28 Mio. geschätzt wird. Der Hauptgrund ist jedoch in der Tatsache zu suchen, dass der Betrag von Fr. 351 Mio. auf einer **statischen** Analyse beruht, die ihrerseits auf der Zahl der Leistungsbezüger im März 1995 und auf der Nichtberücksichtigung der Krankenversicherungsprämien basiert (in den Kantonen Zürich und Tessin wurden die Einkommensgrenzen um Fr. 1'200 angehoben). Der **dynamische** Aspekt wird damit vernachlässigt, da die anderen Komponenten, die bei der EL-Berechnung berücksichtigt werden (Miete, Heimtaxen, Renten usw.) als konstant angenommen werden, obwohl sich diese Komponenten 1996 verändert haben.

Folgerung 6.1:

Die Übertragung der Beiträge für die Bezahlung der Krankenversicherungsprämien im Rahmen der EL auf das Prämienverbilligungssystem und die stärkere Beteiligung der Versicherer an der Finanzierung der Heime ermöglichten eine finanzielle Entlastung der

Gebietskörperschaften um Fr. 253.1 Mio. (davon Fr. 184.5 Mio. bei den Kantonen).

Was die EL anbelangt, erhalten die Kantone vom Bund 10 bis 35% der Ausgaben (je nach ihren finanziellen Verhältnissen), während der Bund bei der Prämienverbilligung bis zu zwei Dritteln - und in gewissen Fällen sogar noch mehr - erstattet. Dies ist auch der Grund, weshalb abgesehen von den Kantonen Zürich und Tessin alle Kantone den EL-Bezügern die Krankenkassenprämien im Rahmen des Prämienverbilligungssystems voll erstattet haben. Mit der neuen Verordnung vom 21. November 1996 wurden keine grösseren Veränderungen eingeführt, da die Kantone jederzeit die Möglichkeit haben, den EL-Bezügern Beträge aus dem Prämienverbilligungssystem auszurichten.

6.4 Literatur

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, Die Vergütung von Krankheitskosten innerhalb der EL 1995/1996, in: *EL-Aktuell*, 1/97.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, *Wegleitung über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (WEL)*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, Zahlen und Trends bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in: *EL-Aktuell*, 2/96.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1996, *Krankheitskosten-Statistik 1996*, unveröffentlichte Daten aus den AK's Aargau, Bern, Luzern, Neuenburg.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, *Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz*, BSV: Bern.

Département fédéral de l'intérieur, Ordonnance du 21 novembre 1996 relative aux primes moyennes cantonales 1997 de l'assurance des soins pour le calcul des prestations complémentaires, in: *Pratique VSI*, 1/1997.

Huber, François, Auswirkungen des neuen KVG auf die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, in: *Soziale Sicherheit*, 1/96, 29-31.

Kocher, Ralf, 1996, Die Wirkung der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, in: *Soziale Sicherheit*, 3/96, 134-139.

Neue Zürcher Zeitung, 1997, *Rückforderung von Zusatzleistungen zur AHV/IV. Eine Folge der Verbilligung von Krankenkassenprämien*, Nr. 67, 21. März 1997.

Portmann, Urs, 1996, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Verbilligung der Krankenkassenprämien*, in: *Soziale Sicherheit*, 4/96, 195-198.

7 Zusammenhang von KVG und Sozialhilfe

Fragestellung:

Hat das KVG im Zusammenhang mit einigen Bestimmungen des neuen Gesetzes wie z. B. der Aufhebung der beschränkten Übernahme von Spitalkosten und der Einführung des Prämienverbilligungssystems zu einer finanziellen Entlastung der Kantone im Bereich der Sozialhilfe geführt?

7.1 Der allgemeine Rahmen

In diesem Bereich der sozialen Unterstützungsleistungen bestehen grosse Unterschiede, da es in die Zuständigkeit der Kantone fällt, welche Ebene - in der Regel die Gemeinden - mit der Durchführung der Sozialhilfe beauftragt wird. Für eine Untersuchung der Auswirkungen des KVG stehen keine ausreichenden Daten zur Verfügung. Die Daten der öffentlichen Finanzstatistik werden nur im Sinne einer sondierenden Voruntersuchung verwendet, da die Daten der Gemeinden für das Jahr 1996 abgesehen von einigen Kantonen erst im Verlauf der zweiten Hälfte 1998 zur Verfügung stehen werden.

7.1.1 Einige Hinweise zur Sozialhilfe in der Schweiz

Die Sozialhilfe, die insbesondere in der Statistik der öffentlichen Finanzen auch Fürsorge genannt wird, ist das letzte Auffangnetz im Bereich der sozialen Sicherheit. Im Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 werden die Bedürftigen, die Leistungen der Sozialhilfe, der Bereich der Sozialhilfe, die Sozialhilfe für Ausländer und die Verfahren definiert. Festgelegt wird ebenfalls, welcher Kanton für die Unterstützung einer in der Schweiz wohnhaften bedürftigen Person zuständig ist.

Im weiteren wird in diesem Gesetz die Rückerstattung der Sozialhilfekosten zwischen den Kantonen geregelt. Die Unterstützung von Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie die Unterstützung von Auslandschweizern ist Sache des Bundes.

Die Sozialhilfe beruht damit hauptsächlich auf 26 kantonalen Gesetzgebungen, in denen die Organisation, die Zuständigkeiten und die Finanzierung geregelt werden. Zudem bestehen in den Kantonen zusätzliche Unterstützungsleistungen, die sich an bestimmte Zielgruppen richten (junge Eltern, Kinder, Drogenabhängige usw.) oder die an die Stelle der Sozialversicherungen treten (beispielsweise die Unterstützung von ausgesteuerten Arbeitslosen). In diesem Bereich herrschen zwischen den einzelnen Kantonen erhebliche Unterschiede: je nach Kanton wird dieselbe Leistung im Rahmen von zusätzlichen Unterstützungsleistungen oder auf der Basis der eigentlichen Sozialhilfe ausgerichtet.

Wie die Ergänzungsleistungen werden die Sozialhilfeleistungen in Abhängigkeit von den finanziellen Verhältnissen ausgerichtet. Die Höhe dieser Leistungen ist nicht gesetzlich festgelegt. Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) veröffentlicht jedoch Normen für die Berechnung der Sozialhilfe. Dabei handelt es sich zwar lediglich um Empfehlungen, doch in der Praxis werden diese weitgehend berücksichtigt. In die Berechnung der Sozialhilfe nach den Normen der SKOS wird auch die Rubrik Krankenpflegekosten einbezogen. Die im Zusammenhang mit der Gesundheit und der Krankheit stehenden Ausgaben können jedoch nur in einigen Kantonen einzeln erfasst werden.

7.1.2 Die Sozialhilfe vor dem Hintergrund der Statistik der öffentlichen Finanzen

Der Bereich "Soziale Wohlfahrt" der Statistik der öffentlichen Finanzstatistik, über den die Tabelle 7.1 einen Überblick vermittelt, umfasst die folgenden Aufgaben und Aufgabengruppen: Alters- und Hinterlassenenversicherung,

Invalidenversicherung, Krankenversicherung, andere Sozialversicherungen, Jugendschutz, Invalidität, Wohnbauförderung, Altersheime, **Sozialhilfe** und Hilfsaktionen.

Tabelle 7.1: Funktionelle Klassifizierung im Bereich 5 (Soziale Wohlfahrt)

Soziale Wohlfahrt			
50	Alters- und Hinterlassenenversicherung	58	Fürsorge
51	Invalidenversicherung	580	Fürsorgeleistungen für Betagte Prozesskostenhilfe und Rechtshilfe, Abonnemente für Betagte, Pro Senectute, zusätzliche Altershilfe, Hinterlassenenunterstützung, Hilfe für Betagte, Altersstiftungen
52	Krankenversicherung Beiträge an die Krankenkassen (ohne den Beitrag des Arbeitgebers), Verbilligung der Krankenkassenprämien, Beitrag an die Krankenkassen für Bedürftige	581	Hilfe für Bedürftige Kommission für Hilfeleistungen an Bedürftige, Bedürftigenunterstützung, Hilfeleistungen für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, öffentliche Unterstützung
53	Andere Sozialversicherungen	582	Arbeitsamt Arbeitnehmerschutz, Gewerkschaften, Arbeitsamt, Arbeitslosenhilfe, Arbeit für Arbeitslose, Stellenvermittlung für Arbeitslose, Umschulung von Arbeitslosen, Arbeitssuche, Schaffung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbewilligungen, Kontrolle der Heimarbeit, Unterstützung in Krisenfällen, Hilfsfonds für Arbeitslose, Rekurskommission für die Arbeitslosenversicherung
530	Ergänzungsleistungen AHV	583	Hilfeleistungen für Schweizer im Ausland Schweizerische Hilfe im Ausland, Repatriierung von Schweizern aus dem Ausland
531	Ergänzungsleistungen IV	589	Andere Unterstützungsaufgaben Eheberatung, Familienschutz, Ferien für alle, Flüchtlingshilfe, Schutz der Frau, Wohltätigkeitsverbände und -gesellschaften, Hilfe für Brandopfer, Hilfe bei Naturkatastrophen Hilfsorganisationen, Hilfsorganisationen aller Art, Betreuung von entlassenen Strafgefangenen, Abgabe von unentgeltlichen Mahlzeiten, Aktionen mit reduzierten Preisen, Winterhilfe, Dienst für die Einziehung von Unterhaltszahlungen, Berghilfe, Familienhilfe, Hilfe für Ausländer in der Schweiz, Mahlzeitendienst, gemeinnützige Organisationen
532	Arbeitslosenversicherung	59	Hilfsaktionen
533	Ausgleichskassen für Familienzulagen		
534	Unfallversicherung		
535	Erwerbsausfallentschädigungen (nur Bund)		
54	Jugendschutz z.B.: Jugendämter, Unterstützungsleistungen für Jugendliche, Jugendhäuser, Jugendherbergen, Jugendsekretariat		
55	Invalidität z.B.: Sehbehinderte, Wiedereingliederung in den Alltag, geschützte Werkstätten, Einrichtungen und Heime für Behinderte		
56	Wohnbauförderung z.B.: Mietzuschüsse, Wohnbeihilfen		
57	Altersheime (einschliesslich Nebenbetriebe), Altersheime, Heime (ohne Chronischkranke), Einrichtungen für Betagte, Einrichtungen für Unterstützungsbedürftige, Bürgerheime		

Quelle: *Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren (1981)*

Unsere Aufmerksamkeit gilt der Aufgabengruppe "Sozialhilfe". Dabei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, da sie die folgenden Aufgaben umfasst: Unterstützung von Betagten, Hilfeleistungen für Bedürftige, Arbeitsamt, Unterstützungsleistungen für Schweizer im Ausland, weitere Unterstützungs-

aufgaben. Aufgrund der Anwendungsunterschiede im Bereich des öffentlichen Rechnungswesens zwischen den Kantonen und teilweise sogar zwischen Gemeinden ein und desselben Kantons ist eine gewisse Vorsicht angebracht: je nach Kanton und Gemeinde kann der gleiche finanzielle Aufwand unterschiedlichen Posten zugeordnet sein. Diese Anmerkung gilt insbesondere für interkantonale Vergleiche, die sich auf einem niedrigen Aggregationsniveau bewegen. In einer Untersuchung, die von den Mitgliedkantonen der Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS)¹ in Auftrag gegeben worden war, zeigen Rossini und Martignoni (1998), dass die funktionelle Klassifizierung unterschiedlich angewendet wird. Im weiteren weisen sie darauf hin, dass die Inhalte der einzelnen Rubriken in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich sind. Die Autoren nahmen für das Jahr 1995 eine Harmonisierung der Aufgabengruppe 58 vor und gelangten damit zu korrigierten Daten, die recht deutliche Abweichungen zu den Daten der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) aufweisen. Bei der Analyse von Daten, die aus der Statistik der EFV stammen, sollte man daher eine gewisse Vorsicht walten lassen.

Aus der Tabelle 7.2 ergibt sich, dass die Nettobelastung (Differenz zwischen den Ausgaben und den Einnahmen des Laufenden Rechnung und der Investitionsrechnung) der Rubrik "Fürsorge" trotz der allgemeinen Situation, der durch eine Verschlechterung der Finanzlage der öffentlichen Körperschaften sowie des wirtschaftlichen und sozialen Umfelds gekennzeichnet war, 1996 in allen Kantonen sowie in all jenen Gemeinden, für die entsprechende Daten zur Verfügung stehen, gesunken ist. Ein Rückgang der entsprechenden Belastung erfolgte auch in den 12 Kantonen, denen diese Gemeinden liegen. Bei all diesen Daten handelt es sich zwar noch um provisorische Werte, doch geben sie immerhin einen Hinweis auf das Ausmass der Entwicklungen.

Aus diesen aggregierten und vorläufigen Daten lassen sich selbstverständlich keine Auswirkungen des KVG ableiten. Die Rubrik 58 ist sehr heterogen zusammengesetzt.

¹ Daran beteiligt sind die Westschweizer Kantone sowie die Kantone Bern und Tessin.

Sie umfasst unter anderem den Posten "Andere Hilfsaufgaben", von denen lediglich ein Teil der Leistungen der eigentlichen Sozialhilfe zuzurechnen sind. Hinzu kommt, dass die Daten der Gemeinden noch sehr unvollständig sind.

Tabelle 7.2: Nettobelastung der Kantone und Gemeinden im Rahmen der Sozialhilfe, 1994 - 1996 (in 1'000 Fr.)

		1994	1995	1996
<i>Alle Kantone (ohne Gemeinden)</i>				
Fürsorge	58	1'231'520	1'210'689	928'626
Fürsorge für Betagte	580	247'401	192'567	9'713
Hilfe für Bedürftige	581	321'080	387'970	360'913
Arbeitsämter	582	257'780	279'801	210'386
Schweizerische Hilfe im Ausland	583	326	326	325
Andere Hilfsaufgaben	589	404'933	350'025	347'289
<i>12 Kantone*</i>				
Fürsorge	58	701'329	746'562	506'455
Fürsorge für Betagte	580	239'574	185'146	9'025
Hilfe für Bedürftige	581	128'779	152'951	130'358
Arbeitsämter	582	168'776	180'340	144'928
Schweizerische Hilfe im Ausland	583	0	0	0
Andere Hilfsaufgaben	589	164'200	228'125	222'144
<i>Gemeinden der 12 Kantone</i>				
Fürsorge	58	402'512	431'062	227'429
Fürsorge für Betagte	580	23'450	28'997	5'114
Hilfe für Bedürftige	581	198'661	239'279	115'484
Arbeitsämter	582	32'742	34'318	18'764
Schweizerische Hilfe im Ausland	583	-5	0	-169
Andere Hilfsaufgaben	589	147'664	128'468	88'236

* Luzern, Uri, Zug, Basel-Landschaft, Schaffhausen, St.Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau, Tessin, Waadt und Genf.

