

Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes
Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund
Band: 63 (1971)
Heft: 11

Artikel: Neuordnung der Krankenversicherung nach "Flimser Modell"?
Autor: Bernasconi, Giacomo
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-354529>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 01.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

GEWERKSCHAFTLICHE RUNDSCHAU

MONATSSCHRIFT DES SCHWEIZERISCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES

ZWEIMONATLICHE BEILAGE: «BILDUNGSARBEIT»

HEFT 11 - NOVEMBER 1971 - 63. JAHRGANG

Neuordnung der Krankenversicherung nach «Flimser Modell»?

Zur Bewältigung ihrer Hauptaufgabe, der Erarbeitung von Vorschlägen für eine grundsätzliche Neuordnung der sozialen Krankenversicherung, ist die Eidgenössische Expertenkommission für eine Neuordnung der Krankenversicherung in zwei Subkommissionen aufgeteilt worden. Eigenartiger Weise hat diejenige, die die materiellen Vorschläge und die neuen Strukturen zu erarbeiten hatte, die Nummer II bekommen, während die andere, der die Aufstellung der Kostenanalyse aufgetragen ist, und die deshalb weitgehend von den Beschlüssen der erstgenannten abhängig war, als Subkommission I bezeichnet wurde.

Die Subkommission II (Strukturreform) hat ihre erste mehrtägige Session Mitte September 1970 in Flims durchgeführt und in dieser Session die grundlegenden Beschlüsse für die künftige Neuordnung der Krankenversicherung gefasst. In zwei weiteren, ebenfalls mehrtägigen Sessions sind diese grundlegenden Beschlüsse im Detail weiter bearbeitet worden. Was heute an solchen Vorschlägen vorliegt, wird deshalb als «Flimser Modell» bezeichnet.

Es würde viel zu viel Raum beanspruchen, dieses Flimser Modell im Rahmen dieses Artikels eingehend zu umschreiben. Seine Kenntnis muss deshalb weitgehend vorausgesetzt werden. Die auffallendste Neuerung gegenüber der geltenden Regelung besteht in einer Trennung der bisherigen Krankenpflegeversicherung in eine sogenannte Spitalversicherung und in eine solche für die ambulante Behandlung und den Spitalzusatz. Soweit möglich sind die einzelnen Regelungen beim nachfolgenden Vergleich mit der sozialdemokratischen Verfassungsinitiative kurz zu umschreiben. Dieser Vergleich drängt sich auf, weil die neuen Vorschläge u. a. auch zum Ziel haben, als Gegenvorschlag auf Gesetzesebene zur erwähnten Verfassungsinitiative zu dienen, der deren Rückzug ermöglichen soll.

1. Die Spitalversicherung

Die sozialdemokratische Initiative (nachfolgend kurz als Initiative bezeichnet) verlangt das Obligatorium auf Bundesebene für die

ganze Krankenpflegeversicherung, einschliesslich neu der Zahnbehandlung. Bei schwerbelastenden und langdauernden Krankheiten und ihnen gleichzustellenden, d. h. nicht anderweitig versicherten Unfällen, *bei Spitalaufenthalt* und bei Mutterschaft soll sie die gesamten Kosten decken.

Das Flimser Modell schlägt eine besondere Spitalversicherung mit allgemeinem Volksobligatorium vor. Diese soll grundsätzlich die pauschalierten vollen Behandlungskosten bei Krankheit und subsidiär bei Unfall in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder privaten Spitals in der Schweiz vom sechsten Aufenthaltstag an decken. Diese Leistung ist zeitlich unbeschränkt zu gewähren (keine «Aussteuerung»). Dem Patienten dürfen in der allgemeinen Abteilung ausser einem allfälligen Verpflegungsbeitrag keine zusätzlichen Kosten auferlegt werden. Partielle Spitalaufenthalte, die nach Methode und Dauer einer stationären Behandlung gleichkommen und die in der Praxis eines selbständigen Arztes nicht durchführbar sind, können in die Spitalbehandlung einbezogen werden.

