

7440**Botschaft**

des

**Bundesrates an die Bundesversammlung über
zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen
für die Jahre 1957, 1958, 1959 und 1960**

(Vom 11. Juni 1957)

Herr Präsident!

Hochgeehrte Herren!

Wir haben die Ehre, Ihnen mit dieser Botschaft den Entwurf zu einem Bundesbeschluss über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1957, 1958, 1959 und 1960 zu unterbreiten.

Einleitung

Als wir Ihnen den letzten Verlängerungsbeschluss hinsichtlich der ausserordentlichen Beiträge an die anerkannten Krankenkassen unterbreiteten, hegten wir die Hoffnung, dass während der Gültigkeitsdauer des Beschlusses die Revision des Krankenversicherungsgesetzes durchgeführt werden könne, so dass eine weitere Verlängerung der ausserordentlichen Beiträge nicht mehr notwendig gewesen wäre. Diese Erwartung ist verschiedener Umstände halber nicht in Erfüllung gegangen.

Die Vernehmlassungen zum Bericht der Expertenkommission vom 3. Februar 1954 hatten gezeigt, dass in fundamentalen Fragen die Meinungen sehr weit auseinander gingen und für den Moment nicht zu überbrücken waren. Die Auffassungen gehen insbesondere auseinander in der Frage des bundesrechtlichen Obligatoriums der Kranken- und Mutterschaftsversicherung und hinsichtlich der Gestaltung des Arztrechtes. Von einer befriedigenden Lösung dieser Punkte hängt jedoch die Revision der Krankenversicherung ganz wesentlich ab.

Dazu kam, dass neue, dringende soziale Postulate in den Vordergrund traten, die keinen Aufschub vertrugen, so namentlich die vierte AHV-Revision und die Invalidenversicherung. Zuzufolge des engen Zusammenhanges zwischen der

Invalidenversicherung und der Krankenversicherung erweist es sich als zweckmässig, vorerst die Leistungen der Invalidenversicherung genau abzuklären, um im Anschluss daran die Krankenversicherung entsprechend gestalten zu können.

Diese Umstände haben die Revision der Krankenversicherung verzögert. Wir glauben indessen nicht, dass darin ein Nachteil liegt, ermöglicht doch die Schaffung der Invalidenversicherung eine zweckmässige Koordination beider Versicherungszweige. Dagegen zwingt uns diese Sachlage erneut, Ihnen einen weiteren Verlängerungsbeschluss hinsichtlich der ausserordentlichen Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen zu unterbreiten.

I. Die bisherigen Bundesbeiträge

1. Die ordentlichen Bundesbeiträge

Nach Artikel 1, Absatz 1, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 (KUVG) fördert der Bund die Krankenversicherung durch Gewährung von Beiträgen an die anerkannten Krankenkassen. Die in den Artikeln 35 und 37 des Gesetzes umschriebenen Bundesbeiträge sind folgendermassen geordnet:

a. Allgemeine Beiträge. Diese sind als Kopfbeiträge verschieden nach Alter und Geschlecht der Mitglieder und nach Höhe und Dauer der Leistungen. Sie betragen:

- Wenn entweder Arzt und Arznei oder ein Krankengeld von mindestens einem Franken täglich gewährt wird bei einer Leistungsdauer von 180 innerhalb 360 aufeinanderfolgenden Tagen auf das Mitglied und auf das ganze Jahr gerechnet:

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

3,50 Franken für die andern männlichen Versicherten;

4 Franken für die andern weiblichen Versicherten;

Bei einer Leistungsdauer von 360 innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen dagegen:

4 Franken für Kinder bis zum oben genannten Alter;

4 Franken für die andern männlichen Versicherten;

4,50 Franken für die andern weiblichen Versicherten.

- Wenn Arzt und Arznei in Verbindung mit einem Krankengeld von mindestens einem Franken täglich gewährt wird (Kinder fallen für diese kombinierten Leistungen nicht in Betracht) bei einer Leistungsdauer von 180 Tagen innerhalb 360 aufeinanderfolgenden Tagen:

5 Franken für männliche und weibliche Versicherte;

bei einer Leistungsdauer von 360 Tagen innerhalb 540 aufeinanderfolgenden Tagen;

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

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

c. Der Gebirgszuschlag. Dieser wird gemäss Artikel 37, Absatz 1, KUVG, als Zuschlag zu den ordentlichen Kopfbeiträgen geleistet und kommt zur Anwendung in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit, wo die Ärzte wenig zahlreich sind und wo ihre Hilfe, infolge der grossen Entfernungen und ungünstigen Kommunikationen, teuer zu stehen kommt. Der Zuschlag beträgt im Maximum 7 Franken pro Mitglied und Jahr.

d. Der Tuberkulosebeitrag. Neben den Beiträgen an die ordentliche Krankenversicherung wird ein besonderer Bundesbeitrag, der sich auf die Verordnung I über Tuberkuloseversicherung, vom 19. Januar 1944, stützt, an die Tuberkuloseversicherungsträger ausgerichtet.

2. Die zusätzlichen Bundesbeiträge

Seit dem Jahre 1944 gewährt der Bund den anerkannten Krankenkassen im Hinblick auf die seit dem Erlass des KUVG eingetretene Verteuerung der Krankenversicherung regelmässig zusätzliche Beiträge.

Diese wurden jeweils in zeitlich befristeten Bundesbeschlüssen festgesetzt. Der letzte derartige Beschluss ist der Bundesbeschluss vom 25. Juni 1954 über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1953 bis 1956. Durch ihn wurden den anerkannten Krankenkassen 2,50 Franken für pflegeversicherte Kinder, 3,50 Franken für pflegeversicherte Frauen und 1 Franken für pflegeversicherte Männer als zusätzlicher Bundesbeitrag gewährt. Überdies wurde das Maximum des Gebirgszuschlages auf 10 Franken festgelegt. Letzterer Ansatz erhöhte sich mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über besondere Sparmassnahmen vom 23. Dezember 1953 auf 12 Franken, weil durch dieses Gesetz die Artikel 37, Absatz 2, und Artikel 38, KUVG, aufgehoben wurden und damit insbesondere die Beiträge des Bundes an Einrichtungen zur Verbilligung der Krankenpflege und der Geburtshilfe in Gebirgsgegenden wegfielen.