Quelle: EFV

Es ist jedoch möglich, dass der in der Rubrik 581 "Hilfe für Bedürftige" festgestellte Rückgang der Nettobelastung, der aus einer Verringerung der laufenden Ausgaben und einer Zunahme der laufenden Einnahmen resultierte, zum Teil eine Folge der Übertragung der Krankenversicherungsprämien auf die KVG-Beiträge war, die von nun an in der Rubrik 52 aufgeführt sind. Im weiteren war dieser Rückgang darauf zurückzuführen, dass ein Teil der Sozialhilfeausgaben für untergebrachten Personen auf die Versicherer übertragen wurden. Was die Kostenbeteiligungen anbelangt, welche die Bezüger von Sozialhilfeleistungen für erbrachte Pflegeleistungen zu übernehmen haben (Jahresfranchise, Selbstbehalt in

Höhe von 10% der Kosten, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), ist ihre Rückerstattung gemäss den Weisungen des BSV im Rahmen des Beitragssystems des KVG ausgeschlossen. Diese Praxis stimmt mit der geltenden Regelung bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV überein.

Die von 1995 bis 1996 eingetretenen Veränderungen in der Aufgabengruppe 58 sind zu einem grossen Teil auf den starken Ausgabenrückgang bei der Aufgabe "Fürsorge für Betagte" (Rubrik "Beiträge" in der Klassifizierung nach der Leistungsart) und auf die erhebliche Einnahmensteigerung bei der Aufgabe "Arbeitsämter" (Rubrik "Andere" in der Klassifizierung nach der Leistungsart) zurückzuführen. Da nicht für alle Gemeinden umfassende Daten zur Verfügung stehen, ist es sehr schwierig, eine vertiefte Analyse vorzunehmen. Die in der Tabelle ersichtlichen grossen Unterschiede zwischen 1995 und 1996 resultieren höchstwahrscheinlich aus der unzureichenden Datenqualität im Bereich der Aufgaben.

7.2 Die finanziellen Auswirkungen des KVG auf das System der Sozialhilfe

7.2.1 Die betroffenen Bereiche

Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass das schweizerische Sozialhilfesystem durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet ist. Die Struktur und die Organisation der Sozialhilfe ist in jedem Kanton anders ausgestaltet; dasselbe gilt auch für das System zur Bedarfsberechnung und für den Kreis der Bezugsberechtigten. Es ist daher schwierig, sich eine Gesamtübersicht zu verschaffen. Dies umso mehr, als die Kantone zusätzlich zu den Sozialhilfeleistungen, die gemäss dem Sozialhilfegesetz ausgerichtet werden, eine Reihe von weiteren Sozialleistungen vorsehen, die auf einer Bedarfsberechnung beruhen. Die im Zusammenhang mit dem Bedarf stehenden Sozialleistungen, die in den Kantonen an bestimmte Bevölkerungsgruppen oder beim Auftreten

gewisser Risiken ausgerichtet werden, können als Sozialhilfeleistungen im weiteren Sinne bezeichnet werden. Entsprechend den Ergänzungsleistungen besteht die Funktion dieser Sozialhilfeleistungen im weiteren Sinne in einer Refinanzierung des Gesundheitssystems, da sie auch Beiträge beinhalten, die speziell für die Deckung von Gesundheitskosten vorgesehen sind. Nachfolgend sind die wichtigsten Bereiche aufgeführt, in denen die öffentliche Hand Leistungen zur Deckung von Gesundheitsausgaben der Sozialhilfebezügler ausrichtet. Diese Leistungsart, die an den jeweiligen Leistungsbezügler gebunden ist, darf nicht mit der Unterstützung verwechselt werden, welche die öffentliche Hand den Erbringern von Gesundheitsleistungen gewährt, wie beispielsweise im Rahmen der Pauschalvereinbarungen oder der Beiträge zur Finanzierung der Betriebskosten von Institutionen (z. B. bei Pflegeheimen).

Sozialhilfe und KVG: Allgemeines

Ganz allgemein kann festgehalten werden, dass die obligatorische Krankenversicherung in bezug auf das **Sozialhilfesystem zwei wesentliche Verbesserungen** gebracht hat. Zum einen führte sie zu einer finanziellen Entlastung, da nun alle in der Schweiz wohnhaften Personen obligatorisch versichert sind; zum anderen trägt sie dazu bei, dass für die unterstützten Personen weiterhin Leistungen gewährleistet sind, und dies ohne Einschränkungen. Es trifft zwar zu, dass ausstehende Prämien eine Aufhebung der Leistungen zur Folge haben können, doch die Nichtbezahlung von Prämien darf in keinem Fall zu einem Ausschluss aus der obligatorischen Versicherung führen.

Prämienverbilligung

Die Systeme zur Ausrichtung von Prämienverbilligungen sind in den verschiedenen Kantonen unterschiedlich ausgestaltet. In einigen Kantonen wird die Prämienverbilligung direkt von den Versicherern in Abzug gebracht, wobei ihnen der entsprechende Betrag vom Kanton erstattet wird. In anderen Kantonen

wird die Prämienverbilligung direkt bei den Bezugsberechtigten abgezogen. Grundsätzlich müssen die mit der Sozialhilfe betrauten Behörden nicht zur Finanzierung der Prämien der Grundversicherung beitragen. Abgesehen von gewissen Ausnahmefällen werden die Krankenversicherungsprämien von Sozialhilfebezüglern im Rahmen des Prämienverbilligungssystems übernommen. In Übereinstimmung mit der Praxis bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV werden die Gesundheitskosten, die von den Sozialhilfe beziehenden Versicherten zu übernehmen sind (Jahresfranchise, Selbstbehalt von 10%, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten), innerhalb des KVG-Beitragssystems nicht erstattet.

Zusatzversicherungen

Die Auswirkungen der neuen Bestimmungen im Bereich der Zusatzversicherungen, die am 1. Januar 1997 in Kraft getreten sind, können insbesondere in bezug auf die Sozialhilfe noch nicht abgeschätzt werden. Die Sozialhilfeleistungen können grundsätzlich nicht zur Deckung der Kosten einer Taggeldversicherung herangezogen werden. Es ist indessen möglich, dass die für die Sozialhilfe zuständigen Behörden die Kosten von Zusatzversicherungen übernehmen, sofern die letzteren als unerlässlich betrachtet werden.

Spitex

Dieser Bereich befindet sich in einer Übergangsphase. Die entsprechenden Tarife wurden noch nicht in allen Kantonen endgültig gutgeheissen. Im Spitex-Bereich wird sich für die Sozialhilfe und für die Kantone eine geringfügige finanzielle Entlastung ergeben.

Pflegeheime

In diesem Bereich erfolgt die Finanzierung durch die Leistungen der Krankenversicherung und der Zusatzversicherungen (beispielsweise für

Chronischkranke) sowie durch die Renten der Sozialversicherungen (IV, UV, BV), die Ergänzungsrenten (Renten für Bedürftige), das persönliche Vermögen, die Ergänzungsleistungen. Des weiteren durch Unterstützungsbeiträge der Familie und andere Finanzierungsformen. Was die letzteren anbelangt, ist die Sozialhilfe anzuführen, die zum Tragen kommt, wenn die vorher genannten Finanzierungsformen ausgeschöpft sind und ein Restbetrag verbleibt, der zu Lasten der in einem Pflegeheim lebenden Person geht. Im Kapitel über die Ergänzungsleistungen wurde gezeigt, dass dieser Restbetrag für eine alleinstehende Person zwischen 1995 und 1996 um durchschnittlich Fr. 124 pro Monat zurückgegangen ist, was gesamthaft einer Summe von ungefähr Fr. 80 Mio. entspricht. Für das Sozialhilfesystem, das den grössten Teil des zu begleichenden Restbetrags übernimmt, ergab sich somit eine verhältnismässig grosse finanzielle Entlastung.

Ausserkantonale Spitalaufenthalte

Grundsätzlich müssen die für die Sozialhilfe zuständigen Behörden die Deckung von ausserkantonalen Spitalkosten nicht gewährleisten.

Andere individuelle, bedarfsabhängige Unterstützungsleistungen

Das KVG hatte auch Auswirkungen auf andere individuelle, bedarfs- oder von den finanziellen Verhältnissen abhängige Unterstützungsleistungen. Abgesehen von den Ergänzungsleistungen, die in Kapitel 6 behandelt wurden, sind in diesem Zusammenhang die Hilfsleistungen für ausgesteuerte Arbeitslose und die Unterstützungsleistungen für die Unterbringung (sofern diese bestehen, wie beispielsweise im Kanton Waadt) zu erwähnen.

Diese finanziellen Entlastungen, die Änderungen der jeweiligen Finanzierungsquelle in gleichem Ausmass entsprechen, erfolgten in einem Gesamtumfeld, das sich für die Kantone (und die Gemeinden) kaum verbessert hat.

Tabelle 7.3: Finanzielle Entlastungen in den Kantonen

Leistung	Entlastung	Übertragung auf
Sozialhilfe	ja	Prämienerbilligungssystem Krankenversicherer
Pflege zu Hause	ja	Krankenversicherer
Pflege von Betagten in Heimen	ja	Krankenversicherer
Ergänzungsleistungen	ja	Prämienerbilligungssystem Krankenversicherer

7.2.2 Die Situation in einigen Kantonen

Da für die meisten Kantone keine aussagekräftigen Daten zur Verfügung stehen, ist eine auf Zahlen beruhende Analyse auf gesamtschweizerischer Ebene fast unmöglich. Um dieses Thematik möglichst gut abdecken zu können, wurden Fragebögen an die kantonalen Sozialhilfedienste gesandt. Dieser Umfrage spiegelt die unterschiedliche Situation in den Kantonen wider: Während es für einige Kantone möglich ist, die auf die Sozialhilfe entfallenden Gesundheits- und Krankheitskosten von den übrigen Kosten abzugrenzen und die Auswirkungen des KVG ungefähr abzuschätzen, ist dies in den meisten anderen Kantonen unmöglich. In diesen Kantonen betonten die Kontaktpersonen lediglich, dass die Einführung des KVG mit einer finanziellen Entlastung verbunden war, die ihrerseits auf das Prämienerbilligungssystem und auf die stärkere Beteiligung der Krankenversicherer bei der Finanzierung gewisser Aufgaben zurückzuführen war. Bei den letzteren handelt es sich um Leistungen, die mit dem Betrieb von Pflegeheimen oder mit dem Spitex-System im Zusammenhang stehen.

Auf der Grundlage der uns derzeit zur Verfügung stehenden Daten kann man daher festhalten, dass sich die in der vom BSV zusammengestellten Dokumentation zum KVG [BSV (1994)] enthaltenen Erwartungen der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz und der Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren bestätigt haben. Im Bereich der Sozialhilfe führte die Einführung des KVG zu einer finanziellen Entlastung der Kantone. Was das Ausmass dieser

Entlastung anbelangt, wird in den folgenden Absätzen trotz einer nur äusserst ungenügenden Datenbasis versucht, eine Schätzung vorzunehmen.

Im Kanton Waadt bewirkte die Einführung des KVG im Bereich der waadtländischen Sozialhilfe (ASV), der Sozialhilfe im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten und der kantonalen Unterstützungsleistungen für die Unterbringung (LAPRHEMS) eine finanzielle Entlastung in Höhe von ungefähr Fr. 11.5 Mio. Der kantonale Beitrag für die Pflege zu Hause (Organisme Médico-Social Vaudois) ist im Anschluss an die Einführung des KVG ebenfalls zurückgegangen: von Fr. 37'251 im Jahre 1995 auf Fr. 29'968 im Jahre 1996.

Im Kanton Zürich wird die finanzielle Entlastung für die Sozialhilfe von der Fürsorgedirektion auf insgesamt etwa Fr. 30 Mio. veranschlagt. Im Kanton Bern dagegen belief sich die Übertragung der finanziellen Belastung von der Sozialhilfe auf das Prämienverbilligungssystem auf ungefähr Fr. 34 Mio.

Auch von anderen Kantonen wurde angegeben, dass es im Bereich der Sozialhilfe zu einer finanziellen Entlastung gekommen ist. Im Kanton Wallis betrug die Entlastung der Sozialhilfe infolge der Einführung des Prämienverbilligungssystems etwa Fr. 3 Mio. Im Kanton Jura führte die Übernahme von Krankenversicherungsprämien im Rahmen des Prämienverbilligungssystems zu einer finanziellen Entlastung in Höhe von ca. Fr. 1 Mio. Zu beobachten ist auch eine Übertragung der finanziellen Belastung von den Kantonen und Gemeinden auf die Krankenkassen. Dies ist auf die Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen, welche durch die Einführung des KVG im Bereich der Grundversorgung (Gesundheitsdienste, Pflege zu Hause und Pflegeheime) zu Lasten der Krankenkassen vorgenommen wurde. Was jedoch die ausserkantonalen Spitalaufenthalte (Hospitalisierungen aus medizinischer Notwendigkeit, d.h. medizinische Versorgung in Universitätsspitalern, Spitzenmedizin und Notfälle) anbelangt, erfolgte eine Übertragung der finanziellen Belastung von den Krankenkassen auf die öffentliche Hand. Wenn man im weiteren auch die Übertragung von finanziellen Lasten berücksichtigt, welche im Bereich der Ergänzungsleistungen erfolgte, und gleichzeitig die bislang

noch nicht feststehenden Auswirkungen des KVG auf die finanzielle Lage der Altersheime bei der Analyse ausschliesst, ergibt sich in diesen Bereichen (Hilfe und Pflege zu Hause, Pflege von Betagten, Spitäler, ausserkantonale Spitalaufenthalte, Ergänzungsleistungen) eine finanzielle Entlastung in Hohede von ungefähr Fr. 1.1 Mio.

7.2.3 Schätzung der gesamtschweizerischen Gesundheitsausgaben, die in der Sozialhilfe enthalten sind

Geht man in bezug auf die Anzahl der Personen, welche Leistungen der Sozialhilfe beziehen, sowie bezuglich der pro Leistungsbezugede ausgerichteten Prämien und der pro Leistungsbezugede erstatteten Krankheitskosten von zuruckhaltenden Annahmen aus, können die im Bereich der Sozialhilfe anfallenden Gesundheitsausgaben ungefähr abgeschätzt werden. Bei den in der untenstehenden Tabelle enthaltenen Werten ist jedoch eine gewisse Zuruckhaltung geboten, denn die statistischen Grundlagen sind ausserordentlich lückenhaft. Als Berechnungsgrundlage standen lediglich die Schätzungen der SKOS und die von einigen Kantonen vorgelegten Zahlen zur Verfugung. Es handelt sich somit um Minimalwerte, die auf der Grundlage der von einigen Kantonen zur Verfugung gestellten Informationen und der Schätzungen der SKOS bezuglich der Anzahl der Bezugede von Sozialhilfeleistungen in der Schweiz berechnet wurden.