Es darf demnach wohl festgestellt werden, dass diese Vorschläge den Forderungen der Initiative in bezug auf die Spitalbehandlung leistungsmässig zwar nicht vollständig, aber doch wohl weitgehend gerecht werden. Die Opportunität der Trennung der bisherigen Krankenpflegeversicherung in zwei getrennte Versicherungszweige und deren Finanzierung sind später zu beurteilen.

2. Die allgemeine Krankenpflegeversicherung

Die übrige (allgemeine) Krankenpflegeversicherung soll wie bisher bundesrechtlich *nicht obligatorisch* werden; Kantone und Gemeinden sollen weiter allgemeine oder beschränkte Obligatorien einführen können.

Der bisherige Leistungsumfang soll durch gewisse prophylaktische Massnahmen und bestimmte Teile der Zahnbehandlung als neue Pflichtleistungen der Krankenkassen erweitert werden. Pflichtleistung der Krankenkassen wird auch die pauschalierte Deckung der fünf ersten Spitalaufenthaltsstage. Die Krankenpflegekosten sind zeitlich unbeschränkt zu gewähren.

Den bisher nicht versicherten Personen, die das 59. Altersjahr überschritten haben, wird während eines Jahres die Möglichkeit des Beitritts zu einer Krankenkasse geboten, ohne Rücksicht auf deren statutarische Altersgrenze. Vom Inkrafttreten des Gesetzes an haben alle Krankenkassen diese statutarische Altersgrenze mindestens auf das 60. Altersjahr festzulegen. Von den neu beitretenden Betagten, die das 59. Altersjahr zurückgelegt haben, ist eine reduzierte Prämie zu erheben.

Es ist sofort zu erkennen, dass diese Vorschläge den Forderungen der Initiative, vor allem was das Obligatorium betrifft, nicht ge-

recht werden. Der Forderung von Punkt 6 der Initiative in bezug auf die Förderung der Prophylaxe tragen sie nur unvollständig Rechnung.

3. Die Erwerbsausfallversicherung

Die Initiative fordert ein umfassendes Obligatorium für die Erwerbsersatzversicherung, die so zu ordnen sei, dass das Krankengeld wenigstens 80 Prozent des vorbezogenen Lohnes (bis zu einem höchstversicherbaren Erwerbseinkommen) entspreche. Für Selbständigerwerbende fordert sie die Leistung mindestens der Taggelder der Invalidenversicherung.

Das Flimser Modell sieht für Arbeitnehmer «und bestimmte Selbständigerwerbende» das Obligatorium der zum Erwerbsersatz ausgestalteten Krankengeldversicherung vor. Bis zu einem durch Gesetz festzulegenden Höchstverdienst soll das Krankengeld den SUVA-Leistungen entsprechen, also 80 Prozent des entgangenen Verdienstes betragen, aber erst vom 31. Tag der Erwerbsunfähigkeit an gewährt werden. Die ersten 30 Tage können bei den Krankenkassen freiwillig versichert werden. Bei Mutterschaft werden die Taggeldleistungen auf 12 Wochen verlängert, von denen mindestens 6 auf die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen.

Sieht man einmal von der 30tägigen Wartefrist ab, so darf festgestellt werden, dass die Vorschläge des Flimser Modells bei der Erwerbsersatzversicherung den Forderungen der Initiative weitestgehend entsprechen. Sie bringen endlich auch den bisher fehlenden Teil der Mutterschaftsversicherung für Arbeitnehmerinnen.

4. Die Finanzierung

In der *Spitalversicherung* ist die Finanzierung der Tagespauschalen nach Flimser Modell durch Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber nach den Regeln der AHV/IV/EO vorgesehen. Das heisst demnach «lohnbezogene» Beiträge, für Arbeitnehmer zur Hälfte durch deren Arbeitgeber zu tragen. Die Berechnungen haben ergeben, dass hiefür insgesamt etwa 2 Lohnprozent notwendig sind. Dazu kommen die Fixbeiträge der Altersrentner der AHV in der Höhe von 120 Franken im Jahr. – Für die Spitalsubventionen sollen der Versicherung allgemeine Bundesmittel zukommen. Die Spitalträger haben dafür zu sorgen, dass die durch die Tagespauschalen nicht gedeckten Betriebsaufwendungen der allgemeinen Abteilungen gedeckt werden.

