

# KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG DER STADT ZÜRICH

## GRUNDLAGEN

Am 1. Januar 1928 ist in der Stadt Zürich die in der Gemeindeabstimmung vom 11. Dezember 1927 beschlossene obligatorische Krankenpflegeversicherung in Kraft getreten. Nach der vom Großen Stadtrat hierüber erlassenen Verordnung vom 5. Oktober 1927 im Rahmen des Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung und des kantonalen Einführungsgesetzes vom 6. Juni 1926 sind folgende in der Stadt Zürich wohnhafte Personen versicherungspflichtig:

a. Familien (Ehegatten, Verwitwete oder Geschiedene und ihre unmündigen Kinder) mit einem Einkommen von zusammen höchstens 4000 Franken; für jedes unmündige Kind wird diese Einkommensgrenze um 400 Franken bis zu 6000 Franken erhöht;

b. mündige Einzelpersonen mit einem Einkommen von höchstens 4000 Franken;

c. unmündige Einzelpersonen, die weder selbst ein 4000 Franken übersteigendes Einkommen besitzen, noch unterstützungspflichtige Verwandte mit einem Einkommen von solcher Höhe haben.

Als Einkommen gilt das versteuerte Einkommen vermehrt um ein Zehntel des versteuerten Vermögens. Die Versicherungspflicht beginnt zwölf Monate nach Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle und erlischt mit dem Wegzug von Zürich oder der Überschreitung der festgesetzten Einkommensgrenzen. Die Versicherungspflicht ist durch Versicherung für Krankenpflege in einer bundesamtlich anerkannten Krankenkasse zu erfüllen. Die Anmeldung zur obligatorischen Versicherung ist Sache des Versicherungspflichtigen. Für unmündige und handlungsunfähige Personen sind deren gesetzliche Vertreter verantwortlich.

Für die Durchführung der obligatorischen Versicherung hat die Stadt mit bestehenden anerkannten Krankenkassen und mit einem Verbands solcher Kassen Verträge abgeschlossen. Vertragskasse kann jede bundesamtlich anerkannte Krankenkasse werden, die im Gebiete der Stadt tätig ist, mindestens 5000 Mitglieder zählt und für die richtige Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen Gewähr

bietet. Bisher sind sieben Kassen und ein Kassenverband als Vertragskasse zugelassen worden. Die Erfüllung der Versicherungspflicht und die Durchführung der obligatorischen Versicherung wird vom städtischen Krankenversicherungsamt überwacht. Versicherungspflichtige, die sich nicht vor Ablauf des zwölften Monats über die Versicherung für Krankenpflege in einer Vertragskasse oder einer andern bundesamtlich anerkannten Krankenkasse ausweisen, werden vom Krankenversicherungsamt nach Ausführungsvorschriften der städtischen Krankenversicherungskommission zwangsweise einer Vertragskasse zugeteilt, mit der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge seit Beginn der Versicherungspflicht. Zur Förderung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Durchführung der obligatorischen Versicherung und zur Beratung der städtischen Amtsstellen ist eine Krankenversicherungskommission bestellt, bestehend aus einer Vertretung der Stadt und je einem Vertreter jeder Vertragskasse, sowie der Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheker, der Heilanstalten und zwei Mitgliedern des Großen Stadtrates.

Die Vertragskassen sind verpflichtet, alle Versicherungspflichtigen vorbehaltlos aufzunehmen und ihnen vom Tage der Aufnahme an im Erkrankungsfall folgende Leistungen zu gewähren:

a. Ärztliche Behandlung und Arznei bei Hauspflege und konsultativer Behandlung durch einen Kassenarzt oder eine Poliklinik auf unbestimmte Dauer;

b. Behandlung und Verpflegung in den allgemeinen Abteilungen der kantonalen Krankenanstalten oder dem Kostgeld in diesen Anstalten entsprechende Beiträge bei Behandlung und Verpflegung in einer andern öffentlichen oder privaten Heilanstalt, soweit und solange die Natur der Krankheit oder die häuslichen Verhältnisse es erfordern, längstens jedoch während 360 Tagen im Laufe von 540 aufeinanderfolgenden Tagen;

c. Zahnpflege, soweit die Behandlung zur Beseitigung bestehender Zahnschmerzen und zur Erhaltung einer genügenden Kaufähigkeit unbedingt notwendig ist. Die Pflichtleistungen für Zahnpflege sind in einem besonderen Reglement des Stadtrates festgesetzt;

d. Beistand der Hebamme;

e. Neben dem Stillgeld des Bundes und des Kantons ein solches der Stadt von 50 Franken, 20 Franken nach zehn Wochen und weitere 30 Franken nach einer Stilldauer von fünfzehn Wochen;

f. Heilanwendungen u. Heilmittel, die nicht zur bundesgesetzlichen Krankenpflege gehören, nach besonderem Reglement des Stadtrates;

g. Leihweise Überlassung von Krankengeräten;

h. Kosten des Transportes ins Krankenhaus.