Tabelle 7.4: Anzahl der Leistungsbezugede und Gesundheitsausgaben im Rahmen der Sozialhilfe

	1994		1995		1996	
	Leistungsbezugede	Mio.	Leistungsbezugede	Mio.	Leistungsbezugede	Mio.
Erstattung von Krankheitskosten	82'000	49	90'000	55	97'000	67
Prämienzahlungen	245'000	122	265'000	132	291'000	-
Gesamtausgaben	-	171	-	187	-	67

Quelle: SKOS und Daten einiger Kantone

Ab 1996 werden die Prämien grundsätzlich nicht mehr im Rahmen der Sozialhilfebudgets, sondern innerhalb des mit dem KVG eingeführten Prämienverbilligungssystems übernommen.

Folgerung 7.1:

Das KVG hat im Bereich der Sozialhilfe zu einer finanziellen Entlastung von mindestens Fr. 120 Mio. geführt, wobei diese hauptsächlich durch eine Übertragung auf das Prämienverbilligungssystem zustandekam. Diese finanzielle Entlastung trat trotz der Aufstockung des Sozialhilfebudgets ein, die zweifellos auf die Übernahme von ausstehenden Prämienzahlungen und Beteiligungen an Krankheitskosten zurückzuführen ist (Spitalkosten von nicht oder nur unzureichend versicherten Personen, Selbstbehalte im Bereich der Spitalkosten, Franchisen, Tagesbeiträge bei Spitalaufenthalt von Personen, die Leistungen der Sozialhilfe oder EL zur AHV/IV beziehen und deren Anteil ausgeschöpft ist).

7.3 Literatur

Bundesamt für Statistik, 1998, *Inventar der bedarfsabhängigen Sozialhilfeleistungen in den Kantonen der Schweiz*, BFS: Bern. (wird demnächst veröffentlicht)

Bundesamt für Sozialversicherung, 1994, *Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz*, BSV: Bern.

CSIAS, 1996, *Schätzung der zahlenmässigen Entwicklung in der Sozialhilfe von 1990 bis 1996*.

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, *Directives sur les subsides aux primes d'assurance-maladie, et participation aux frais requis par les bénéficiaires de l'aide sociale vaudoise*, avril 1996.

Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1996, *Aides individuelles 1996. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes* (document interne).

- Département de la prévoyance sociale et des assurances du canton de Vaud, 1995, *Aides individuelles 1995. Nombre de dossiers et catégories de bénéficiaires, dépenses et structure des recettes* (document interne).
- Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren (Hrsg.), 1981, *Handbuch des Rechnungswesens der öffentlichen Haushalte*, Ausgabe 1981, Haupt: Bern.
- République et canton du Jura, 1997, *Bilan comptable 1996 de l'application de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) vu sous l'angle des finances de l'Etat*, Service de la santé: Delémont.
- Rossini, Stéphane und Yves-Laurent Martignoni, 1997, *Système d'information intercantonal en matière d'aide sociale, cantons de la CRASS 1995. Dépenses d'aide sociale comparées des cantons de Berne, Fribourg, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura*, Rapport final de recherche, Haute-Nendaz.
- Rüst, Hanspeter, 1997, *Individuelle Prämienverbilligung nach KVG und Prämienübernahme im Kanton Zürich 1996*, Statistische Erhebung im Auftrag der Direktion des Gesundheitswesens des Kt. Zürich.
- Witschard, Jean-Pierre, 1998, Die Voranschläge von Bund, Kantonen und Gemeinden für das Jahr 1998, in: *Die Volkswirtschaft*, 2/98, 20-23.

8 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung, das Anfang 1996 in Kraft getreten ist, hat im Gesundheitswesen und im Bereich der sozialen Sicherheit zu erheblichen Veränderungen geführt. Die Auswirkungen beginnen nun deutlich zu werden, und die ersten quantitativen Analysen können - insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung - vorgelegt werden. Der Einfluss der neuen Gesetzgebung ist indessen bei weitem noch nicht vollständig zum Tragen gekommen. Dabei sind auch höchstwahrscheinlich Auswirkungen auf die Struktur des Gesundheitssystems zu erwarten. Die Schlussfolgerungen zur Qualität des statistischen Datenmaterials sind in *Anhang B* der vorliegenden Publikation zu finden.

8.1 Ergebnisse und Kommentare

In diesem Abschnitt werden zunächst die Auswirkungen des KVG auf die wesentlichsten Mittelflüsse im Bereich der Krankenpflegegrundversicherung aufgezeigt. In einem weiteren Schritt werden alle Finanzierungselemente des Gesundheitssystems erläutern und deren Umfang quantifiziert. Die Unterscheidung erfolgt danach, ob die Finanzierung direkt oder indirekt erfolgt sowie nach Finanzierungseinheit (Privathaushalte, Sozialversicherungen und öffentlichen Körperschaften).

8.1.1 Krankenpflegegrundversicherung

Die Hauptergebnisse im Bereich der Finanzierung der Grundversicherung sind in Tabelle 8.1 zusammengefasst.

Die Kosten (bezahlte Leistungen und Verwaltungskosten) bilden die Ausgangsgrösse. 1996 beliefen sie sich auf Fr. 13.5 Mrd. Dies entsprach einem Anstieg um Fr. 1.3 Mrd. (+10.8%), was deutlich mehr ist als die Zunahme im Jahre 1995 von Fr. 520 Mio. (+4.5%). Bei einer detaillierten Betrachtung fällt auf, dass die Verwaltungskosten im Jahre 1996 verhältnismässig stark gestiegen sind.

Tabelle 8.1: Kosten und Finanzierung der Krankenpflegegrundversicherung

	1994		1995		1996	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Kosten						
Bezahlte Leistungen	10'834	93.1	11'332	93.2	12'529	93.0
Verwaltung	801	6.9	823	6.8	937	7.0
Total	11'635	100.0	12'155	100.0	13'466	100.0
Finanzierung						
Prämien ¹⁾	8'650	71.9	8'576	70.4	9'219	71.1
Kostenbeteiligung	1'259	10.5	1'290	10.6	1'679	12.9
Öffentliche Beiträge ²⁾	1'931	16.0	2'085	17.1	1'816	14.0
- Bund	1'411	11.7	1'810	14.9	1'365	10.5
- Kantone (einschl. Gemeinden)	520	4.3	275	2.3	451	3.5
Kapitalerträge und ausserordentl. Einnahmen	189	1.6	230	1.9	261	2.0
Total	12'029	100.0	12'181	100.0	12'975	100.0
Überschuss / Defizit	394	3.3	26	0.2	-491	-3.8

1) Prämien ohne öffentliche Beiträge, Beiträge an die Krankenkassen in den Jahren 1994 und 1995 sowie Verbilligung der Prämien der Versicherten im Jahre 1996 (Nettoprämien).

2) Gemäss der Statistik der öffentlichen Finanzen; 1996 gemäss der Abrechnung über die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung (BSV)

Quelle: BSV

Vor der Überprüfung der Mittelflüsse muss das Rechnungsergebnis, d.h. die Differenz zwischen den Kosten und der Finanzierung, aufgezeigt werden. 1994 wies die Grundversicherung ein Einnahmenüberschuss von Fr. 394 Mio. auf, der im Prinzip einer Erhöhung der Reserven entsprach. 1995 nahm dieser Überschuss deutlich ab (Fr. 26 Mio.). 1996 wies die Rechnung schliesslich ein Defizit von Fr.

491 Mio. auf.¹ Im Bereich der Grundversicherung erfolgte 1996 damit ein Abbau der finanziellen Reserven in der Grössenordnung von Fr. 500 Mio. Dieser Trend wird sich 1997 und 1998 wohl fort².

Abbildung 8.1: Finanzierung der Grundversicherung (in Mio. Fr.)



Quelle: *Tabelle 8.1*

1996 wurden die Kostenzunahme in Höhe von Fr. 1.3 Mrd. sowie der Rückgang der Beiträge um ungefähr Fr. 270 Mio. hauptsächlich durch die Erhöhung der Prämien (+650 Mio.) und eine vermehrte Kostenbeteiligung der Versicherten (+390 Mio.) finanziert. Hinzu kommt der obenerwähnte Abbau der Reserven um Fr. 500 Mio.

Die absoluten Zahlen der Tabelle 8.1 können mit der Zahl der Versicherten der Grundversicherung in Beziehung gesetzt werden.

¹ Angesichts zahlreicher Abgrenzungsprobleme in den Betriebsrechnungen der Krankenkassen können die Ergebnisse je nach Berechnungsmethode stark variieren; sie weisen jedoch ein Defizit von mindestens Fr. 300 Mio. auf.

² Nach Meinung der befragten Experten.

Die monatliche Durchschnittsprämie – nach Abzug aller Beiträge (Bund, Kantone und Gemeinden) – stieg von Fr. 99 im Jahre 1995 auf Fr. 107 im Jahre 1996. Die durchschnittliche Kostenbeteiligung der Versicherten nahm deutlich zu und zwar von Fr. 180 im Jahre 1995 auf Fr. 233. Die öffentlichen Beiträge pro Versicherten dagegen gingen von Fr. 291 auf Fr. 252 zurück.

Die Finanzierung der Grundversicherung beruht traditioneller weise auf drei Säulen: den Prämien der Versicherten, den Kostenbeteiligungen und den Beiträgen der öffentlichen Hand. Die Kapitalerträge und die ausserordentlichen Erträge sind nach wie vor unbedeutend. Vergleicht man die Finanzierungsanteile der Jahre 1994 bis 1996, sind nur bei den Kostenbeteiligungen und den öffentlichen Beiträgen wesentliche Abweichungen festzustellen. Der Anteil der Kostenbeteiligungen stieg von 10.6% im Jahre 1995 auf 12.9% im Jahre 1996, was eindeutig auf das neue KVG zurückzuführen ist. Der Rückgang der öffentlichen Beiträge dagegen entsprach grundsätzlich nicht einer erwarteten Wirkung der neuen Gesetzgebung. In erster Linie ist dies darauf zurückzuführen, dass einige Kantone bei der Ausrichtung von öffentlichen Geldern für die Prämienverbilligung an Haushalten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen eine zum Teil restriktiven Praxis verfolgen (KVG, Art. 106). Der Finanzierungsanteil der Prämien stieg nur geringfügig an, von 70.4% im Jahre 1995 auf 71.1% im Jahre 1996.³

Der Problembereich der Gesundheitskosten muss auch schliesslich unter dem Gesichtspunkt behandelt werden, wie er in der Bevölkerung wahrgenommen wird, d.h. hauptsächlich in bezug auf die finanzielle Belastung der Budgets der privaten Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KVG, also am 1. Januar 1996, haben drei Massnahmen einen deutlichen Anstieg der Prämien erwarten lassen:

³ Es handelt sich hier um die Nettoprämien, also excl. aller öffentlichen Beiträge. Sie sind von den Prämien zu unterscheiden, welche den Versicherten in Rechnung gestellt werden.

1. Die Änderung des Beitragssystems für die Prämienverbilligung, die zur Folge hatte, dass den Versicherten Bruttoprämien (ohne Abzug der öffentlichen Beiträge) in Rechnung gestellt wurden (+14%).
2. Die Ausweitung des Leistungskatalogs wurde auf Fr. 1.7 Mrd. (+15%) veranschlagt.⁴
3. Der Kostenanstieg im Vergleich zum Vorjahr (+5%).⁵

Die Statistik der Krankenversicherer des Jahres 1996 zeigt jedoch, dass der Anstieg der Bruttoprämien in der Grundversicherung nicht 34%, sondern nur 21% betragen hat. Diese erhebliche Abweichung lässt sich auf die folgenden vier Ursachen zurückführen:

- Die Erhöhung der Kostenbeteiligungen der Versicherten (insbesondere bei Spitalaufenthalten) verursachte 1996 einen Anstieg um 30%, Dies entspricht ungefähr einem Betrag von Fr. 400 Mio.
- Die Kosten der neuen Leistungen wurden überschätzt: Die Leistungen in der Grundversicherung einschliesslich der Verwaltungskosten stiegen von Fr. 12.2 Mrd. im Jahre 1995 auf Fr. 13.5 Mrd. im Jahre 1996, was einer Zunahme um Fr. 1.3 Mrd. entspricht. Die Gesamtkosten des Leistungsausbaus waren hingegen auf Fr. 1.7 Mrd. veranschlagt worden.
- Um den Prämienanstieg zu beschränken, verringerten die Versicherer 1996 ihre reserven um ca. Fr. 500 Mio.
- Die Zahl der Versicherten, die im Hinblick auf eine Reduktion ihrer Prämie eine höhere Jahresfranchise gewählt haben, explodierte 1996 förmlich. Während sie 1995 noch bei 700'000 lag, stieg sie im folgenden Jahr auf 2.3 Mio. an.

⁴ Eine Schätzung während der Kampagne für das KVG-Referendum. Sie bezog sich auf die Gesamtkosten der neuen Leistungen der Grundversicherung, wobei davon ausgegangen wurde, dass das Gesetz all seine Auswirkungen entfaltet wird.

⁵ Diese Steigerungen werden auf der Grundlage (100%) der bezahlten Leistungen gemäss Tabelle 8.1 berechnet.

Durch die entsprechenden Prämienreduktionen wurde die Auswirkung der Prämien erhöhungen in den Krankenversicherungsstatistiken ebenfalls gedämpft. Das Ausmass dieser Abschwächung kann indessen nicht beziffert werden und sollte im Zusammenhang mit der Kostenbeteiligungen der Versicherten analysiert werden.⁶

8.1.2 Gesundheitssystem

Die Auswirkungen des KVG gehen weit über den Bereich der Krankenversicherung hinaus. Das KVG entfaltet "nachgelagerte" Effekte auf das gesamte Gesundheitssystem und auf jede Kategorie von Leistungserbringern. Vorgelagert sind Effekte auf die anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Prämienverbilligung, Ergänzungsleistungen AHV/IV und Sozialhilfe) und der direkten Leistungen der öffentlichen Hand (Subventionierung der Spitäler, Prävention und Verwaltung des Gesundheitswesens). Im Rahmen einer Übersicht über die finanziellen Auswirkungen des KVG müssen daher alle Kosten des Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Dabei ist jener Finanzierungsanteil zu eruieren, der während des Betrachtungszeitraums (1994 bis 1996) den grössten Rückgang aufwies, um so die Entscheidungsfindung im Bereich des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherheit zu erleichtern.