Die *allgemeine Krankenpflegeversicherung* wird grundsätzlich durch Beiträge und Kostenbeteiligungen der Versicherten und durch Subventionen der öffentlichen Hand finanziert.

Die für Pflicht- und freiwillige Leistungen der Kassen getrennt festzusetzenden Beiträge können als Fixbeiträge oder lohnbezogene Beiträge ausgestaltet werden. Wie das letztere in der grundsätzlich freiwilligen Versicherung – vor allem aus Konkurrenz- und Erhebungsgründen – möglich sein soll, ist allerdings schwer einzusehen.

Die Beiträge der Männer und Frauen sind gleich hoch; beitragspflichtig sind das erste und zweite Kind, weitere Kinder sind beitragsfrei. Wirtschaftlich schwächere Versicherte haben eine reduzierte Prämie zu entrichten.

Auf Krankenpflegeleistungen wird grundsätzlich eine *Kostenbeteiligung* erhoben, die aus einem durch einen festen Mindest- und Höchstbetrag begrenzten prozentualen Selbstbehalt besteht. Die Subkommission I hat diesen auf einheitlich 15 Prozent festgelegt. Den Kantonen und Gemeinden bleibt weiter verboten, in der Pflegeversicherung Arbeitgeberbeiträge obligatorisch zu erklären.

Subventionen der öffentlichen Hand werden gewährt,

- a) um die Differenz zwischen den Pflegekosten der Frauen und der Männer auszugleichen;
- b) um die Versicherung für das dritte Kind und alle weiteren Kinder beitragsfrei gestalten zu können;
- c) zum Ausgleich der zusätzlichen Kosten, die den Krankenkassen aus der Aufnahme von nicht versichert gewesenen Betagten (und deren reduzierten Beiträgen) erwachsen;
- d) in Form von Prämienzuschüssen an wirtschaftlich schwächere Versicherte;
- e) an Stillgelder und Wartegelder für Aerzte.

Gegenüber der Initiative fällt vor allem das Fehlen eines Arbeitgeberbeitrages in der allgemeinen Krankenversicherung auf. Das ist in. E. ein unerträgliches Manko, das auch durch die angeführten gezielten Subventionen (die übrigens noch keineswegs gesichert sind) in keiner Weise ausgeglichen wird. Die Solidarität wird durch diese Regelung der Einzelversicherung mit Kopfbeiträgen in unerträglicher Weise reduziert.

Wie sehr die Versicherten in der Schweiz schon bisher im Vergleich zu den Arbeitgebern und der öffentlichen Hand und im Vergleich mit anderen Ländern in der Sozialversicherung belastet waren, zeigt der folgende Auszug aus der Erhebung des Internationalen Arbeitsamtes über die Kosten der sozialen Sicherheit und deren Verteilung auf die Beteiligten. Leider sind die nach 1963 durchgeführten Erhebungen aus Kostengründen noch nicht publiziert. An der Verteilung der Kosten zwischen den Versicherten, den Arbeitge-

bern und der öffentlichen Hand wird sich aber seither nichts Wesentliches geändert haben.

*Verteilung der Einnahmen der sozialen Sicherheit
nach ihrer Herkunft (in Promille der Totaleinnahmen)*

Land	Finanzjahr	Versicherte	Arbeitgeber	Oeffentliche Hand*
Oesterreich	1963	244	478	225
Belgien	1963	200	445	280
Dänemark	1962/63	129	36	769
Finnland	1963	72	405	522
Frankreich	1963	159	616	184
BR Deutschland	1963	253	419	242
Italien	1963	143	604	155
Luxemburg	1963	199	452	223
Schweden	1963	169	228	576
Schweiz	1949	311	259	336
Schweiz	1963	322	243	283

* In dieser Rubrik sind deren drei der Originaltabelle zusammengefasst: a) Spezialsteuern und -taxen, b) Beteiligung des Staates und c) Beteiligung anderer öffentlicher Stellen. Die fehlenden Promille beziehen sich auf a) Kapitalertrag, b) Transfer aus anderen Quellen, und c) andere Einnahmen.