Wir geben nachstehend eine Übersicht über die ordentlichen und die zusätzlichen Bundesbeiträge der Jahre 1953–1956. Da nur noch vereinzelte Kassen ihre Leistungen während 180 Tagen innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen ausrichten (gesetzliche Mindestdauer) sind in dieser Tabelle nur die Ansätze für die Leistungsdauer von 360 innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen aufgeführt.

Ansätze der Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen

Beträge in Franken

Tabelle 1

Versicherungsart Versicherte	Ordentliche Beiträge ¹⁾ (Art. 35, Abs. 1 und 2, KUVG)	Zusätzliche Beiträge für die Jahre 1953—1956 (BB vom 25. Juni 1954)	Ordentliche und zusätzliche Beiträge
Krankenpflege allein			
Männer	4.—	1.—	5.—
Frauen	4.50	3.50	8.—
Kinder	4.—	2.50	6.50
Krankengeld allein			
Männer	4.—	—	4.—
Frauen	4.50	—	4.50
Krankenpflege und -geld			
Männer	5.50	1.—	6.50
Frauen	5.50	3.50	9.—

¹⁾ Versicherungsdauer von 360 Tagen innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen.

Anmerkung: Der Gebirgzzuschlag von höchstens 7 Franken (Art. 37, Abs. 1, KUVG) wurde für die Jahre 1953—1956 durch den BB vom 25. Juni 1954 erhöht auf höchstens 10 Franken und auf höchstens 12 Franken nach dem Inkrafttreten des BG vom 23. Dezember 1953 über besondere Sparmassnahmen.

In nachfolgender Tabelle 2 sind die gesamten Aufwendungen des Bundes an die Kranken- und Tuberkuloseversicherung seit dem Jahre 1948 dargestellt, wobei im Jahre 1955 bei den Kassen 3 658 234 Personen gegen Krankheit versichert waren (mittlerer Jahresbestand), nämlich 1 464 836 Männer, 1 357 016 Frauen und 836 382 Kinder.

Zugesprochene Bundesbeiträge an die Kranken- und Tuberkuloseversicherung

Beträge in Franken

1948—1955

Tabelle 2

Jahr	Beiträge gemäss KUVG	Zusätzliche Beiträge ¹⁾	Beiträge gemäss VO I über Tuberkulose- versicherung	Total der Bundesbeiträge
1948	15 415 979	5 565 463	4 161 725	25 143 167
1949	15 796 045	5 739 242	5 108 456	26 643 743
1950	16 324 961	5 921 841	5 975 031	28 221 833
1951	16 825 194	6 243 038	6 419 776	29 488 008
1952	17 436 174	6 534 438	7 474 822	31 445 434
1953	18 076 042	6 783 118	7 802 439	32 661 599
1954	18 771 744	7 081 305	8 127 449	33 980 498
1955	19 005 597	7 539 096	8 109 966	34 654 659

¹⁾ Gemäss den Bundesbeschlüssen vom 12. März 1948, 29. Sept. 1950 und 25. Juni 1954.

II. Die Begehren auf Weitergewährung zusätzlicher Bundesbeiträge

Die zusätzlichen Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen sind mit dem Jahre 1956 abgelaufen.

In an das Eidgenössische Departement des Innern gerichteten Eingaben haben das Konkordat Schweizerischer Krankenkassen, die Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande und die Federazione ticinese delle Casse-malati die Weiterführung und gleichzeitig eine erhebliche Erhöhung der zusätzlichen Bundeshilfe an die anerkannten Krankenkassen verlangt.

Zur Begründung wird vor allem auf die ständig steigenden Kosten der Krankenpflegeversicherung hingewiesen. Diese Begehren der anerkannten Krankenkassen werden von den Regierungen der Kantone Basel-Stadt, Genf, Neuenburg, Waadt und Zürich, vom Justizdepartement des Kantons Luzern, dem Volkswirtschaftsdepartement des Kantons Solothurn, dem Stadtrat von Luzern und den Krankenversicherungsämtern der Gemeinden Horgen und Thalwil unterstützt.

In den Eidgenössischen Räten haben Nationalrat Heinzer und Ständerat Tschudi die Verlängerung und angemessene Erhöhung der zusätzlichen Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen postuliert.

III. Die finanzielle Bedeutung der Bundesbeiträge für die anerkannten Krankenkassen

Zur Abklärung der Frage, ob und allenfalls in welchem Rahmen eine weitere zusätzliche Hilfe des Bundes notwendig ist, soll zunächst die Vermögenslage der anerkannten Krankenkassen dargelegt werden. Im weiteren wird die Entwicklung der Versicherungskosten, die namentlich in der Krankenpflegeversicherung die finanzielle Lage der anerkannten Krankenkassen stark beeinflusst, näher untersucht. Schliesslich soll die Entwicklung der Mitgliederbeiträge einer Betrachtung unterzogen werden.

1. Vermögenslage

Die anerkannten Krankenkassen müssen Sicherheit dafür bieten, dass sie die übernommenen Verpflichtungen jederzeit erfüllen können. Als Finanzierungsmethode wird in der sozialen Krankenversicherung das Umlageverfahren, verbunden mit einem Schwankungsfonds, angewendet. Dieser Schwankungsfonds soll in der Regel die Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe erreichen. Er dient dazu, Schwankungen in der Höhe der Ausgaben aufzufangen. Dank dieser Mittel verfügen die anerkannten Krankenkassen über die erforderliche Zeitspanne, um allfällige Prämienanpassungen vorzubereiten und durchzuführen. Eine Vermögensreserve in der Höhe einer Jahresausgabe stellt deshalb ein Minimum dar.

Im Jahre 1955 haben von den 1 135 anerkannten Krankenkassen 443 dieses Minimum nicht erreicht. Diesen 443 anerkannten Krankenkassen gehören etwas

mehr als 3 Millionen Personen an, d.h. rund 82 Prozent des gesamten durchschnittlichen Versichertenbestandes. 166 anerkannte Krankenkassen mit rund 1,5 Millionen Versicherten wiesen sogar ein Vermögen von weniger als 50 Prozent einer Jahresausgabe auf. In der Tabelle 3 ist die Vermögensentwicklung für alle anerkannten Krankenkassen gesamthaft seit dem Jahre 1948 dargestellt.