Gesamtübersicht über die Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Finanzierung des Gesundheitssystems kann entsprechend den drei beteiligten Wirtschaftseinheiten (Staat, Sozialversicherungen und Privathaushalte) erläutert werden.

- Der Staat tritt auf unterschiedliche Weise als Finanzierungseinheit auf. Im Bereich des Gesundheitswesens durch die Subventionierung der Spitäler, Pflegeheime und der häuslichen Pflege. Im Bereich der sozialen Sicherheit durch Beiträge für die Prämienverbilligung in der Grundversicherung, die

⁶ Vgl. zum Problem der Franchise-Spirale, das durch die wählbare Franchise ausgelöst wird: Donini und Sottas (1997), S. 78.

Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, die Sozialhilfe sowie verschiedene Hilfswerke für Behinderte.

- Die Sozialversicherungen - Unfallversicherung, AHV/IV und Militärversicherung - werden als eigenständige Finanzierungseinheit betrachtet, obwohl der Staat auch zu ihrer Finanzierung beiträgt (20% der AHV, 50% der IV, 100% der Militärversicherung). Die Krankenversicherung, die hauptsächlich durch die Prämien der Haushalte finanziert wird, ist in dieser Rubrik nur in bezug auf ihre Finanzierung durch den Ertrag der Reserven der Versicherer (Krankenkassen) berücksichtigt.
- Die privaten Haushalte beteiligen sich an der Finanzierung des Gesundheitssystems hauptsächlich durch die Bezahlung der Krankenversicherungsprämien (Grundversicherung und Zusatzversicherungen), die Beteiligung an den Kosten der Krankenversicherung (Franchisen und Selbstbehalte) sowie die direkte Bezahlung von Leistungen, die von den Sozialversicherungen bzw. der öffentlichen Hand nicht übernommen werden (zahnärztliche Behandlungen, Pensionskosten in Pflegeheimen, Hilfe zu Hause usw.).

In Tabelle 8.2 ist die Finanzierung des Gesundheitssystems umfassend und detailliert dargestellt. Aus dieser Zusammenstellung wird ersichtlich, dass sich 1996 der Nettoanteil des Staates um Fr. 518 Mio. verringerte, was einem Rückgang von 24.4% auf 21.6% bedeutet. Im Gegensatz dazu stiegen die Ausgaben der Haushalte - nach Abzug der öffentlichen Beiträge - um über Fr. 2 Mrd. an. Ihr Finanzierungsanteil belief sich somit auf 66.9%, während er im vorhergehenden Jahr noch 64.3% ausmachte.

Diese Entwicklung steht zweifellos im Zusammenhang mit der Einführung des KVG, doch um die verschiedenen Auswirkungen der neuen Gesetzgebung identifizieren und gewichten zu können, ist eine detaillierte Überprüfung der verschiedenen Finanzierungselemente (s.h. weiter unten, Finanzierung durch die öffentliche Hand und Finanzierung durch die privaten Haushalte) erforderlich.

Tabelle 8.2: Übersicht über die Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Finanzierungseinheit

Finanzierungseinheit	1994		1995		1996	
	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%
Staat	8'217	24.8	8'359	24.4	7'841	21.6
Kantone (incl. Gemeinden)	6'557	19.7	6'278	18.3	6'271	17.3
Bund	1'660	5.0	2'081	6.1	1'569	4.3
Beiträge zur stationären Versorgung	4'601	13.9	4'438	12.9	4'533	12.5
Kantone (incl. Gemeinden)	4'601	13.9	4'438	12.9	4'533	12.5
Bund	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Spitex	183	0.6	192	0.6	252	0.7
Kantone (incl. Gemeinden)	183	0.6	192	0.6	252	0.7
Bund	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verwaltung und Prävention	607	1.8	653	1.9	651	1.8
Kantone (incl. Gemeinden)	474	1.4	502	1.5	510	1.4
Bund	133	0.4	151	0.4	141	0.4
Invalidität	194	0.6	259	0.8	229	0.6
Kantone (incl. Gemeinden)	194	0.6	259	0.8	229	0.6
Bund	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Verbilligung der Krankenkassenprämien	1'933	5.8	2'085	6.1	1'816	5.0
Kantone (incl. Gemeinden)	521	1.6	275	0.8	451	1.2
Bund	1'411	4.2	1'811	5.3	1'365	3.8
Ergänzungsleistungen	529	1.6	546	1.6	293	0.8
Kantone (incl. Gemeinden)	413	1.2	426	1.2	229	0.6
Bund	116	0.3	120	0.3	64	0.2
Sozialhilfe (Kantone und Gemeinden)	171	0.5	187	0.5	67	0.2
Sozialversicherungen¹⁾	3'728	11.2	3'935	11.4	4'164	11.5
Krankenkassen ²⁾	298	0.9	367	1.1	378	1.0
Unfallversicherung UVG	1'148	3.5	1'147	3.3	1'157	3.2
AHV/IV ³⁾	2'231	6.7	2'375	6.9	2'585	7.1
Militärversicherung	52	0.2	47	0.1	44	0.1
Privathaushalte	21'262	64.0	22'099	64.3	24'304	66.9
Nettoprämien der Krankenvers. (incl. Zusatzversicherung) ⁴⁾	11'073	33.3	11'636	33.8	13'348	36.8
Kostenbeteiligung	1'347	4.1	1'395	4.1	1'778	4.9
Nicht gedeckte Leistungen (out of pocket) ⁵⁾	8'842	26.6	9'068	26.4	9'178	25.3
Total⁶⁾	33'206	100.0	34'393	100.0	36'308	100.0

1) Mit Ausnahme der Krankenkassen handelt es sich um Zahlungen der Sozialversicherungen an die Leistungserbringer.

2) Eigenfinanzierung der Krankenkassen (Kapitalerträge und ausserordentliche Erträge).

3) Individuelle Barleistungen und Beiträge an die Institutionen der IV; von der AHV bezahlte Hilfsmittel.

4) Im Vergleich zu Tabelle 5.6 wurde hier die Finanzierung der Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe abgezogen.

5) Zahnärztliche Leistungen, Pensionskosten in Heimen, Pflege zu Hause und Medikamente, ohne ärztliche Verordnung (over the counter) bilden den Hauptanteil der Kosten, die vollständig oder teilweise zu Lasten der Haushalte gehen.

6) Kosten des Gesundheitssystems nach Abzug der Leistungen für im Ausland wohnhafte Personen, 1996 stand dieser Wert nicht zur Verfügung.

Quelle: *BFS*

Die Finanzierung durch die Sozialversicherungen - Fr. 4.2 Mrd. im Jahre 1996 - ist insgesamt recht stabil. Ihr Finanzierungsanteil ist nur leicht auf 11.5% (11.4% im Vorjahr) angestiegen, wobei diese Zunahme auf eine deutliche Steigerung der Leistungen der Invalidenversicherung und einen entsprechenden Rückgang bei den anderen Sozialversicherungen zurückzuführen ist.

Abbildung 8.2: Finanzierung des Gesundheitssystems (in Mio. Fr.)



Quelle: *Tabelle 8.2*

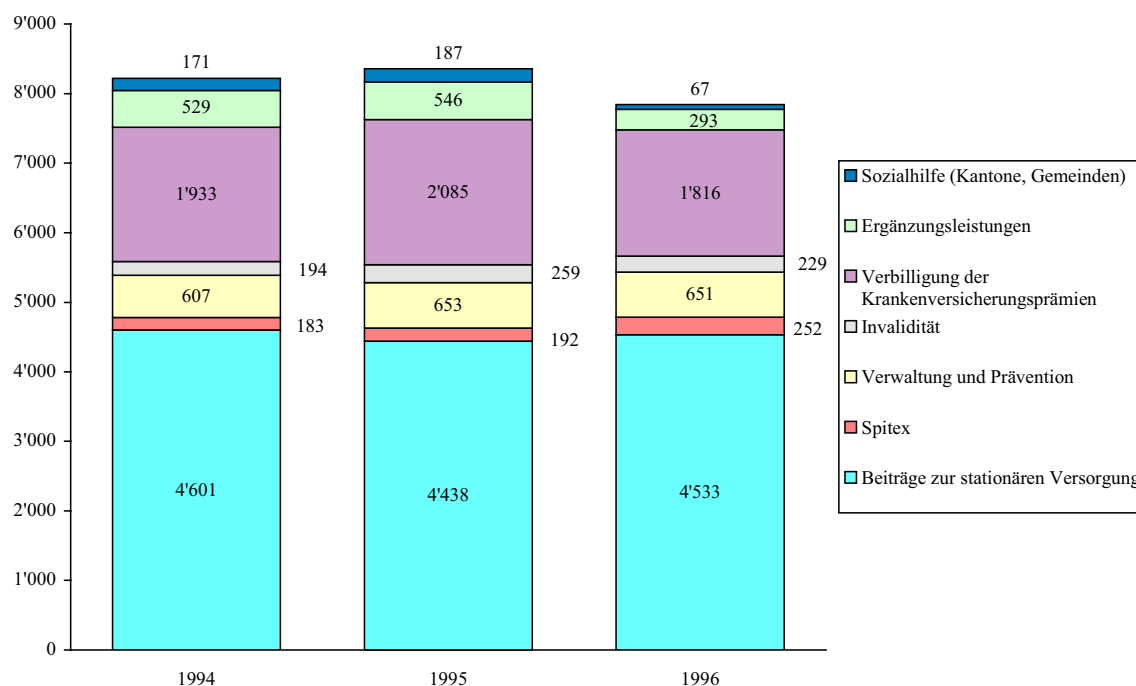
Finanzierung durch die öffentliche Hand

Die Finanzierung des Gesundheitssystems durch Bund, Kantone und Gemeinden erfolgt in erster Linie durch die Beiträge an Pflegeinstitutionen und die Verbilligung der Krankenkassenprämien. Sie haben 1996 zusammen über 80% (Fr. 6.3 Mrd.) der öffentlichen Beiträge ausgemacht.

Die Beiträge zur stationären Versorgung (Spitäler, Pflegeheime) gingen 1995 um Fr. 160 Mio. zurück, während sie 1996 wieder leicht um etwa Fr. 100 Mio. anstiegen. Anteilsmässig nimmt diese Finanzierungs-kategorie indessen weiterhin

ab; während ihr Anteil 1991 noch bei 16% der Gesundheitsausgaben lag, sank er bis 1996 auf 12.5%.

Abbildung 8.3: Finanzierung durch Bund, Kantone und Gemeinden (in Mio. Fr.)



Quelle: *Tabelle 8.2*

Die Netto-Geldflüsse der Kantone (einschliesslich der Gemeinden) und des Bundes wiesen während des Betrachtungszeitraums grosse Schwankungen auf, die hauptsächlich auf Änderungen bei der Verteilung der Bundesbeiträge zurückzuführen sind. Die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den statistischen Grundlagen werden in mehreren vorangegangenen Kapiteln und insbesondere in *Anhang B* erläutert. Trotz dieser Probleme lässt sich feststellen, dass die restriktive Anwendung des KVG im Bereich der Prämienverbilligung einen Abbau der öffentlichen Beiträge in Höhe von etwa Fr. 250 Mio. zur Folge hatte. Der Anteil dieser Finanzierungsvariante ging von 6.1% (1995) auf 5.0% (1996) zurück [BSV (1998)].

Die Einführung neuer kantonaler Systeme zur Verbilligung der Krankenversicherungsprämien für die Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen führte 1996 zum erwarteten Abbau bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie der Sozialhilfe. Dieser Rückgang erfolgte hauptsächlich in Form einer Verschiebung der Prämienbelastung. Die entsprechenden Ausgaben gingen bei den Ergänzungsleistungen um etwa Fr. 250 Mio. und bei der Sozialhilfe um ungefähr Fr. 120 Mio. zurück. Bei dieser Schätzung ist jedoch eine gewisse Vorsicht geboten, da die statistischen Grundlagen erhebliche Lücken aufweisen (vgl. Kap. 7).

Die Finanzierung durch die privaten Haushalte

Mit der Einführung des KVG ist die direkte finanzielle Belastung der Haushalte stark angestiegen. Die Nettoprämien der Krankenversicherung⁷ stiegen um über Fr. 1.7 Mrd. an, und die Kostenbeteiligungen nahmen um ungefähr Fr. 400 Mio. zu, während die direkten Zahlungen, die den von den Sozialversicherungen nicht erstatteten Leistungen entsprechen, einen bescheidene Anstieg um etwa Fr. 100 Mio. aufwiesen.

Die Auswirkungen des neuen Gesetzes auf die Entwicklung der Finanzierungsanteile sind noch eindeutiger. Während sie von 1994 auf 1995 nur leichte Schwankungen aufwiesen, waren die entsprechenden Veränderung auf 1996 deutlich ausgeprägter: Der Anteil der Prämien stieg von 33.8% auf 36.8% und jener der Kostenbeteiligung von 4.1% auf 4.9% an, während der Anteil der nicht gedeckten Leistungen (out of pocket) von 26.4% auf 25.3% zurückging.

⁷ Nach Abzug aller öffentlichen Beiträge, doch unter Berücksichtigung der Veränderungen der Reserven der Krankenversicherer. Sie sind zu unterscheiden von den Prämien, die den Versicherten im entsprechenden Jahr in Rechnung gestellt wurden.

Abbildung 8.4: Finanzierung durch die Haushalte (in Mio. Fr.)



Quelle: *Tabelle 8.2*

8.2 Schlussfolgerung und Forschungsperspektiven

Mit Hilfe der für den Betrachtungszeitraum verfügbaren Statistiken konnten zum Zeitpunkt der Untersuchung - im zweiten Halbjahr 1997 - die ersten Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung der Krankenversicherung und des gesamten Gesundheitssystems identifiziert und quantifiziert werden. Da die statistischen Grundlagen jedoch noch beträchtliche Lücken aufweisen, ist bei den Schlussfolgerungen, die aus diesen Ergebnissen gezogen werden, Vorsicht geboten. Zudem hat die Gesetzesrevision ihre vollständige Wirkung bei weitem noch nicht entfaltet.

Während die ersten erwarteten Auswirkungen des KVG auf die Entwicklung der Finanzierungsstruktur der Grundversicherung, des Gesundheitssystems und der anderen Systeme der sozialen Sicherheit (Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe)

erkennbar sind, können die weniger direkten Effekte, insbesondere die Senkung der Gesundheitskosten, erst zu einem späteren Zeitpunkt untersucht werden. Die strukturellen Veränderungen bei den Leistungserbringern, die von der Anwendung des neuen Gesetzes besonders betroffen sind (Spitäler, Pflegeheime, Pflege zu Hause), können derzeit noch nicht beziffert werden: Die Grundlagen früherer Statistiken sind in vielen Fällen nicht ausreichend, um die Vergleichbarkeit mit den neuen Datenquellen zu gewährleisten, die nun schrittweise zur Verfügung stehen [Bandi (1997)].