Unsicherer wird der Vergleich mit den anderen aufgeführten Ländern sein. Aber die Belastung der Versicherten in der Schweiz war 1963 so viel höher als in allen anderen aufgeführten Ländern, dass allfällige kleinere Abweichungen (und es kann sich nur um solche handeln) das Bild kaum verändern können. Typisch und für uns wichtig ist auch insbesondere, dass die relative Belastung in der Schweiz von 1949 bis 1963 für die Versicherten erheblich zugenommen, für Arbeitgeber und öffentliche Hand aber noch viel stärker abgenommen hat.

Das Flimser Modell wird diesen Trend höchst wahrscheinlich nicht entscheidend verändern und damit eines der Ziele der Neuordnung der Krankenversicherung, nämlich u. a. auch eine Entlastung der Versicherten herbeizuführen, nicht erreichen.

5. Gesamtwertung

Es wäre sicher falsch, das Flimser Modell in Bausch und Bogen zu «vernütigen». Die Einführung der Verdienstersatzregelung (bisher Taggeldversicherung) brächte trotz ihrer Unzulänglichkeiten einen wirklichen Fortschritt. Das Herauslösen der Spitalversicherung aus der allgemeinen Krankenpflegeversicherung (wohl als Anfang einer später weitergehenden Grossrisikoversicherung zu verstehen) halte ich für einen Fehler. Die Versicherten werden schwer-

lich verstehen, dass sie – eventuell zusammen mit ihrem Arbeitgeber – dafür allein zwei Lohnprozente aufzubringen haben und dass die nur unwesentlich erweiterte übrige Krankenpflegeversicherung sie an Kopfbeiträgen trotzdem noch teurer zu stehen kommt. Der einheitliche Fixbeitrag für die Altersrentner ist nur aus den bestehenden Erhebungsschwierigkeiten zu verstehen, vom sozialen Gesichtspunkt ist er viel zu schematisch und höchst ungerecht.

Es wird immer wieder auf die hohe Versicherungsdichte *ohne Bundesobligatorium* hingewiesen und daraus abgeleitet, dass ein solches nicht mehr nötig sei. Ich bin gegenteiliger Ansicht. Die noch immer über 12 Prozent Nichtversicherten werden sich wahrscheinlich etwa zu gleichen Teilen aus wirtschaftlich Schwächsten (vor allem grossen Familien) und Bestsituierten zusammensetzen. Den ersteren bringt das Flimser Modell zu wenig und die letzteren sollten zur Solidarität verhalten werden. In einer wirklich modernen Krankenversicherung kann es immer weniger dem einzelnen überlassen werden, *ob* und gegebenenfalls *wann* er sich versichern soll. Eine neue Revision ohne Bundesobligatorium auch für die ambulante Behandlung wäre eine Fehlleistung. Ohne ein solches und ohne Arbeitgeberbeiträge an die *ganze* Krankenversicherung wird auch ein Rückzug der SP-Initiative nicht erwartet werden können.

Hoffen wir, dass die Ende November zusammentretende Plenarsitzung der Expertenkommission, und allenfalls das Parlament, die notwendigen Korrekturen am Flimser Modell anbringen werden.

Giacomo Bernasconi, Bern

Fruchtbare Sozialpolitik der Regierung Kreisky

Trotz der Kürze ihrer Amtszeit konnte Oesterreichs Bundesregierung unter Kanzler Dr. Bruno Kreisky und Sozialminister Ing. Rudolf Häuser, gleichzeitig Vizepräsident des Oesterreichischen Gewerkschaftsbundes, sozialpolitisch ausserordentlich grosse Erfolge erreichen.

In der *Sozialversicherung* waren es vor allem die dauerhafte Verbesserung der Pensionsdynamik und damit die alljährlich verstärkte Leistungserhöhung, die Heraufsetzung der Witwen- und Waisenpensionen, mehrmaligen deutlichen Steigerungen der Ausgleichszulagen und damit der kleinsten Pensionen, Inkrafttreten der Bauern-Pensionsversicherung, Umwandlung neutraler Zeiten in leistungssteigernde Ersatzzeiten und weitere Verbesserungen und finanzielle Sanierungsmassnahmen in der Krankenversicherung,