Vermögen der anerkannten Krankenkassen
1948-1955

Tabelle 3

Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Vermögen in absoluten Zahlen		Vermögen in Prozenten der Jahresausgaben	
			mit zusätzlichen Beiträgen	ohne zusätzliche Beiträge	mit zusätzlichen Beiträgen	ohne zusätzliche Beiträge
	Fr.	Fr.	Fr.	Fr.	%	%
1948	225 746 253	209 154 600	139 885 863	121 728 961	66,9	58,2
1949	245 875 532	231 994 350	154 151 419	130 255 275	66,4	56,1
1950	261 230 029	246 291 227	169 693 584	139 875 599	68,9	56,8
1951	286 229 906	273 939 483	194 888 944	158 827 921	71,1	58,0
1952	309 572 506	290 247 843	218 152 749 ¹⁾	175 557 288	75,2	60,5
1953	327 317 386	317 214 614	229 514 962	180 136 383	72,4	56,8
1954	356 911 302	340 696 130	241 587 492	185 127 608	70,9	54,3
1955	387 376 062	374 030 033	256 420 457	192 421 477	68,6	51,4

¹⁾ Die Vermögenszunahme gegenüber dem Vorjahr ist zum grössten Teil auf die strengeren Buchungsvorschriften (Separate Fonds, ausstehende Beiträge der öffentlichen Hand usw.; Verordnung vom 19. September 1952 betreffend das Rechnungswesen und die Kontrolle der vom Bunde anerkannten Krankenkassen) zurückzuführen.

Die Statistik zeigt, dass es den anerkannten Krankenkassen namentlich in den letzten Jahren trotz der zusätzlichen Bundesbeiträge nicht gelungen ist, ihre Vermögensreserven angemessen zu verstärken. Wohl hat ihr Vermögen absolut zugenommen, so beispielsweise von rund 218 Millionen Franken im Jahre 1952 auf etwas über 256 Millionen Franken im Jahre 1955, also um etwa 38 Millionen Franken. Noch stärker gestiegen sind aber in der gleichen Zeitperiode die Ausgaben, nämlich von 290 auf 374 Millionen, also um 84 Millionen Franken. Das Verhältnis Vermögen/Ausgaben ging demzufolge von 75,2 im Jahre 1952 auf 68,6 Prozent im Jahre 1955 zurück. Die Vermögenslage lässt somit nach wie vor zu wünschen übrig. Das Erfordernis einer Jahresausgabe als minimale Reserve ist nicht erfüllt.

Tabelle 3 zeigt aber auch, dass ohne die bisher ausgerichteten zusätzlichen Bundesbeiträge das Verhältnis zwischen Vermögen und Ausgaben noch ungünstiger wäre. Statt einer Vermögensreserve von 68,6 Prozent der Ausgaben ergäbe sich Ende 1955 noch eine solche von 51,4 Prozent. Bei dieser Betrachtungsweise können allerdings diejenigen Massnahmen nicht berücksichtigt werden, die von den anerkannten Krankenkassen beim Wegfall der zusätzlichen Hilfe des Bundes im Interesse ihrer finanziellen Sicherheit hätten ergriffen werden müssen.

Die bereits erwähnte Zunahme der Ausgaben ist vorwiegend auf die ständig steigenden Kosten in der Krankenpflegeversicherung zurückzuführen. Diese Entwicklung wird im folgenden Abschnitt beleuchtet. Es sei hier lediglich darauf hingewiesen, dass in der Tabelle 3 die Vermögensreserven für die Krankenpflege- und Krankengeldversicherung nicht ausgeschieden werden konnten, weil viele anerkannte Krankenkassen diese Ausscheidung aus Gründen der Vereinfachung nicht vornehmen. Es kann aber gestützt auf die bisherigen Erfahrungen festgestellt werden, dass die anerkannten Krankenkassen bei ihren Bemühungen um eine gesunde finanzielle Basis der Krankengeldversicherung mit ihren guten bis sehr guten Ergebnissen keine Schwierigkeiten haben.

2. Die Versicherungskosten

a. Krankengeldversicherung. Für die Belastung in der Krankengeldversicherung ist die Entwicklung der Kosten je Franken Taggeld entscheidend. Diese Kosten sind seit Jahren praktisch unverändert geblieben, und zwar für die Männer wie für die Frauen. Da in dieser Versicherungsabteilung zudem je versicherter Taggeldfranken ein bestimmter Mitgliederbeitrag erhoben wird und demzufolge bei einem Ansteigen der Taggelder die Mitgliederbeiträge entsprechend nachfolgen, ergeben sich, wie bereits erwähnt, in der Durchführung der Krankengeldversicherung kaum irgendwelche Schwierigkeiten finanzieller Art. Eine zusätzliche Hilfe des Bundes ist denn auch hier weder angebeht worden noch in Aussicht genommen.

b. Krankenpflegeversicherung. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung bestehen in der Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei.

Für die Belastung spielt deshalb hier die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je Versicherter für diese Leistungen die ausschlaggebende Rolle. Diese Entwicklung wird von verschiedenen Faktoren, auf die wir weiter unten noch zurückkommen werden, beeinflusst. Die Mitgliederbeiträge sind in der Regel in festen Frankenbeträgen fixiert. Sie passen sich demzufolge steigenden durchschnittlichen Kosten je Versicherter nicht automatisch an.

In der Krankenpflegeversicherung müssen die anerkannten Krankenkassen ständig gegen die Gefahr ankämpfen, dass die Mitgliederbeiträge nicht mehr im Einklang mit den Kosten stehen und dadurch das finanzielle Gleichgewicht in Mitleidenschaft gezogen wird.

Die gleiche Überlegung gilt auch in bezug auf die Bundesbeiträge, die ja als Kopfbeiträge je Versicherter ebenfalls in festen Frankenbeträgen fixiert sind und deshalb den Kosten ebenfalls nicht nachfolgen. In Zeitperioden, die durch ein besonders starkes Ansteigen der durchschnittlichen Kosten je Versicherter gekennzeichnet sind, kann deshalb die finanzielle Basis der Krankenpflegeversicherung ganz empfindlich gestört werden.

Im folgenden soll zunächst die Entwicklung der durchschnittlichen Krankenpflegekosten je Versicherter untersucht und dann zur Entwicklung der Bundesbeiträge in Beziehung gesetzt werden.

Tabelle 4 enthält die Zahlen der Jahre 1948–1955. Sie stützt sich auf die Unterlagen von 555 anerkannten Krankenkassen. Die Kosten für das Wochenbett sind darin nicht enthalten. Wir werden die Entwicklung der Wochenbettkosten gesondert darlegen.