Aufgrund des gesetzlichen Auftrags muss die Untersuchung fortgesetzt werden. Damit bietet sich die Gelegenheit, die mittel- und langfristigen Veränderungen bei der Finanzierung der Krankenversicherung, des Gesundheitswesens und der anderen Systeme der sozialen Sicherheit über einen längeren Zeitraum und detaillierter zu untersuchen.

8.3 Literatur

Bandi, T., 1997, Entscheidungsgrundlagen in der Krankenversicherung - Verbesserung in Sicht?, in: *Soziale Sicherheit*, 5/97, 282-285.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1998, Die Prämienverbilligung des KVG: Erste Erfahrungen, in: *Soziale Sicherheit*, 1/98, 10-12.

Donini, F. und G. Sottas, 1997, Die wählbare Franchise unter der Lupe, in: *Soziale Sicherheit*, 2/97, 77-80.

Anhang

A Gesundheit und Soziale Wohlfahrt in der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte

Das Rechnungswesen der öffentlichen Haushalte in der Schweiz ist als Instrument zu verstehen, das eine Vielzahl von Daten für den administrativen, wie auch ökonomischen Bereich zur Verfügung stellen muss. Damit es diesen Anforderungen genügen kann, müssen Budget und Rechnungen auf allen staatlichen Ebenen entsprechend strukturiert werden. Dies bedeutet zum Beispiel, dass in der Verwaltungsrechnung zwischen laufenden Transaktionen (Konsum) und investiven Tätigkeiten unterschieden wird, damit die Folgekosten von Investitionsobjekten transparent sind und die Planungs- und Entscheidungsfunktion der Rechnungslegung zum tragen kommt.

Da die öffentlichen Gemeinwesen im Gesundheitswesen und der Sozialen Wohlfahrt stark engagiert sind, kommt der öffentliche Finanzstatistik eine besondere Bedeutung zu. Sie ist momentan die einzige kohärente Datenbasis, die in diesem Bereich zur Verfügung steht. Es wird daher zunächst eine kurze Einführung in die Verwaltungsrechnung gegeben, um sie dann daraufhin zu untersuchen, ob sich die finanziellen Auswirkungen des neuen KVG dort wiederfinden lassen. Konkret sollen die folgenden Fragen untersucht werden:

Fragestellung:

1. Welche Konten der öffentlichen Finanzstatistik geben die Verflechtungen der Gemeinwesen und damit die Finanzströme in den Bereichen Gesundheit und Soziale Wohlfahrt wieder?
2. Nach welchen sachlichen Kriterien ist die Verwaltungsrechnung gegliedert? Lassen sich die Finanzströme identifizieren und ggf. quantifizieren?
3. Wie verlaufen die Finanzströme, wenn die Verwaltungsrechnung nach Aufgabenbereichen unterschieden wird?

4. Lassen sich Konten identifizieren, die direkt bzw. indirekt die finanziellen Konsequenzen einer Gesetzesrevision im Krankenversicherungsbereich anzeigen?

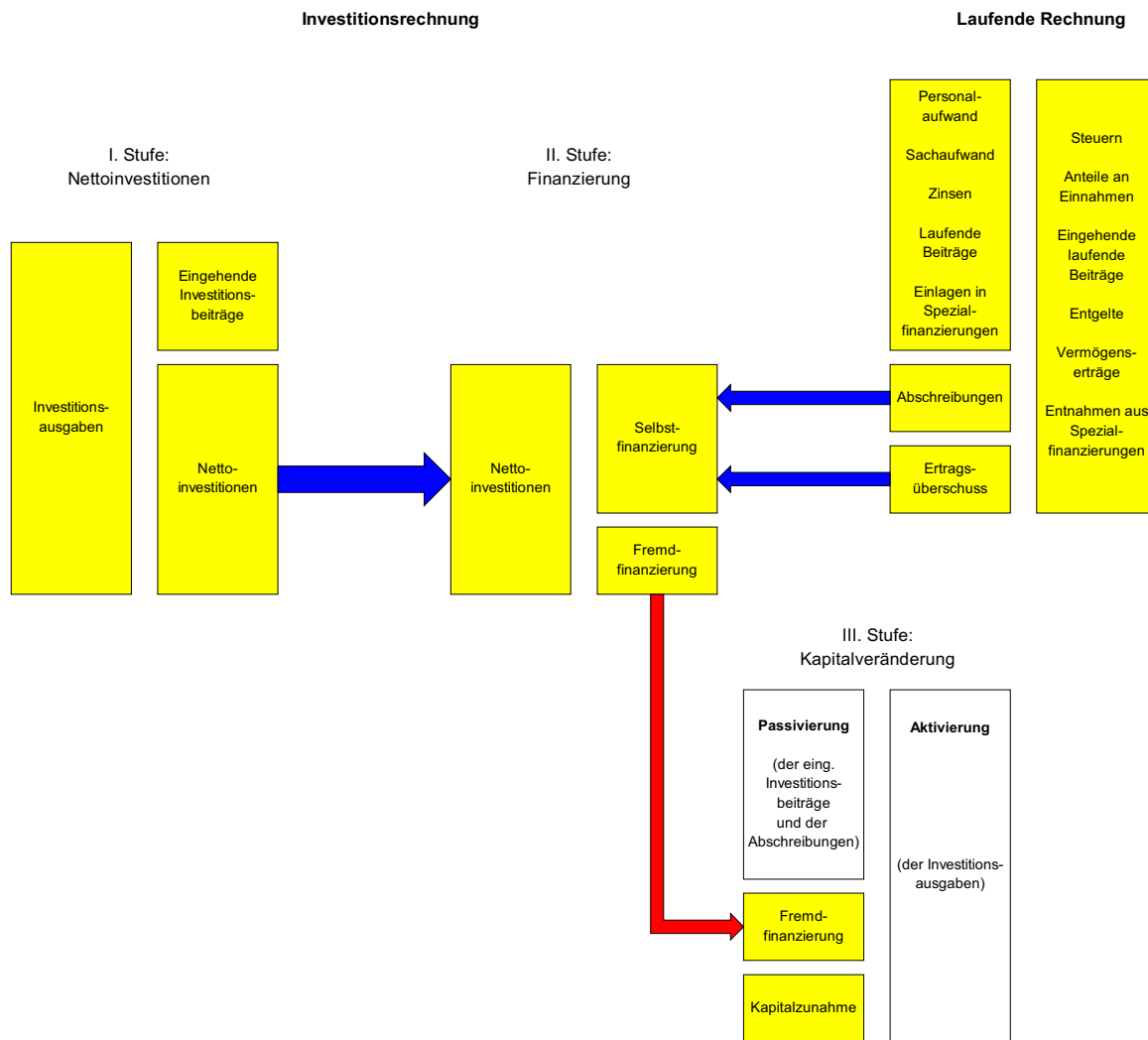
Zur Beantwortung wird in einem ersten Schritt zunächst das Rechnungsmodell der öffentlichen Haushalte kurz vorgestellt. Von einer Darstellung der Bestandsrechnung und des Abschlusses wird dabei abgesehen, da Finanzströme lediglich in der Verwaltungsrechnung zu finden sind. Es schliesst sich eine kurze Erläuterung der Kontengruppen an, um zu verdeutlichen, nach welchen sachlichen Kriterien die Rechnungslegung erfolgt. Danach wird die Verwaltungsrechnung aller öffentlichen Haushalte für die Bereiche Gesundheit und Soziale Sicherheit präsentiert, um einen quantitativen Überblick zu vermitteln. Schliesslich werden die Ausgaben und Einnahmen der Verwaltungsrechnung nach ihrer Aufgabe unterschieden. Dieser funktionalen Unterteilung kommt insofern eine überragende Bedeutung zu, als dass dadurch die Haushaltsbelastungen in den entsprechenden Bereichen sichtbar werden.

Das Rechnungsmodell der öffentlichen Haushalte

Die Verwaltungsrechnung der öffentlichen Haushalte wird in eine Laufende Rechnung und eine Investitionsrechnung unterteilt (vgl. Abbildung A.1). In der Laufenden Rechnung wird dem Aufwand, d.h. laufende Zahlungen an Dritte, Abschreibungen und sonstige Aufwandsposten, der Ertrag gegenübergestellt. Der Saldo dieser beiden Grössen ergibt den Deckungserfolg. Ergibt er sich als Aufwandsüberschuss, so ist der Vermögenszufluss kleiner als der Vermögensverzehr; liegt ein Ertragsüberschuss vor, wie in der Abbildung angenommen, so ist der Vermögenszufluss grösser als der Vermögensverzehr. Die Abschreibungen zusammen mit dem Ertragsüberschuss stellen die eigenen Mittel dar, mit denen die Nettoinvestitionen finanziert werden können. Entsprechend beantwortet die Laufende Rechnung u.a. die Frage, in welchem Umfang Bund, Kantone oder Gemeinden die nach massgeblichen Deckungsgrundsätzen wie

Sicherstellung einer angemessenen Selbstfinanzierung der Investitionen oder der Vergleichbarkeit des Deckungserfolgs ermittelten Werte verzehrt oder vermehrt haben.

Abbildung A.1: Schematische Darstellung der Verwaltungsrechnung



Quelle: nach Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren (1981, S. 20)

Die Investitionsrechnung hingegen erfasst jene Ausgaben, die Vermögenswerte für öffentliche Zwecke schafft. Es ist evident, dass die Investitionsausgaben verschiedener Gemeinwesen nur vergleichbar sind, wenn von einem einheitlichem Investitionsbegriff ausgegangen wird. Andernfalls liesse sich die

Verwaltungsrechnung nicht in zwei Teilrechnungen unterscheiden, da der gleiche Ausgabenposten in den Verwaltungsrechnung der verschiedenen Gemeinwesen evtl. unterschiedlich verbucht würde. Entsprechend kommt der einheitlichen Handhabung des Investitionsbegriffs entscheidende Bedeutung zu. Die *Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren* (1981) versucht den Begriff zu definieren, indem sie unter Investitionen alle Ausgaben eines Gemeinwesen für den Erwerb von Vermögenswerten fasst, die eine neue bzw. erhöhte Nutzung in quantitativer und qualitativer Hinsicht über mehrere Jahre ermöglichen.¹

Sind die öffentlichen Ausgaben entsprechend klassifiziert, wird die Investitionsrechnung dreistufig abgeschlossen (vgl. Abbildung A.1). Die erste Stufe ergibt als Saldo die Nettoinvestitionszunahme oder -abnahme. Neben den Investitionsausgaben eines Jahres gibt sie Aufschluss über die Investitionsbeiträge, die von den jeweils übergeordneten Gemeinwesen im Rahmen des Finanzausgleichs zugewiesen wurden.

Die zweite Stufe führt die Laufende Rechnung und die Investitionsrechnung zusammen. Wenn der Saldo der Laufenden Rechnung und die Abschreibungen zur Finanzierung der Nettoinvestitionen nicht ausreichen, so wird als Saldo dieser Stufe ein Fehlbetrag ausgewiesen. Er gibt entsprechend den Fremdkapitalbetrag in der Rechnungsperiode an, der zur Finanzierung der Nettoinvestitionen erforderlich war. Wird hingegen ein Finanzierungsüberschuss erzielt, so kann dieser z.B. für die Schuldentilgung oder für Anlagen verwendet werden. Der Saldo der zweiten Stufe wird auf die dritte Stufe vorgetragen. Der Saldo der dritten Stufe stellt dann die Kapitalveränderung dar.

Diese Ausführungen lassen sich zusammenfassen in

¹ Zur Operationalisierung dieser Definition vgl. *Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren* (1981), S. 64ff.

Folgerung A.1:

Die Verwaltungsrechnung der öffentlichen Haushalte ist in eine Laufende Rechnung und eine dreistufige Investitionsrechnung unterteilt. Während in der Laufenden Rechnung der Deckungserfolg einer Rechnungsperiode ermittelt wird, gibt die Investitionsrechnung die Finanzierung der Nettoinvestitionen und die dafür notwendige Kapitalveränderung an.

Gliederung der Verwaltungsrechnung nach sachlichen Kriterien

Die Erfassung und Verständlichkeit der öffentlichen Rechnungslegung sowie die Vergleichbarkeit verschiedener Gemeinwesen verlangt ein einheitliches Buchungsschema. Zu diesem Zweck wurde ein Kontenrahmen entwickelt, der den spezifischen Bedürfnissen der Gemeinwesen Rechnung trägt. Er umfasst die folgenden sieben Kontenklassen:

Bestandesrechnung	1	Aktiven
	2	Passiven
Laufende Rechnung	3	Aufwand
	4	Ertrag
Investitionsrechnung	5	Ausgaben
	6	Einnahmen
Abschluss	9	Abschluss

Diese Kontenklassen sind in Kontengruppen (zweistellige Zahlen) und sog. Sammelkonten (dreistellige Zahlen) unterteilt, wobei die Konten nach finanz- und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten gegliedert sind. Aus Tabelle A.1 ist ersichtlich, dass sich die Grundstruktur der Verwaltungsrechnungskonten an der volkswirtschaftlichen Gliederung der Finanzstatistik orientiert.

Tabelle A.1: Kontengruppen der Verwaltungsrechnung

Laufende Rechnung		Investitionsrechnung	
3	<i>Aufwand</i>	5	<i>Ausgaben</i>
30	Personalaufwand	50	Sachgüter
31	Sachaufwand	52	Darlehen und Beteiligungen
32	Passivzinsen	56	Eigene Beiträge
33	Abschreibungen	57	Durchlaufende Beiträge
34	Anteile und Beiträge ohne Zweckbindung	58	Übrige zu aktivierende Ausgaben
35	Entschädigungen an Gemeinwesen	59	Passivierungen
36	Eigene Beiträge		
37	Durchlaufende Beiträge		
38	Einlagen in Spezialfinanzierungen und Stiftungen		
39	Interne Verrechnungen		
4	<i>Ertrag</i>	6	<i>Einnahmen</i>
40	Steuern	60	Abgang von Sachgütern
41	Regalien und Konzessionen	61	Nutzungsabgaben und Vorteilsentgelte
42	Vermögenserträge	62	Rückzahlungen von Darlehen und Beteiligungen
43	Entgelte	63	Rückerstattungen für Sachgüter
44	Anteile und Beiträge ohne Zweckbindung	64	Rückzahlung von eigenen Beträgen
45	Rückerstattungen von Gemeinwesen	66	Beiträge für eigene Rechnung
46	Beiträge für eigene Rechnung	67	Durchlaufende Beiträge
47	Durchlaufende Beiträge	68	Übernahme der Abschreibungen
48	Entnahmen aus Spezialfinanzierungen und Stiftungen	69	Aktivierungen
49	Interne Verrechnungen		

Quelle: Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren (1981)

Der Aufwand der Laufenden Rechnung weist vier Kontengruppen auf, welche die Finanzströme zwischen den öffentlichen Gemeinwesen wiedergeben. Die Kontengruppe 34 *Anteile und Beiträge ohne Zweckbindung* erfasst die gesetzlichen Anteile anderer Gemeinwesen am Ertrag bestimmter Abgaben sowie sonstige Beiträge, bei denen das begünstigte Gemeinwesen den Verwendungszweck frei bestimmen kann. Unter diesen Aufwandsposten fallen beispielsweise die Finanzausgleichsbeiträge an die Gemeinden. Die eigenen, zweckgebundenen Beiträge (Kontengruppe 36) erfassen nichtrückzahlbare Leistungen aus eigenen Mitteln, die für den Konsum bestimmt sind. Der Empfänger muss für diesen Betrag keine Gegenleistung erbringen. Hier fallen beim Bund insbesondere die Sozialversicherungsbeiträge und bei den Kantonen und Gemeinden z.B. die Beiträge an Spitäler, sowie Alters- und Pflegeheime.

Im Gegensatz zu den eigenen Beiträgen werden in der Kontengruppe 37 jene laufenden Beiträge erfasst, die ein Gemeinwesen von anderen Gemeinwesen zugunsten Dritter erhält und an diese weitergeben muss. Begünstigte können hier wiederum die Spitäler, Alters- und Pflegeheime sein, unabhängig davon, ob sie rechtlich als eigene Anstalt eines Gemeinwesens, gemischtwirtschaftliche Unternehmung oder als private Institution organisiert sind. In der Kontengruppe 35 schliesslich werden die *Entschädigungen an ein Gemeinwesen* verbucht, welches für ein anderes ganz oder teilweise eine Aufgabe erfüllt, die einem öffentlichen Zweck dient und nach der gegebenen Aufgabenteilung Sache des eigenen Gemeinwesens ist. Darunter fallen beispielsweise Kostgelder für Patienten in anderen Anstalten oder Verwaltungskostenentschädigungen an Gemeinden.

Die Ertragsseite der Laufenden Rechnung weist ebenfalls Kontengruppen auf, die massgeblich für die Verflechtung der öffentlichen Gemeinwesen sind. Als erstes sind die *Entgelte* zu nennen. Unter *Entgelte* werden vor allem Erträge aus Leistungen und Lieferungen erfasst, die ein Gemeinwesen für Dritte erbringt. Hier sind für den Bereich der Gesundheit vor allem die Spital- und Heimtaxen zu nennen. Daneben werden aber auch Rückerstattungen von Sozialleistungen, Versicherungsleistungen und Versicherungsprämien in dieser Kontengruppe 43 verbucht. Während unter der Gruppe *Anteile und Beiträge ohne Zweckbindung* vor allem Kantonsbeiträge und Anteile an speziellen Verbrauchssteuern subsumiert werden, sind in der Kontengruppe 45 *Rückerstattungen von Gemeinwesen* für erbrachte Leistungen aufgeführt, die in die Kompetenz anderer Gemeinwesen fallen. Im Gegensatz dazu werden in der Kontengruppe 46 jene laufenden Beiträge gefasst, die für das Gemeinwesen selbst bestimmt sind und der Verwendung zweckgebunden sind. Darunter fallen insbesondere die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV und Beiträge für das Gesundheitswesen.

Bei den Investitionsausgaben werden neben den Sachausgaben für Alters- und Pflegeheime, Spitäler etc. auch die Finanzierung dieser Bauten mittels Darlehen und Beteiligungen oder investitionsfördernder Beiträge verbucht (Kontengruppen 52, 56 und 57). Die Investitionseinnahmen ergeben sich entsprechend aus dem

Abgang der Sachgüter, Rückzahlungen von Darlehen und Beteiligungen sowie Rückzahlungen von eigenen Beiträgen.

Damit ergibt sich

Folgerung A.2:

Der Kontenrahmen der öffentlichen Haushalte ist in Gruppen unterteilt. Die Entgelte und Rückerstattungen sowie verschiedene Beiträge und Entschädigungen an andere öffentliche Gemeinwesen sind dabei in der Laufenden Rechnung von besonderer Relevanz, da sie die finanziellen Verflechtungen der öffentlichen Gemeinwesen und damit die Finanzströme der verschiedenen staatlichen Ebenen ausweisen.

Entsprechend dieser Folgerung ist zu fragen, welchen quantitativen Umfang die Kontengruppen der Verwaltungsrechnung haben. In Tabelle A.2 sind die Ausgaben und Einnahmen der Laufenden Rechnung sowie der Investitionsrechnung von Bund, Kantonen und Gemeinden für die Gesundheit und die Soziale Wohlfahrt wiedergegeben.²

Eine solche Gesamtrechnung wirft insofern Probleme auf, als dass sämtliche finanziellen Transaktionen konsolidiert werden müssen. Die Bundesbeiträge an die Kantone werden beispielsweise sowohl in der Rechnung des Bundes als auch den kantonalen Rechnungen verbucht. Folglich müssen solche Übertragungen zwischen öffentlichen Gemeinwesen als Doppelzählung ausgeschieden werden. Um die Finanzströme interpretieren zu können, sind die Ausgaben und Einnahmen entsprechend bereinigt.

² Es sind nur die Daten für die drei Jahre vor der Einführung des KVG wiedergegeben, da die Gemeindeangaben für 1996 erst im Herbst 1998 vorliegen.

Tabelle A.2: Ausgaben und Einnahmen der öffentlichen Haushalte in den Bereichen Gesundheit und Soziale Wohlfahrt nach der sachlichen Gliederung, in 1'000 Fr.

Sachgruppe	Gesundheit			Soziale Wohlfahrt		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995
LAUFENDE RECHNUNG	4'464'204	4'443'515	4'329'587	15'469'749	16'079'530	16'856'723
3 <i>LAUFENDE AUSGABEN¹⁾</i>	12'611'080	12'924'286	13'228'805	17'383'872	18'295'418	19'118'580
30 Personalaufwand	8'719'438	8'811'718	9'034'488	1'575'555	1'663'763	1'722'798
31,32 Sachaufwand und Zinsen	3'254'395	3'374'600	3'528'107	559'232	600'314	618'750
34-37 Anteile, Beiträge und Entschädigungen	2'484'522	2'437'238	2'325'282	17'592'090	18'525'197	19'732'796
4 <i>LAUFENDE EINNAHMEN¹⁾</i>	8'146'876	8'480'771	8'899'218	1'914'123	2'215'888	2'261'857
40-42, 44 Steuern, Anteile, Vermögenserträge, Übriges	67'324	68'209	71'204	300'828	295'249	287'781
43 Entgelte	8'007'003	8'334'545	8'739'994	1'503'602	1'707'735	1'740'983
45-47 Beiträge und Rückerstattungen	1'919'817	1'777'289	1'747'092	2'451'486	2'687'413	3'186'516
INVESTITIONSRECHNUNG	995'646	969'976	978'379	2'316'484	2'735'914	-151'552
5 <i>INVESTITIONSAUSGABEN¹⁾</i>	1'038'887	1'002'402	994'862	2'499'096	2'830'004	734'820
50 Sachgüter	888'800	865'866	874'482	207'577	239'663	235'968
52 Darlehen und Beteiligungen	10'498	6'243	4'215	2'077'875	2'408'681	295'465
56,57 Beiträge	307'539	273'526	334'991	213'644	237'368	258'425
6 <i>INVESTITIONSEINNAHMEN¹⁾</i>	43'241	32'426	16'483	182'612	94'090	886'372
64-67 Beiträge	201'397	164'217	228'963	73'035	68'284	66'635
60-63 Übrige Investitionseinnahmen	9'793	11'442	6'345	113'242	81'472	874'601

1) Doppelzählungen im Total nicht enthalten

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz (1993-1995)*

Werden nun die Laufenden Rechnungen der beiden Bereiche für die Jahre 1993 - 1995 betrachtet, so lässt sich feststellen, dass sie sich genau entgegengesetzt entwickelt haben. Während der Ausgabenüberschuss bei der Gesundheit von Fr. 4.46 Mrd. (1993) auf Fr. 4.33 Mrd. (1995) leicht abgenommen hat, haben sie bei der Sozialen Wohlfahrt von Fr. 15.45 Mrd. (1993) um 9% auf Fr. 16.86 Mrd. (1995) zugenommen. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die Kontengruppen 34 - 37 (Anteile, Beiträge und Entschädigungen) im Gesundheitsbereich mit einem Anteil von nur 18% im Gegensatz zu den Personalausgaben keine überragende Bedeutung zukommt. Dies ist jedoch verständlich, da die Spitäler und Heime personalintensive Bereiche sind. In der Sozialen Wohlfahrt hingegen dominieren

sie die Laufenden Ausgaben eindeutig. Die Laufenden Einnahmen weisen ebenfalls erhebliche Unterschiede auf. Im Gesundheitsbereich sind die Einnahmen aus Entgelten um mehr als das Vierfache höher als jene aus Beiträgen und Rückerstattungen. Bei der Sozialen Wohlfahrt kehrt sich dieses Verhältnis um: Der Anteil der Kontengruppen 45 - 47 an den Einnahmen dominiert klar den der Entgelte.

Die Investitionsrechnung hingegen zeigt ein heterogenes Bild. Der Ausgabenüberschuss im Gesundheitsbereich sinkt von rd. Fr. 1 Mrd. (1993) auf Fr. 0.97 Mrd. (1994) und steigt dann leicht auf Fr. 0.98 Mrd. (1995). Die Beiträge machen dabei rd. 30% der Investitionsausgaben aus. Bei der Sozialen Wohlfahrt steigen die Ausgabenüberschüsse zwar von Fr. 2.3 Mrd. (1993) auf Fr. 2.7 Mrd. (1994), verwandeln sich aber 1995 in einen Einnahmeüberschuss von rd. Fr. 0.2 Mrd. Diese Entwicklung ist auf die Veränderung bei den Darlehen und Beteiligungen zurückzuführen: Sie lagen 1993 (1994) bei Fr. 2 Mrd. (Fr. 2.5 Mrd.) und sind 1995 auf gerade noch Fr. 0.26 Mrd. abgerutscht.³

Diese Gedanken lassen sich zusammenfassen in

Folgerung A.3:

Werden alle öffentlichen Haushalte zusammen betrachtet, so kommt den Anteilen, Beiträgen und Entschädigungen in der Laufenden Rechnung der Sozialen Wohlfahrt eine überragende Bedeutung zu. Im Gesundheitsbereich hingegen dominiert bei den laufenden Ausgaben erwartungsgemäss der Personalaufwand, bei den Einnahmen die Entgelte aus Spital- und Heimplatzsteuern.

³ Zu den Gründen dieser Entwicklung vgl. Tabelle A.4.

Gliederung der Verwaltungsrechnung nach funktionalen Kriterien

Die Unterteilung der Einnahmen und Ausgaben in der Verwaltungsrechnung nach ihrer Art bedarf insofern einer Ergänzung, als dass die institutionelle Vielfalt der Gemeinwesen und der Umstand, dass beispielsweise eine Amtsstelle häufig mehrere Aufgaben zu erfüllen hat, dem Prinzip der Haushaltstransparenz nur unzureichend genügt und die Vergleichbarkeit der Rechnungslegungen auf aggregierter Ebene erheblich erschwert. Aus diesem Grund wurde eine Unterteilung der Verwaltungsrechnung nach Aufgabenbereichen (funktionale Gliederung) etabliert. In der schweizerischen Finanzstatistik werden die folgenden neun Hauptaufgabenbereiche unterschieden:

- 0 Allgemeine Verwaltung
- 1 Öffentliche Sicherheit
- 2 Bildung
- 3 Kultur und Freizeit
- 4 Gesundheit
- 5 Soziale Wohlfahrt
- 6 Verkehr
- 7 Umwelt und Raumordnung
- 8 Volkswirtschaft
- 9 Finanzen und Steuern

Für die Wirkungen des neuen KVG sind insbesondere die Bereiche Gesundheit und Soziale Wohlfahrt relevant. Diese beiden Gliederungspunkte lassen sich aber noch weiter unterteilen, wie Tabelle A.3 zu entnehmen ist. Dabei wurden zur Erläuterung einige Stichworte berücksichtigt, die von der *Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren* (1981) festgelegt wurden, um die einzelnen Buchungsbeträge adäquat den Aufgabenbereichen zuordnen zu können.

Die funktionale Unterteilung der Gesundheit in der Verwaltungsrechnung orientiert sich überwiegend an der Art der Leistungserbringung.

Tabelle A.3: Funktionale Gliederung der öffentlichen Haushalte im Bereich Gesundheit und Soziale Wohlfahrt

4	Gesundheit	5	Soziale Wohlfahrt
40	Spitäler Kinderspital, Krankenhäuser, Paraplegikerzentrum, Polikliniken, Spitalapotheken, Spitäler	50	Altersversicherung
41	Kranken- und Pflegeheime Erholungsheime, Heilbäder, Heim für Chronischkranke, Krankenheime, Rheumakliniken	51	Invalidenversicherung
42	Psychiatrische Kliniken	52	Krankenversicherung Krankenkassenbeiträge ohne Arbeitgeberbeiträge, Krankenkassenprämienverbilligung, Krankenkassenbeiträge für Bedürftige
44	Ambulante Krankenpflege Geburtshilfe, Gemeindefrankenschwester, Hauspflege, Hebammen, Heimpflege, Krankenmobilen, Krankenpflege, Krankenpflegeverbände, Mütterberatung, Samaritervereine	53	Sonstige Sozialversicherung
45	Krankheitsbekämpfung	530	Ergänzungsleistungen AHV
46	Schulgesundheitsdienst	531	Ergänzungsleistungen IV
47	Lebensmittelkontrolle	532	Arbeitslosenversicherung
49	Übriges Gesundheitswesen z. B. Ambulanzen, Apotheken, Badekur, Desinfektionen, Drogerien, Gesundheitsberatung, Heilmittel, Hygienemassnahmen, Kantonsärzte, Körperpflege, Krankentransporte, Stadtarzt, Toxikologie	533	Familienausgleichskasse
		534	Unfallversicherung
		54	Jugendschutz z.B. Erziehungsheim, Jugenderziehungsanstalten, Jugendfürsorge, Jugendhilfe, Kinderheime
		55	Invalidität z.B. Eingliederungsstätten, Fürsorgebeiträge an Invalide, Invalidenheim und -anstalt
		56	Sozialer Wohnungsbau z.B. Mietzinszuschuss, Wohnungsfürsorge
		57	Altersheime (inkl. angegliederte Betriebe) Alterss asyl, Altersheime (ohne Chronischkranke), Alterssiedlung, Armenanstalten, Bürgerheime
		58	Fürsorge
		580	Altersfürsorge z.B. Altersbeihilfen, Altersfürsorge, Hinterlassenenfürsorge
		581	Armenunterstützung z.B. Armenpflege, Armenunterstützung, Armenwesen
		582	Arbeitsämter Arbeitsämter, Arbeitsbeschaffung, Arbeitslosenfürsorge, Arbeitslosenunterstützung, Arbeitsvermittlung, Heimarbeit, Umschulung von Arbeitslosen
		583	Auslandschweizerhilfe
		589	Übrige Fürsorge z.B. Alimenteninkasso, Alimentenvorschüsse, Familienhilfe, Flüchtlingshilfe, Hilfe bei Naturkatastrophen, Hilfsorganisationen aller Art
		59	Hilfsaktionen

Quelle: Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren (1981)

Es wird zwischen ambulanter Krankenpflege einerseits und stationärer Pflege in Spitälern, psychiatrischen Kliniken sowie Kranken- und Pflegeheimen andererseits unterschieden. Daneben wird u.a. noch eine Rubrik *Übriges Gesundheitswesen* ausgewiesen, in der beispielsweise Apotheken, Drogerien und Krankentransporte erfasst werden. Die Soziale Wohlfahrt umfasst zum einen die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung und zum anderen den grossen Bereich der Fürsorge.