Durchschnittliche Krankenpflegekosten je Versicherter
1948–1955

Tabelle 4

Jahr	Männer	Frauen ¹⁾	Kinder	Zusammen
	Beträge in Franken			
1948	43.85	64.14	36.40	50.78
1949	47.51	68.86	39.44	54.73
1950	49.20	72.09	39.96	56.69
1951	52.32	74.81	42.97	59.48
1952	54.85	79.61	42.92	62.20
1953	57.74	81.70	43.55	64.06
1954	59.48	84.79	45.78	66.32
1955	61.76	88.76	47.02	68.83
	wenn durchschnittliche Krankenpflegekosten 1948 = 100			
1949	108,3	107,4	108,4	107,8
1950	112,2	112,4	109,8	111,6
1951	119,3	116,6	118,0	117,1
1952	125,1	124,1	117,9	122,5
1953	131,7	127,4	119,6	126,2
1954	135,6	132,2	125,8	130,6
1955	140,8	138,4	129,2	135,5
	wenn Krankenpflegekosten der Männer = 100			
1948	100,0	146,3	83,0	.
1949	100,0	144,9	83,0	.
1950	100,0	146,5	81,2	.
1951	100,0	143,0	82,1	.
1952	100,0	145,1	78,2	.
1953	100,0	141,5	75,4	.
1954	100,0	142,6	77,0	.
1955	100,0	143,7	76,1	.
	1) Ohne Wochenbett.			

Von 1948 bis 1955 haben die durchschnittlichen Krankenpflegekosten um mehr als 85 Prozent zugenommen. Es sei erwähnt, dass die Zunahme gegenüber dem Jahre 1939 sogar 121 Prozent beträgt. Eine Gliederung der Zunahme der durchschnittlichen Krankenpflegekosten in der Beobachtungsperiode 1948–1955 nach Männern, Frauen und Kindern zeigt, dass diese Zunahme für die Männer mit 40,8 Prozent gegenüber derjenigen für die Frauen mit 38,4 Prozent am grössten ist. Die schwächste Zunahme mit 29,2 Prozent verzeichnen die Kinder.

Tabelle 4 zeigt ferner, dass die durchschnittlichen Krankenpflegekosten der Frauen in der Beobachtungsperiode 1948–1955 stets mehr als 40 Prozent höher waren als diejenigen der Männer. Es rechtfertigt sich deshalb, bei der Festsetzung der zusätzlichen Bundesbeiträge für die Frauen wie bisher weiter zu gehen als für die Männer.

Wie bereits angetönt wurde, kann die zu beobachtende Kostensteigerung auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. Neben den ständig ansteigenden Kosten der Lebenshaltung und den damit ansteigenden Arzt- und Spitaltarifen sowie Medikamentenpreisen wirken auch die Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft (z.B. neue, teure Medikamente und kostspielige Behandlungen) verteuern. Die Ergebnisse von Untersuchungen bei einzelnen Krankenkassen deuten darauf hin, dass auch die Überalterung des Schweizervolkes nicht ohne Einfluss auf die Belastungsverhältnisse geblieben ist. Schliesslich darf nicht ausser acht gelassen werden, dass viele anerkannte Krankenkassen, insbesondere in den letzten Jahren, ihre Leistungen ständig ausgebaut haben (Verlängerung der Leistungsdauer, Übernahme freiwilliger Leistungen usw.).

Wie wird die Entwicklung weiter gehen? Die bisherigen Beobachtungen und die heutige Lage lassen eine weitere Zunahme der Krankenpflegekosten erwarten. Nach der Eingabe des Konkordates sind in jüngster Zeit in mehr als 10 Kantonen Begehren von Seiten der Ärzteschaft auf zum Teil beträchtliche Erhöhungen der Arzttarife im Sinne eines erneuten Teuerungsausgleichs gestellt worden. Die anerkannten Krankenkassen müssen schon aus diesem Grunde mit einem weiteren Ansteigen der Ausgaben rechnen. Es wird ihnen bei dieser Sachlage auch in Zukunft kaum möglich sein, ohne Bundeshilfe das finanzielle Gleichgewicht zu wahren.

Wie bereits erwähnt, sind die Bundesbeiträge (ordentliche und zusätzliche) als Kopfbeiträge je Versicherter festgesetzt. In Zeiten steigender durchschnittlicher Krankenpflegekosten sinkt demzufolge der Anteil des Bundesbeitrages an diesen Kosten, mit anderen Worten, die Hilfe des Bundes erfährt bei gleichbleibenden Subventionsansätzen eine allmähliche Entwertung. Zur Verdeutlichung dieses Sachverhaltes sind in der Tabelle 5 die Prozentwerte des Bundesbeitrages an den durchschnittlichen Krankenpflegekosten (ordentliche, zusätzliche, zusammen) für einige ausgewählte Jahre der Beobachtungsperiode 1948 bis 1955 angegeben. Bei der Auswahl der Jahre haben wir uns neben dem Jahre 1955, für das die neuesten statistischen Unterlagen zur Verfügung stehen, auf diejenigen Jahre beschränkt, in denen Bundesbeschlüsse über zusätzliche Beiträge an anerkannte Krankenkassen in Kraft traten, also auf die Jahre 1948, 1950 und 1953.

*Bundesbeitrag in Prozenten der durchschnittlichen Krankenpflegekosten
je Versicherter*

Tabelle 5

Jahr	Durchschnittliche Kranken- pflegekosten in Franken	Bundesbeitrag in Prozenten der durchschnittlichen Krankenpflegekosten		
		Ordentlicher Bundesbeitrag ¹⁾	Zusätzlicher Bundesbeitrag ²⁾	Ordentlicher und zusätzlicher Bundesbeitrag
Je pflegeversicherter Mann				
1948	48.85	9,1	2,3	11,4
1950	49.20.	8,2	2,0	10,2
1953	57.74	7,0	1,7	8,7
1955	61.76	6,5	1,6	8,1
Je pflegeversicherte Frau ³⁾				
1948	64.14	7,0	5,5	12,5
1950	72.09	6,2	4,9	11,1
1953	81.70	5,5	4,3	9,8
1955	88.76	5,1	3,9	9,0
Je pflegeversichertes Kind				
1948	36.40	11,0	6,9	17,9
1950	39.96	10,0	6,3	16,3
1953	43.55	9,2	5,7	14,9
1955	47.02	8,5	5,3	13,8

1) Gemäss Art. 35, Abs. 1 und 2, KUVG, für die Leistungsdauer 360/540.
2) Gemäss Bundesbeschlüssen vom 12. März 1948, 29. September 1950 und 25. Juni 1954.
3) Krankenpflegekosten ohne Wochenbett.

Tabelle 5 vermittelt ein aufschlussreiches Bild. Von 1948 bis 1955 hat beispielsweise der prozentuale Anteil der ordentlichen und zusätzlichen Bundesbeiträge an den durchschnittlichen Krankenpflegekosten bei den Männern von 11,4 auf 8,1, bei den Frauen von 12,5 auf 9,0 und bei den Kindern von 17,9 auf 13,8 abgenommen. Diese Entwicklung erschwert die Bemühungen der anerkannten Krankenkassen, das finanzielle Gleichgewicht zu bewahren, ganz beträchtlich. Es genügt nämlich nicht, dass sie die Mitgliederbeiträge entsprechend der Kostensteigerung erhöhen, sondern sie müssen darüber hinaus noch die eben geschilderte Entwertung der Bundesbeiträge wettzumachen versuchen.

Wie bereits ausgeführt, enthalten die bisher verwendeten Angaben über die Krankenpflegekosten die Leistungen für das Wochenbett nicht. Nach Artikel 14, Absatz 1, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung haben jedoch die anerkannten Krankenkassen das Wochenbett einer versicherten Krankheit gleichzustellen. Wie sich die aus dieser Verpflichtung entstehenden Kosten in der Beobachtungsperiode 1948–1955 entwickelt haben, zeigt Tabelle 6. Sie enthält die durchschnittlichen Beträge je Wochenbett und je pflegeversicherte Frau.

*Durchschnittliche Wochenbettleistungen je Wochenbett und je pflegeversicherte Frau
1948–1955*

Beträge in Franken

Tabelle 6

Jahr	Wochenbettleistungen	
	je Wochenbett	je pflegeversicherte Frau
1948	85.51	4.71
1949	89.10	4.90
1950	92.86	5.06
1951	96.78	5.04
1952	103.63	5.48
1953	107.61	5.63
1954	111.16	5.82
1955	113.41	5.93

Von 1948 bis 1955 haben die Kosten je Wochenbett um rund 33 Prozent zugenommen. Bezogen auf die pflegeversicherten Frauen ist die prozentuale Zunahme in der gleichen Zeitperiode weniger hoch, nämlich nur 26 Prozent. Der Grund für diese schwächere Zunahme liegt in dem allgemein zu beobachtenden Rückgang der Wochenbetten je versicherte Frau. In den bisherigen Bundesbeschlüssen über zusätzliche Beiträge an die anerkannten Krankenkassen waren keine zusätzlichen Beiträge an das Wochenbett vorgesehen. Die anerkannten Krankenkassen mussten deshalb die ihnen aus der gesetzlichen Verpflichtung zur Übernahme der Wochenbettleistungen entstehenden Kosten, soweit diese den ordentlichen Bundesbeitrag von 20 Franken übersteigen, aus eigener Kraft zu decken versuchen. Dies musste ihnen umso schwerer fallen, als seinerzeit der Wochenbettbeitrag auf 20 Franken festgesetzt wurde, um die vollen Kosten zu decken.

3. Die Mitgliederbeiträge

Die Aufwendungen der Versicherten bestehen in den Eintrittsgeldern, den Mitgliederbeiträgen, den Krankenscheinegebühren sowie dem Selbstbehalt (Kostenbeteiligung).

Diese Einnahmen müssen zusammen mit den Zuwendungen der öffentlichen Hand, dem Ertrag des Kassenvermögens sowie allfälligen Schenkungen und Arbeitgeberbeiträgen ausreichen, um die Ausgaben zu decken und die vorgeschriebenen Reserven in der Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe zu

äufnen. Es liegt auf der Hand, dass der soeben erwähnte ständige Anstieg der Versicherungskosten fortlaufende Anpassungen der Mitgliederbeiträge erforderte.

Die anerkannten Krankenkassen unternehmen denn auch grosse Anstrengungen, um aus eigener Kraft auf dem Wege der Selbsthilfe den ständig steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Bei der Heranziehung der Mitglieder zur Deckung insbesondere der Kosten der Krankenpflegeversicherung muss jedoch immer mehr darauf Bedacht genommen werden, dass die Belastungen nicht zu gross werden.

IV. Die Weitergewährung von zusätzlichen Bundesbeiträgen

Wir haben in den vorstehenden Ausführungen die finanziellen Auswirkungen der zusätzlichen Bundesbeiträge für die Krankenversicherung dargestellt.

Als Ergebnis steht fest, dass die Finanzlage der anerkannten Krankenkassen und insbesondere derjenigen mit Krankenpflegeversicherung nach wie vor gespannt ist. Die Weiterführung der zusätzlichen Bundesbeiträge für die Krankenpflegeversicherung erweist sich deshalb als notwendig.

Wir werden nun zur Höhe und Dauer der weiteren Bundeshilfe Stellung nehmen sowie deren finanzielle Auswirkungen darstellen.

1. Die Höhe der zusätzlichen Bundesbeiträge

Wie bereits erwähnt, haben die Krankenkassenverbände in Eingaben zur Frage der weiteren Ausrichtung von zusätzlichen Bundesbeiträgen an die anerkannten Krankenkassen Stellung genommen. Sie beantragen eine erhebliche Erhöhung derselben. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat folgende Anträge, die auch von den westschweizerischen und Tessiner Kassenorganisationen unterstützt werden, gestellt:

«Das Bundesamt für Sozialversicherung möge dem Bundesrat vorschlagen, es sei den eidgenössischen Räten zu beantragen:

1. Grundsätzlich einer Verlängerung der Geltungsdauer der zusätzlichen Bundesbeiträge an anerkannte Krankenkassen zuzustimmen, wobei die Gültigkeit des neu zu fassenden Bundesbeschlusses bis zum Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung, längstens jedoch auf 5 Jahre, d. h. von 1957 bis 1961 ausgedehnt werden sollte;
2. Eine angemessene Erhöhung gewisser Ansätze der bisherigen zusätzlichen Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen zu beschliessen. Dabei würden wir als angemessen erachten:

Grundbeiträge:

- a. für Männer: Beibehaltung des bisherigen Ansatzes von 1 Franken;
- b. für Frauen: Erhöhung des bisherigen Ansatzes um 8,50 Franken auf 12 Franken;
- c. für Kinder: Erhöhung des bisherigen Ansatzes um 3,50 Franken auf 6 Franken.