Aus Tabelle A.3 wird weiterhin ersichtlich, dass unter der Rubrik 52 die Krankenversicherung separat geführt wird. Unter dem alten Krankenversicherungsgesetz (KUVG) wurden darunter die Krankenkassenbeiträge ohne Arbeitgeberbeiträge, die Krankenkassenprämienverbilligung sowie die Krankenkassenbeiträge für Bedürftige erfasst. Seit dem 1. Januar 1996 fallen nur noch die Beträge der Krankenkassenprämienverbilligung an. Die unmittelbaren haushaltswirksamen Veränderungen im Bereich der Krankenversicherung werden hier also angezeigt. Weiterhin fällt auf, dass teilweise eine recht detaillierte Beschreibung der Rubriken vorgenommen wird. So werden unter *Kranken- und Pflegeheimen* Institutionen wie Erholungsheime, Heilbäder, Heim für Chronischkranke, Krankenheime, Rheumakliniken und Sanatorien gefasst. Diese feine Unterteilung mag zwar die Verbuchung entsprechender Beträge erleichtern, hat aber den Nachteil, dass Abgrenzungsprobleme mit anderen Rubriken auftauchen können.

Solche Abgrenzungsprobleme bestehen beispielsweise zu Rubrik 57 *Altersheime*. Es werden darunter "Alterssylv", "Altersheime" (ohne Chronischkranke), "Alterssiedlung", "Armenanstalten" und "Bürgerheime" gefasst. Insbesondere in kleinen Gemeinden dürften jedoch Heime pauschal der einen oder anderen Kategorie zugeordnet werden, mit der Konsequenz, dass Institutionen, die eigentlich dem Gesundheitssektor zuzurechnen sind, im Bereich der Sozialen Wohlfahrt verbucht werden.

Ähnliche Probleme lassen sich für den Fürsorgebereich feststellen. Unter der Rubrik *Fürsorge* werden beispielsweise die "Altersfürsorge", aber auch die übrige Fürsorge wie "Familienhilfe" oder "Alimentenvorschüsse" verbucht. Andererseits fällt die "Jugendfürsorge" unter die Rubrik 54 *Jugendschutz*, die "Fürsorgebeiträge für Invalide" in den Bereich der *Invalidität* und die "Wohnungsfürsorge" unter die Rubrik 56 *Sozialer Wohnungsbau*. Die Verteilung der Fürsorgebeiträge auf so viele Rubriken kann daher bei einer Gesamtbetrachtung der Wirkungen des KVG auf die Finanzströme im Bereich der Fürsorge die Vergleichbarkeit erheblich erschweren, obwohl ein einheitlicher Kontenrahmen vorgegeben und die Haushaltstransparenz gewährleistet ist (vgl. dazu Kapitel 7).

Der Fürsorgebereich ist jedoch insgesamt äusserst heterogen und die eigentlichen Finanzströme werden bei der obigen Feingliederung nur recht ungenau erfasst. Zudem unterscheidet sich die Verbuchungspraxis zum Teil erheblich von Gemeinde zu Gemeinde. Es verwundert daher nicht, dass eine Revision der Rubrik 58 wiederholt gefordert wird [vgl. *Rossini (1995)*].

Die bisherigen Aussagen ergeben

Folgerung A.4:

Die Verwaltungsrechnung lässt nicht nur eine Gliederung nach sachlichen Gesichtspunkten zu, sondern es lassen sich auch verschiedene Aufgabenbereiche unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass neben einer separaten Rubrik *Krankenversicherung* auch Rubriken wie die *Fürsorge* bestehen, die auch mittelbar von einer Umleitung der Finanzströme betroffen sein können. Die Interpretation ist aber insofern schwierig, als dass zahlreiche Abgrenzungsprobleme existieren.

Die Finanzströme der Verwaltungsrechnung, wie sie in Tabelle A.2 dargestellt wurden, lassen sich nun anhand der funktionalen Kriterien neu gliedern. In Tabelle A.4 sind für 1993 - 1995 die Salden der Laufenden Rechnung, der

Investitionsrechnung sowie die Nettobelastung für den jeweiligen Aufgabenbereiche wiedergegeben.⁴ Der Nettobelastung, die sich aus den Salden der Laufenden Rechnung und der Investitionsrechnung zusammensetzt, kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als dass sie die Belastung der öffentlichen Haushalte einer Rechnungsperiode wiedergibt.

Im Bereich der Gesundheit ist die Nettobelastung aller öffentlichen Haushalte in den Jahren 1993 - 1995 nahezu konstant geblieben. Sie ist von Fr. 5.5 Mrd. (1993) über Fr. 5.4 Mrd. (1994) auf schliesslich Fr. 5.3 Mrd. leicht gesunken. Der stationären Behandlung kommt dabei als wichtigstem Belastungsposten eine überragende Bedeutung zu. Der Anteil an der Nettobelastung lag in diesem Zeitraum durchgängig bei rd. 84%. Der ambulanten Krankenpflege kommt mit knapp 4% eine untergeordnete Rolle in der Verwaltungsrechnung zu.

In der Sozialen Wohlfahrt machen die Zweige der Sozialversicherung 1993 und 1994 zusammen rd. 76% der Nettobelastung aus. Im Jahr 1995 sinkt dieser Anteil allerdings auf 72%. Der Anteil der Krankenversicherung an den gesamten Sozialversicherungen geht in diesem Zeitraum von 14.7 % (1993) auf 13.6% (1994) zurück, um dann 1995 auf 17.4% wieder anzusteigen.

In der Kategorie 52 werden die Subventionen und Beiträge der öffentlichen Hand verbucht. Ein Grossteil dieser Beiträge lässt sich im Finanzhaushalt der Krankenversicherung wiederfinden [vgl. *Statistik über die Krankenversicherung* (1995, 1997)]. Da diese Beiträge in den drei Jahren unverändert blieben, tragen sie nichts zur Abnahme der Nettobelastung der Sozialversicherungen im Jahre 1995 bei. Die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV nehmen in diesem Zeitraum kontinuierlich zu. Liegt der Anteil dieser Nettobelastung an der Gesamtbelastung 1993 und 1994 noch bei gut 15%, steigt auch dieser Wert 1995 mit 18.5% stark an.

⁴ Für 1996 liegen noch keine vollständigen Daten vor, so dass an dieser Stelle nur auf die unmittelbare Situation vor Inkrafttreten des KVG eingegangen wird.

Für diesen Sprung sind u.a. die Ergänzungsleistungen zur IV verantwortlich, weil sie 1995 von Fr. 505 Mio. auf Fr. 582 Mio. zugenommen haben.⁵

Tabelle A.4: Verwaltungsrechnung der öffentlichen Haushalte nach funktionalen Gesichtspunkten, in 1'000 Fr.

Funktion	Laufende Rechnung (Laufende Ausgaben ./. Laufende Einnahmen)			Investitionsrechnung (Investitionsausgaben ./. Investitionseinnahmen)			Nettobelastung insgesamt (Laufende Rechnung + Investitionsrechnung)		
	1993	1994	1995	1993	1994	1995	1993	1994	1995
4 GESUNDHEIT	4'464'204	4'443'515	4'329'587	995'646	969'976	978'379	5'459'850	5'413'491	5'307'967
40 Spitäler	2'731'229	2'729'769	2'586'073	685'815	680'864	718'916	3'417'043	3'410'633	3'304'990
41 Kranken- und Pflegeheime	291'341	335'307	341'029	178'157	152'367	116'874	469'497	487'674	457'903
42 Psychiatrische Kliniken	625'276	605'357	578'222	87'479	101'691	98'298	712'755	707'048	676'520
44 Ambulante Krankenpflege	196'331	180'016	188'881	1'546	3'018	2'520	197'877	183'035	191'402
45 Krankheitsbekämpfung	203'214	180'657	210'508	14'966	9'172	11'146	218'180	189'829	221'654
46 Schulgesundheitsdienst	83'156	83'037	103'163	1'303	497	1'456	84'459	83'534	104'619
47 Lebensmittelkontrolle	84'977	83'408	89'269	8'298	6'524	10'153	93'275	89'932	99'423
49 Uebrigtes Gesundheitswesen	248'681	245'964	232'441	18'082	15'842	19'015	266'763	261'806	251'457
5 SOZIALE WOHLFAHRT	15'469'749	16'097'530	16'856'723	2'316'484	2'735'914	-151'552	17'786'233	18'833'444	16'705'172
50 Altersversicherung	4'410'116	4'497'343	4'743'375	2'473	2'190	2'041	4'412'589	4'499'534	4'745'417
51 Invalidenversicherung	2'877'895	3'118'090	3'269'153	1'919	1'940	1'787	2'879'813	3'120'029	3'270'940
52 Krankenversicherung	1'988'111	1'931'991	2'096'863	537	549	-11'699	1'988'648	1'932'540	2'085'164
53 Sonstige Sozialversicherungen	2'378'901	2'450'113	2'494'007	1'882'903	2'257'149	-596'760	4'261'805	4'707'261	1'897'247
530 Ergänzungsleistungen AHV	1'599'277	1'668'347	1'641'347	55	56	35	1'599'333	1'668'403	1'641'381
531 Ergänzungsleistungen IV	491'574	504'823	582'027	55	56	35	491'630	504'879	582'062
532 Arbeitslosenversicherung	-470	3'289	4'543	1'879'853	2'254'560	-598'637	1'879'383	2'257'849	-594'095
533 Familienausgleichskasse	5'218	4'712	4'172	0	0	0	5'218	4'712	4'172
534 Unfallversicherung	283'302	268'942	261'919	2'940	2'477	1'808	286'241	271'419	263'726
54 Jugendschutz	587'666	557'159	564'788	19'764	36'317	23'362	607'430	593'476	588'150
55 Invalidität	159'971	168'917	221'172	39'207	39'915	37'387	199'178	208'832	258'558
56 Sozialer Wohnungsbau	210'479	219'748	223'032	156'818	139'212	114'100	367'296	358'960	337'132
57 Altersheime	133'053	143'182	152'522	155'164	174'515	141'039	288'217	317'697	293'561
58 Fürsorge	2'688'885	2'966'029	3'061'541	56'398	82'835	134'790	2'745'283	3'048'864	3'196'331
580 Altersfürsorge	235'780	322'545	268'291	9'811	2'437	7'550	245'591	324'981	275'841
581 Armenunterstützung	825'033	855'411	928'196	-435	19	19	824'598	855'430	928'215
582 Arbeitsämter	301'968	367'561	428'750	7'421	28'579	31'663	309'389	396'139	460'413
583 Auslandschweizerhilfe	7'589	8'745	7'820	0	0	0	7'589	8'745	7'820
589 Übrige Fürsorge	1'318'516	1'411'767	1'428'485	39'602	51'801	95'558	1'358'117	1'463'568	1'524'042
59 Hilfsaktionen	34'673	44'958	30'271	1'302	1'292	2'401	35'975	46'250	32'672

Quelle: *Öffentliche Finanzen der Schweiz (1993-1995)*

⁵ Zu den Auswirkungen des KVG auf die Ergänzungsleistungen vgl. Kapitel 6.

Hauptverantwortlich für das Absinken der Nettobelastung ist die Rubrik 532 *Arbeitslosenversicherung* (vgl. die Kontengruppe 52 *Darlehen und Beteiligungen* der Tabelle A.2 weiter oben). Diese stark konjunkturabhängige Grösse belief sich 1993 auf fast Fr. 1.9 Mrd., stieg 1994 sogar auf Fr. 2.3 Mrd. und ist dann 1995 in einen Nettoüberschuss von Fr. 0.6 Mrd. umgeschlagen. Zurückzuführen ist dieser Überschuss zum einen auf höhere ALV-Beiträge, denn sie sind 1995 von 2.0% auf 3.0% heraufgesetzt worden. Zum anderen ist bei den Ausgaben ein Rückgang von 11.5% zu verzeichnen gewesen [*Bundesamt für Statistik (1997)*].

Der zweite grosse Bereich der Sozialen Wohlfahrt ist die Rubrik 58 *Fürsorge*. Die Ausgabenüberschüsse der öffentlichen Haushalte im Bereich der Fürsorge sind über diesen Zeitraum kontinuierlich gestiegen. Lagen sie 1993 noch bei Fr. 2.7 Mrd., so sind sie 1994 um 11% auf Fr. 3 Mrd. angestiegen. Ein weiterer Anstieg um 5% erfolgte 1995. In diesem Jahr beläuft sich die Nettobelastung auf Fr 3.2 Mrd. (vgl. Kapitel 7). Gemessen an der gesamten Nettobelastung der Sozialen Wohlfahrt macht die Fürsorge 1993 und 1994 gut 15% dieser Belastung aus. Aus den oben genannten Gründen ist dieser Anteil 1995 auf 19% angestiegen.

Diese Ausführungen ergeben

Folgerung A.5:

Anhand der funktionalen Gliederung der Verwaltungsrechnung lassen sich Finanzströme identifizieren, die von Veränderungen im Krankenversicherungsbereich betroffen sind. Neben der Rubrik "Krankenversicherung", in der die Prämienverbilligung bzw. Beiträge an die Krankenversicherer verbucht werden, sind dies in der Sozialen Wohlfahrt die Fürsorge und die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV.

Die Nettobelastung ist in den Jahren vor Einführung des KVG in den beiden Bereichen der Finanzstatistik kontinuierlich angestiegen. Im Gesundheitsbereich sind u.a. Konten für den stationären und ambulanten Bereich zu finden, die massgebliche Finanzierungsströme wiedergeben. Hier lässt sich jedoch keine grössere Veränderung der Nettobelastung feststellen.

Um einen detaillierten Einblick über die zwei Jahre vor Einführung des KVG und soweit vorhanden für das erste Jahr unter dem neuen KVG zu geben, wird in einem separaten Band (*Anhang C*) die Laufenden Rechnungen, Investitionsrechnungen sowie die Nettobelastungen in tabellarischer Form wiedergegeben. Damit ist die Finanzstatistik sehr detailliert dokumentiert, da neben dem Bund und den Rechnungen der Kantone und Gemeinden insgesamt auch die Verwaltungsrechnungen der einzelnen Kantone sowie der Gemeinden je Kanton aufgeführt sind.

Bibliographie

Bundesamt für Sozialversicherung, 1997, *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1994/95*, BSV: Bern.

Bundesamt für Sozialversicherung, 1995, *Statistik über die Krankenversicherung. Vom Bund anerkannte Versicherungsträger 1993*, BSV: Bern.

Bundesamt für Statistik, 1997, *Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1998*, NZZ: Zürich.

Eidgenössische Finanzverwaltung, 1996/97, *Öffentliche Finanzen der Schweiz 1993-1995*, BFS: Bern.

Konferenz der Kantonalen Finanzdirektoren (Hrsg.), 1981, *Handbuch des Rechnungswesens der öffentlichen Haushalte*, Bd. I und II, Ausgabe 1981, Haupt: Bern.

Rossini, Stéphane, 1995, *Budget social de la Suisse. Nécessite et perspectives, réalités sociales*: Lausanne.

Rossini, Stéphane und Yves-Laurent Martignoni, 1997, *Système d'information intercantonal en matière d'aide sociale, cantons de la CRASS 1995. Dépenses d'aide sociale comparées des cantons de Berne, Fribourg, Tessin, Vaud, Valais, Neuchâtel, Genève, Jura, Rapport final de recherche*, Haute-Nendaz.

B Qualität der statistischen Quellen

Die statistischen Quellen, die der Untersuchung zugrunde liegen, sind von sehr unterschiedlicher Qualität. Ihre Stichhaltigkeit muss eingehend im Hinblick auf die Krankenversicherung, das Gesundheitssystem und die soziale Sicherheit überprüft werden. Alle statistischen Quellen haben natürlich ihre Grenzen: Zum einen sind die Zeitreihen vielfach nur über einen kurzen Zeitraum vollständig und kohärent verfügbar, da die Statistik immer an die Veränderungen des wirtschaftlichen und sozialen Umfelds angepasst werden müssen. Zum andern stammen die verfügbaren Daten aus Statistiken der Handlungsakteure selbst (Erbringer von Gesundheitsleistungen, Sozialversicherungen, Gebietskörperschaften usw.), deren Hauptanliegen nicht darin besteht, eine möglichst umfassende Transparenz im Bereich des Gesundheitswesens und der sozialen Sicherheit zu fördern.

Insgesamt weisen die statistischen Basisdaten, die für die Analyse der vom KVG betroffenen Geldflüsse erforderlich sind, nach der Bereinigung ein gerade befriedigendes Niveau auf. Die für den Betrachtungszeitraum (1994 bis 1996) verfügbaren Zahlen ermöglichen Schätzungen der Geldflüsse innerhalb des Gesundheitssystems und geben erste Hinweise auf die Übertragung finanzieller Lasten zwischen den Finanzierungseinheiten (Haushalte, Sozialversicherungen, Bund, Kantone und Gemeinden). Um besser fundierte Schlussfolgerungen ziehen zu können, muss ein längerer Zeitraum betrachtet werden.

In den folgenden Absätzen werden für alle Bereiche der Analyse der Geldflüsse die Verfügbarkeit der statistischen Daten, ihre Stichhaltigkeit und ihre Grenzen erläutert. Auf die Möglichkeiten, die sich in den kommenden Jahren durch die gegenwärtig in der Entwicklungsphase befindlichen neuen Statistiken eröffnen, kann hingegen nicht eingegangen werden. Es handelt sich dabei konkret um die Verwaltungsstatistiken der Krankenversicherer, die Statistiken der

Pflegeinstitutionen und der Erbringer ambulanter Gesundheitsleistungen sowie um die Sozialhilfestatistik.

Krankenversicherung

Die Ausgangsstatistik ist die Krankenversicherungsstatistik - vom Bund anerkannte Versicherer - des BSV. Die Zeitreihe der Finanzdaten ist homogen, wenn der Rechnungsrahmen nicht verändert wird. Für die Jahre 1994 bis 1996 ist diese Voraussetzung erfüllt.

Mit Hilfe dieser Statistik können nach einigen Anpassungen für jede der drei Versicherungsarten der Krankenkassen (Grund-, Zusatz- und Taggeldversicherung) eine Betriebsrechnung erstellt werden. Damit ermöglicht sie zum einen eine Analyse der Kosten (bezahlte Leistungen, Verwaltungs- und Finanzkosten) und zum anderen eine Analyse der Finanzierung (Prämien, Kostenbeteiligung der Versicherten, öffentliche Beiträge).

Die Beträge, welche die einzelnen Leistungserbringern (beispielsweise Physiotherapeuten, Analyselabors, Pflege zu Hause) für ihre Dienste erhalten, können dieser Statistik indessen nicht für jede Versicherungsart (Grundversicherung, Zusatzversicherungen) entnommen werden. Aufgeführt werden jedoch die Beträge, die von den Krankenkassen pro aggregierte Leistungskategorie bezahlt wurden (ambulante Gesundheitsleistungen, Chiropraktiker, Medikamente und stationäre Behandlungen). Einzelne Daten aus den Statistiken des Konkordats der Schweizerischen Krankenkassen (Statistik der Krankheitsfälle und Versichertenstatistik, Grundversicherung) ermöglichen in einigen Fällen genauere Schätzungen der Kosten pro Leistungserbringer.

Die Abschaffung der Pauschalsubventionierung der Krankenkassen durch die Bundesbeiträge und die gleichzeitige Einführung des Prämienverbilligungssystems für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen

Verhältnissen durch die Kantone führen dazu, dass die öffentlichen Beiträge in dieser Statistik grundsätzlich nicht mehr als Einnahmen erfasst werden. Was die Prämien anbelangt, wird nun neuerdings der Bruttobetrag erfasst. Dies bedeutet, dass die Beiträge, welche die Kantone den berechtigten Personen für die Verringerung ihrer finanziellen Belastung gewähren, nicht abgezogen werden. 1996 führte das KVG damit zu einer Bruch innerhalb dieser Statistik. Aus diesem Grund sowie im Hinblick darauf, dass für die Jahre 1994, 1995 und 1996 eine möglichst homogene Reihe zur Verfügung steht, müssen für die Analyse der Finanzierung der Grundversicherung die Zahlen der Nettobelastung der Gebietskörperschaften berücksichtigt und die Nettoprämien aller Beiträge berechnet werden (siehe Kap. 8.1.1).

Prämienverbilligung

Bei der Analyse der Geldflüsse im Zusammenhang mit der Verbilligung der Krankenkassenprämien müssen drei statistische Basen berücksichtigt werden:

- *Krankenversicherungsstatistik (BSV)*: Wie oben bereits erwähnt, werden in dieser Statistik im Prinzip nur die an die Krankenkassen ausgeschütteten Beiträge erfasst. Infolge des neuen, über die Kantone realisierten Subventionssystems weist die Statistik im Jahre 1996 in bezug auf die Finanzierung daher einen Bruch in der Zeitreihe auf.
- *Statistik der öffentlichen Finanzen (EFV)*: Diese Statistik ist im Grunde die aussagekräftigste Datenquelle, die zur Verfügung steht, da ihr Schwerpunkt auf den Zahlen der Haushaltsrechnungen von Bund, Kantonen und Gemeinden liegt. Die Änderung des Beitragssystems im Zusammenhang mit dem KVG führt ebenfalls zu einigen Beeinträchtigungen, da in dieser Statistik rechnermässig die Geldflüsse im Jahr der Ausschüttung, nicht jedoch des Jahres der Beitragsberechtigung (Jahr der Abrechnung des BSV) erfasst werden. Die Zahlen von 1996 umfassen mit anderen Worten die Beiträge, die

unter dem bisherigen Recht ausgerichtet wurden. Die öffentlichen Finanzhilfen des Jahres 1996, die gemäss dem KVG ausgerichtet wurden, sind in den Geldflüssen des öffentlichen Rechnungswesens somit nicht alle erfasst.

- *Statistik über die Prämienverbilligung (BSV)*: In dieser bei den Kantonen erhobenen Aufstellung werden die ausgerichteten und auszurichtenden Beiträge erfasst. Sie entspricht damit einem genauen Budget der öffentlichen Beiträge für die Verbilligung der Krankenversicherungsprämien. Die Zeitreihen beginnen selbstverständlich erst im Jahre 1996.

Unter bestimmten Voraussetzung (vgl. *Kapitel 7* und *Anhang A*) ist die Statistik der öffentlichen Finanzen daher die beste Datenquelle, um die Geldflüsse im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu erfassen. Als provisorische Lösung für 1996 bieten jedoch die Zahlen der BSV-Abrechnung eine bessere Homogenität.

Gesundheitssystem

Die Statistik über die Kosten des Gesundheitssystems des *BFS* enthält eine Zusammenfassung der Daten bezüglich der Ausgaben (Leistungserbringer, in Anspruch genommene Güter und Dienstleistungen) sowie der Finanzierung über mehrere Jahre. Diese zusammenfassende Statistik weist infolge der Grenzen der von ihr verwendeten statistischen Grundlagen gewisse Nachteile auf, doch stellt sie trotzdem ein geeignetes Instrument dar, die Auswirkungen des KVG auf das Gesundheitssystem und dessen Finanzierung zu analysieren.

Um eine detailliertere Analyse der Kosten und Finanzierung einiger Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex-Organisationen) vornehmen zu können, die vom KVG im Prinzip besonders betroffen sind, reichen die verfügbaren Daten jedoch nicht aus. Schlussfolgerungen können entsprechend nicht gezogen werden.

Soziale Sicherheit

Im Hinblick auf die Identifikation der KVG-Auswirkungen wurden zwei Systeme der sozialen Sicherheit einer vertieften Analyse unterzogen. Es handelt sich um das System der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL-AHV/IV) sowie das Sozialhilfesystem. Für die Untersuchung der EL stehen Individualdaten zur Verfügung, die dem BSV von den kantonalen Ausgleichskassen jedes Jahr vorgelegt werden. Diese Daten stellen für die Untersuchung bei weitem die interessanteste Basisinformationen dar, wobei eine wesentliche Einschränkung berücksichtigt werden muss: Die Rückerstattung der Krankheitskosten ist aus diesen Daten nicht ersichtlich. Um dieses Problem zu beheben, haben einige Kantone (Bern, Aargau, Neuenburg und Luzern) damit begonnen, diese Kostenkategorie sehr detailliert zu erfassen, ohne sie jedoch im Rahmen der individuellen Daten zu berücksichtigen. Von diesen Krankheitskosten sind die Kosten zahnärztlicher Behandlungen, der Pflege und Hilfe zu Hause sowie der Selbstbehalt und die Franchise im Rahmen der Krankenversicherung bei weitem die wichtigsten Posten.

Im Bereich der EL sind die verfügbaren Statistiken ausreichend, um die Auswirkungen der KVG-Einführung zu untersuchen. Was das Sozialhilfesystem anbelangt, ist dies nicht der Fall, da Basisdaten weitgehend fehlen. Derzeit besteht auf gesamtstaatlicher Ebene keine Statistik, mit deren Hilfe ein Vergleich zwischen Leistungstypen, Ausgaben der Sozialhilfe und Anzahl der Leistungsbezüger möglich wäre. Die Statistik der öffentlichen Finanzen mit ihrer funktionellen Klassifikation der Ausgaben der Gebietskörperschaften stellt somit die einzig verfügbare Datenquelle dar, mit der das Sozialhilfesystem umfassend analysiert werden kann.¹

Der Inhalt des Aufgabenbereichs "Sozialhilfe" der funktionellen Klassifikation ist indessen sehr heterogen. Dieser Aufgabenbereich umfasst auch Posten, die

¹ In der Statistik der öffentlichen Finanzen ist die Sozialhilfe im Aufgabenbereich 58 unter der Bezeichnung Fürsorge aufgeführt.

vielfach nur am Rande mit der Sozialhilfe zu tun haben. Davon ausgenommen ist die Hilfe für Bedürftige, bei der es spezifisch um materielle und personelle Unterstützungsleistungen geht, mit denen das Existenzminimum gewährleistet werden soll. Es handelt sich um aggregierte Beträge, die nicht aufgeschlüsselt werden können und so vielleicht in einen Zusammenhang mit dem Bereich Gesundheit gebracht werden könnten. Hinzu kommt, dass die Gemeinden und Kantone bei der Anwendung der funktionellen Klassifikation über einen erheblichen Auslegungsspielraum verfügen, der zu erheblich unterschiedlichen Ergebnissen führen kann. Die Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) versucht dieses Problem durch eine Korrektur der von den Kantonen und Gemeinden gelieferten Daten zu mildern. Schliesslich wird die Bedeutung der öffentlichen Finanzstatistik durch die Tatsache stark eingeschränkt, dass die Daten der Gemeinden für das Jahr 1996 erst nach Fertigstellung der Studie vollständig Verfügung sind.

Infolge dieser Schwierigkeiten war es notwendig, direkt mit den Diensten der zuständigen kantonalen Organe Kontakt aufzunehmen, um gezielt statistische Daten zu erhalten. Auf dieser Basis sind die Wirkungen des KVG auf die Sozialhilfe untersucht worden. Die Kontakte mit den Kantonen haben gezeigt, dass nur sehr wenige Kantone einen Überblick über die Kostenverschiebungen in diesem Bereich haben. Das Problem besteht darin, dass es nicht immer möglich ist, im Rahmen der Sozialhilfe jene Kosten klar abzugrenzen, die spezifisch mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen. Es ist daher vielfach schwierig, eine quantitative Abschätzung der KVG-Wirkungen vorzunehmen. Obwohl alle Informationen darauf hindeuten, dass eine Verlagerung der Sozialhilfeausgaben auf die Versicherer und insbesondere das Prämienverbilligungssystem erfolgte, kann der quantitative Umfang nur recht grob geschätzt werden. Auch diese Schätzungen sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