Zuschläge:

- a. für Kassen, die ihre Leistungen in der ambulanten Krankenpflege während unbeschränkter Dauer gewähren, um 50 Rappen je Versicherter;

- b. für Kassen, die ihre Spitalpflegeleistungen im Umfange von durchschnittlich mindestens 5 Franken je Tag während 720 im Verlaufe von 900 Tagen gewähren, 50 Rappen je Versicherter;
- c. für Kassen, die bei Rheumaerkrankungen bestimmte zusätzliche Leistungen gewähren, höchstens 1 Franken je Versicherter, wobei das Nähere durch bundesrätliche Verordnung zu regeln ist;
- d. Gewährung eines ausserordentlichen Wochenbettbeitrages in der Höhe von 30 Franken je bundesbeitragsberechtigtes Wochenbett;
- e. Erhöhung des maximalen Ansatzes für Gebirgzzuschläge auf 15 Franken.»

Die Begehren des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen gliedern sich in zwei Gruppen.

Es wird die Erhöhung der bisherigen Grundbeiträge für die Männer, Frauen und Kinder sowie des Gebirgzzuschlages und des Wochenbettbeitrages verlangt und gleichzeitig die Ausrichtung von Zuschlägen an die anerkannten Krankenkassen beantragt, die für Rheumaerkrankungen spezielle Leistungen gewähren und die für die ambulante Behandlung und die Spitalpflege besonders lange Leistungsdauern vorgesehen haben.

Nun ist bei der Festsetzung zusätzlicher Bundesbeiträge an die anerkannten Krankenkassen stets der Gesichtspunkt massgebend gewesen, dass die im Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (Art. 35–37) vorgesehenen Subventionsansätze im Sinne eines Kosten- und Teuerungsausgleichs angemessen erhöht wurden. An der Struktur des Gesetzes wurde dabei nichts geändert. Man beschränkte sich somit auf die zahlenmässige Beitragserhöhung.

Wir sind der Meinung, dass von diesem Prinzip nicht abgegangen werden darf, weil jede weitere Änderung am gegenwärtigen Aufbau der Krankenversicherung der bevorstehenden Gesetzesrevision vorgreifen würde.

Dem Antrag des Konkordates, den Kassen, die ihre Leistungen für die ambulante Krankenpflege unbeschränkte Zeit und welche die Spitalpflegeleistungen im Umfange von durchschnittlich mindestens 5 Franken je Tag während 720 Tagen im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen gewähren, 50 Rappen Beitrag pro Versicherten zu gewähren, kann deshalb keine Folge gegeben werden.

Ebensowenig dem Antrag, Kassen, die für Rheumaerkrankungen bestimmte Leistungen entrichten, einen Beitrag von 1 Franken pro Versicherten zu gewähren. Dazu wäre eine Änderung des Beitragssystems erforderlich. Diese muss aber, wie wir bereits betonten, der Gesetzesrevision vorbehalten bleiben.

Abgesehen davon geht es nicht an, in einem befristeten Bundesbeschluss die Kassen durch Zuschläge zu ermuntern, ihre statutarischen Leistungen bzw. Leistungsdauern zu erweitern. Die Kassen müssten ja auch nach einem durch Zeitablauf bedingten Wegfall dieser Zuschläge diejenigen Leistungen erbringen bzw. Leistungsdauern einhalten, zu denen sie sich in ihren Statuten verpflichtet haben.

Es bleibt somit die Frage zu prüfen, in welchem Ausmass die im Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vorgesehenen Subventionsansätze zu erhöhen sind. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht etwa auf dem

Wege des Bundesbeschlusses Finanzierungsprobleme der Gesetzesrevision präjudiziert oder vorweggenommen werden. Die zusätzliche Hilfe des Bundes darf demzufolge einen bestimmten Rahmen nicht überschreiten. Die Verwirklichung der in der Eingabe des Konkordates enthaltenen Begehren würde für das Jahr 1957 für den Bund eine Belastung von rund 26,6 Millionen Franken bringen. Wir sind bei der gegebenen Sachlage der Meinung, dass man sich bei der Neuregelung der zusätzlichen Kopfbeiträge und des Gebirgzzuschlages darauf beschränken sollte, den anerkannten Krankenkassen den Besitzstand zu wahren.

a. Der ordentliche Bundesbeitrag

Nach dem Prinzip, den anerkannten Krankenkassen grundsätzlich bei der Neuregelung der zusätzlichen Bundesbeiträge den Besitzstand zu wahren, ist so vorzugehen, dass der prozentuale Anteil des gesamten Bundesbeitrages (ordentlicher und zusätzlicher Bundesbeitrag) an den durchschnittlichen Krankenpflegekosten je Versicherter die gleiche Höhe erreicht wie im Jahre 1953, d. h. in demjenigen Jahr, in welchem der letzte Bundesbeschluss über zusätzliche Beiträge an die anerkannten Krankenkassen in Kraft trat. Mit Rücksicht auf die Kostensteigerung und die damit im Zusammenhang stehende Entwertung der Bundesbeiträge bedeutet dies ein Minimum.

Aus der vorstehenden Tabelle 5 ist ersichtlich, dass im Jahre 1953 bei den Männern der gesamte Bundesbeitrag 8,7 Prozent der durchschnittlichen Krankenpflegekosten in der Höhe von 57,74 Franken je Mann ausmachte. Die entsprechenden Prozentsätze betragen bei den Frauen 9,8 und bei den Kindern 14,9 Prozent. Im Bericht und Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Kranken- und Mutterschaftsversicherung vom 3. Februar 1954 sind für das Jahr 1957 die durchschnittlichen Krankenpflegekosten je Mann auf 64 Franken, je Frau auf 92 Franken und je Kind auf 49 Franken geschätzt worden. Bei der Ausarbeitung jenes Berichtes waren erst die genauen Zahlen des Jahres 1952 bekannt. Die seither beobachtete Entwicklung und namentlich die bereits erwähnten Begehren auf Erhöhung verschiedener kantonaler Arzttarife lassen für die nächsten Jahre ein kräftigeres Ansteigen der Krankenpflegekosten erwarten als damals vermutet werden konnte. Es ist deshalb heute gerechtfertigt, jene Schätzungszahlen im Sinne einer Erhöhung anzupassen und für das Jahr 1957 mit 68 Franken je Mann, 98 Franken je Frau und 52 Franken je Kind zu rechnen.

Soll für diese durchschnittlichen Krankenpflegekosten des Jahres 1957 der prozentuale Anteil des gesamten Bundesbeitrages den gleichen Wert wie im Jahre 1953 erreichen, so wären die in der nachfolgenden Tabelle 7 in der Rubrik «zusätzlicher Bundesbeitrag, genau» angegebenen Ansätze vorzusehen, nämlich 1,92 Franken für Männer, 5,10 Franken für Frauen und 3,75 Franken für Kinder. Um der wesentlich höheren Belastung durch die Frauen besser Rechnung zu tragen, sehen wir vor, den Ansatz für die Frauen auf 5,50 Franken aufzurunden und zum Ausgleich dafür denjenigen für die Männer wie bis anhin auf 1 Franken zu belassen. Den Ansatz für die Kinder möchten wir im Sinne einer stärkeren Betonung

des Familienschutzgedankens auf 4,50 Franken aufwerten. Diese Aufwertung über die effektive Wahrung des Besitzstandes hinaus kommt den Bund auf etwa eine halbe Million Franken zu stehen. Die neuen Ansätze gemäss unserer Vorlage sind in der letzten Kolonne der Tabelle 7 zusammengestellt.

Durchschnittliche Krankenpflegekosten und Bundesbeiträge
1957

Tabelle 7

Versicherte	Kranken- pflegekosten je Versicherter (Schätzung)	Gesamter Bundesbeitrag		Aufteilung des gesamten Bundesbeitrages		
		in Prozent der Kranken- pflegekosten ¹⁾	absolut	ordentlicher Bundes- beitrag	zusätzlicher Bundesbeitrag	
		Fr.	%		Fr.	genau
Männer	68.—	8,7	5.92	4.—	1.92	1.—
Frauen	98.—	9,8	9.60	4.50	5.10	5.50
Kinder	52.—	14,9	7.75	4.—	3.75	4.50

¹⁾ Ansatz gleich wie derjenige des Jahres 1953.

b. Der Gebirgszuschlag

Wie bereits erwähnt, leistet der Bund in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit neben den allgemeinen Beiträgen einen Gebirgszuschlag auf das ganze Jahr gerechnet bis auf 7 Franken für jedes versicherte Mitglied.

Dieser Gebirgszuschlag ist in Artikel 2 des letzten Bundesbeschlusses über zusätzliche Beiträge auf 12 Franken erhöht worden. Als Gebirgsgegenden wurden vom Bundesrat in wiederholten Beschlüssen, auf Grund der offiziellen topographischen Karte der Schweiz jene Gebiete der Alpen und Voralpen bezeichnet, auf welche die vom Gesetz verlangten Anforderungen, nämlich dünne Besiedelung und geringe Wegsamkeit, zutreffen.

Die Gebirgsgegenden im Sinne des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung liegen in den Kantonen Appenzell A.- und I.-Rh., Basel-Land, Bern, Freiburg, Glarus, Graubünden, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen, Schwyz, Solothurn, Tessin, Uri, Waadt, Wallis, Zug und Zürich.

Wir sind der Meinung, dass auch in bezug auf die Gebirgszuschläge den anerkannten Krankenkassen der bisherige Besitzstand belassen werden sollte. Die Ausführungen in Abschnitt III über die Verteuerung der Krankenpflegekosten gelten auch für die Gebirgsgegenden. Speziell belastet werden die anerkannten Krankenkassen in Gebirgsgegenden durch Wegentschädigungen an die Ärzte (Auto, Fuhrwerk usw.). Es rechtfertigt sich deshalb, den bisherigen Ansatz von 12 Franken pro gebirgszuschlagsberechtigten Versicherten weiterhin aufrecht zu erhalten.

Nun hat sich gerade in den letzten Jahren gezeigt, dass einzelne Talschaften im Gebirge grösste Mühe haben, die ärztliche Betreuung der Bevölkerung sicherzustellen. Die ärztliche Versorgung ist jeweils nur unter schweren Opfern der dortigen anerkannten Krankenkassen möglich. Daneben sind gerade in letzter Zeit einige anerkannte Krankenkassen der Gebirgsgegenden durch Epidemien (Bangepidemie im Wallis) besonders hart getroffen worden und hatten die grösste Mühe, ihr finanzielles Gleichgewicht aufrecht zu erhalten.

Um solchen Fällen Rechnung tragen zu können und um die anerkannten Krankenkassen in die Lage zu versetzen, so weit als irgendwie möglich bei der ärztlichen Versorgung der Gebirgsbevölkerung mitzuhelfen, sehen wir vor, dass das Bundesamt für Sozialversicherung ausnahmsweise den Ansatz für den Gebirgszuschlag auf 14 Franken festsetzen kann. Diese Hilfe soll somit nur in Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse jedes einzelnen Falles gewährt werden.

c. Der Wochenbettbeitrag

Nach Artikel 85, Absatz 3, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung wird den Kassen an ihre Kosten für Entbindung und Wochenbett, die sie als Pflichtleistungen zu übernehmen haben, ein Bundesbeitrag von 20 Franken je Wochenbett gewährt.

Der Wochenbettbeitrag ist seinerzeit ausdrücklich in dieser Höhe festgesetzt worden, um den Kassen die vollen Kosten, die ihnen aus dieser gesetzlichen Auflage erwachsen, zu decken.

Bisher wurde diese Subvention nie angepasst bzw. erhöht. Heute liegen die Dinge so, dass die Krankenpflegekosten pro Wochenbett ein Vielfaches dieses Betrages ausmachen (vergleiche Tabelle 6). Sie beziffern sich für das Jahr 1955 auf durchschnittlich 113,41 Franken pro Wochenbett. Bei dieser Sachlage drängt sich auch hier eine zusätzliche Hilfe, nicht zuletzt aus Gründen des Familienschutzes, auf. Wir schlagen deshalb erstmals die Gewährung eines zusätzlichen Wochenbettbeitrages in der Höhe von 20 Franken je bundesbeitragsberechtigtes Wochenbett vor. Dies bedeutet, dass sich für diejenigen Wöchnerinnen, welche auf das in Artikel 14, Absatz 4, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung vorgesehene Stillgeld Anspruch haben, der Wochenbettbeitrag für die Kassen auf 60 Franken erhöht.

Zusammenfassend geben wir nachfolgend in Tabelle 8 eine Übersicht über die Ansätze unserer Vorlage im Vergleich mit den entsprechenden ordentlichen Bundesbeiträgen.

Ordentliche und zusätzliche Bundesbeiträge gemäss Vorlage

Beträge in Franken

Tabelle 8

Anspruchsberechtigte	Ansätze für die Bundesbeiträge		
	ordentliche	zusätzliche	Total
	Kopfbeitrag für Krankenpflege		
Männer	4.—	1.—	5.—
Frauen	4.50	5.50	10.—
Kinder	4.—	4.50	8.50
	Gebirgszuschlag je Berechtigter		
Mitglieder in Gebirgsgegenden . .	7.—	5.— bzw. 7.—	12.— bzw. 14.—
	Beitrag je Wochenbett		
Wöchnerinnen	20.—	20.—	40.—

2. Die Dauer der zusätzlichen Bundesbeiträge

Es liegt auf der Hand, dass das Problem der Beitragsleistung an die anerkannten Krankenkassen definitiv nur durch die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung gelöst werden kann. Diese Gesetzesrevision wird allerdings noch einige Zeit beanspruchen. Wir schlagen daher die Erhöhung der ordentlichen Bundesbeiträge an die Krankenpflegeversicherung im Sinne einer neuen Übergangslösung für weitere vier Jahre, d.h. für die Jahre 1957, 1958, 1959 und 1960, vor.

3. Die finanziellen Auswirkungen

Durch unsere Vorlage erwachsen dem Bund für das Jahr 1957 Ausgaben von schätzungsweise 13,9 Millionen Franken. Würde die Bundeshilfe an die anerkannten Krankenkassen im bisherigen Rahmen, d. h. mit den Ansätzen gemäss Bundesbeschluss vom 25. Juni 1954 weitergeführt, so hätte der Bund für das Jahr 1957 mit Ausgaben in der Höhe von etwa 8,1 Millionen Franken zu rechnen. Die Vorlage bringt demnach dem Bund eine Mehrbelastung von 5,8 Millionen Franken.

Demgegenüber würde die Verwirklichung der Anträge des Konkordates, wie bereits erwähnt, den Bund für das Jahr 1957 auf rund 26,6 Millionen Franken zu stehen kommen. Im Verhältnis zu einer Regelung im bisherigen Umfang würde dies eine Mehrbelastung von 18,5 Millionen Franken bedeuten. Von diesen 18,5 Millionen Franken Mehrbelastung werden mit der Annahme unserer Vorlage nur etwa ein Drittel, nämlich 5,8 Millionen Franken, eintreten.

Infolge der zu erwartenden Zunahme des Mitgliederbestandes wird die Gesamtbelastung des Bundes gemäss unserer Vorlage in der Höhe von 13,9 Millionen Franken für das Jahr 1957 jedes weitere Jahr um etwa eine halbe Million Franken ansteigen und demzufolge für das Jahr 1960 rund 15,5 Millionen Franken erreichen. In diesem Zusammenhang ist noch darauf hinzuweisen, dass die zusätzlichen Bundesbeiträge gestützt auf die Kassenausweise über die Mitgliederbestände des betreffenden Subventionsjahres erst im darauffolgenden Jahr zur Ausrichtung gelangen. Die entsprechende Belastung des Bundes tritt demzufolge jeweils ein Jahr später ein.

V. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln des Entwurfes

Artikel 1 hat den gleichen Wortlaut wie Artikel 1 der früheren Bundesbeschlüsse, unter entsprechender Abänderung der Höhe der Bundesbeiträge und der Subventionsjahre. Die bisherige Formulierung hat sich bewährt und kann deshalb beibehalten werden.

Artikel 2 sieht eine Erweiterung des Rahmens für den Gebirgszuschlagansatz vor, wobei der den früheren Bundesbeschlüssen entsprechende Wortlaut eine Ergänzung von Artikel 37, Absatz 1, des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung darstellt.

Artikel 3 wurde unverändert aus den früheren Bundesbeschlüssen übernommen und ist insofern unerlässlich, als die Möglichkeit geboten werden muss, gegenüber Kassen, deren Geschäftsführung den Anforderungen nicht genügt, besondere Massnahmen zu ergreifen.

Artikel 4 enthält die Vollzugsübertragung an den Bundesrat und den Referendumsvorbehalt, da auch dieser Bundesbeschluss allgemeinverbindliche Bestimmungen, die praktisch auf eine zeitlich beschränkte Abänderung des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung hinauslaufen, in sich schliesst.

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

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

Bern, den 11. Juni 1957.

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates,

Der Bundespräsident:

Streuli

Der Bundeskanzler:

Ch. Oser

Bundesbeschluss
über
**zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen
für die Jahre 1957 bis 1960**

Die Bundesversammlung
der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34bis der Bundesverfassung,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 11. Juni 1957,

beschliesst:

Art. 1

Die in Artikel 35 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung festgesetzten Bundesbeiträge werden für die Jahre 1957, 1958, 1959 und 1960 erhöht:

- a. für Kinder um 4,50 Franken;
- b. für Frauen, welche für Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Arznei) versichert sind, um 5,50 Franken;
- c. für Männer, welche für Krankenpflege (ärztliche Behandlung und Arznei) versichert sind, um 1 Franken;
- d. für jedes beitragsberechtigte Wochenbett um 20 Franken.

Art. 2

Der in Artikel 37, Absatz 1, des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911 über die Kranken- und Unfallversicherung festgesetzte Gebirgszuschlag an Kassen in dünn bevölkerten Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit wird bis auf 12 Franken für jedes versicherte Mitglied erhöht. In besonderen Fällen kann das Bundesamt für Sozialversicherung diesen Ansatz bis auf 14 Franken erhöhen.

Art. 3

¹ Mit der Gewährung der erhöhten Bundesbeiträge können besondere Anordnungen über die finanzielle Sicherheit der Kassen, die Beteiligung der Mit-

glieder an den Krankenpflegekosten, die Verwaltung, die Rechnungsführung und Bilanzierung verbunden, und es kann der Wegfall sowohl der zusätzlichen als auch der ordentlichen Bundesbeiträge verfügt werden, wenn die Kassen den ergangenen Weisungen nicht nachkommen.

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

Art. 4

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

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

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über zusätzliche Beiträge des Bundes an anerkannte Krankenkassen für die Jahre 1957, 1958, 1959 und 1960 (Vom 11. Juni 1957)

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1957
Année	
Anno	
Band	1
Volume	
Volume	
Heft	24
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	7440
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	13.06.1957
Date	
Data	
Seite	1340-1359
Page	
Pagina	
Ref. No	10 039 835

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.