Für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Durchführung der obligatorischen Versicherung und gegen mißbräuchliche Belastung sind von den Vertragskassen die notwendigen Maßnahmen zu treffen. Obligatorisch versicherte Mitglieder dürfen von den Vertragskassen wegen Nichtbezahlung der Beiträge weder ausgeschlossen noch in ihren Mindestbezügen gemäß Bundesgesetz verkürzt werden. Die unerhältlichen Mitgliederbeiträge werden den Vertragskassen von der Stadt vergütet, unter Vorbehalt des Rückgriffes auf das säumige Mitglied.

Die Kosten der Vertragskassen für die obligatorische Versicherung werden aufgebracht durch die Beiträge des Bundes (etwa 16,5 %), des Kantons (etwa 6 %), der Stadt (etwa 34 %) und der Versicherten (etwa 43,5 %). Die öffentlichen Beiträge sind festgesetzt pro Mitglied und Versicherungsjahr. Die Beiträge der Mitglieder entsprechen der erforderlichen Restprämie nach Abzug der nach dem Einkommen abgestuften öffentlichen Beiträge. Die ordentlichen Beiträge der Stadt an die Vertragskassen sind nach dem Steuereinkommen in vier Gruppen abgestuft und festgesetzt wie folgt:

	Gruppe I Fr.	Gruppe II Fr.	Gruppe III Fr.	Gruppe IV Fr.
Für Kinder bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr . . . . .	20	18	13	8
Für Personen über 18 Jahre . . . . .	18	13	8	3
Zuschlag für die weiblichen Mit- glieder über 18 Jahre . . . . .	6	6	6	6

Für die vorschulpflichtigen Kinder, die kein Anrecht auf Zahnpflege haben und für die Schulkinder, welche von der städtischen Schulzahnklinik planmäßig besorgt werden, vermindert sich der städtische Beitrag um 4 Franken. Für die Kinder der I. Gruppe decken die öffentlichen Beiträge die gesamten Versicherungskosten; es dürfen deshalb von den Vertragskassen für diese Kinder keine Beiträge erhoben werden. Bei den Kinderbeiträgen für die Gruppen II bis IV sind die kinderreichen Familien zu begünstigen. Die Gruppen werden nach dem Steuereinkommen wie folgt gebildet:

	Steuereinkommen für die Zuteilung zu			
	Gruppe I Fr.	Gruppe II Fr.	Gruppe III Fr.	Gruppe IV Fr.
Einzelpersonen . . . . .	bis 1600	1700–1900	2000–2200	2300–4000
Familien ohne Kinder . . . . .	bis 2600	2700–3000	3100–3400	3500–4000

Für die Familien mit unmündigen Kindern werden die Einkommensgrenzen in den Gruppen I bis III um 300 Franken für jedes Kind und in der Gruppe IV um je 400 Franken erhöht. Die Einteilung der obligatorisch Versicherten in die entsprechende Beitragsgruppe erfolgt durch das Krankenversicherungsamt. Die städtischen Beiträge werden den Vertragskassen auf Grund der Aufstellungen des Krankenversicherungsamtes vierteljährlich ausgerichtet. Die Stadt übernimmt ferner die Ausgaben der Vertragskassen für die Durchführung der von ihr vorgeschriebenen vorbeugenden Maßnahmen. Nach der Verordnung des Großen Stadtrates haben die Versicherten vom zurückgelegten 45. Altersjahr an das Recht auf jährlich eine ärztliche Untersuchung zum Zwecke der Vorbeugung. Weitere Maßnahmen bestimmt der Stadtrat. Als solche ist im Dezember 1928 die Übernahme der Hälfte der Kosten für vorbeugende Stärkungskuren von Kindern zu Lasten der obligatorischen Versicherung beschlossen worden. Ein Viertel dieser Ausgaben tragen die Vertragskassen, drei Viertel werden ihnen von der Stadt vergütet. Sodann leistet die Stadt in den ersten drei Jahren nach Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Beiträge an etwaige Verluste der Vertragskassen, im zweiten und dritten Jahre nur unter der Bedingung, daß die Kasse eine das Gleichgewicht sichernde Erhöhung der Mitgliederbeiträge vornimmt und wirksamere Maßnahmen gegen mißbräuchliche Beanspruchung der Kassenleistungen trifft. Die Nachzahlungen der Stadt umfassen die Mehrkosten der Zahnpflege über die berechneten Durchschnittsausgaben von 5 Franken und die Deckung der verbleibenden übrigen Rückschläge bis zur Höhe von 80 % im ersten, 60 % im zweiten und 40 % im dritten Jahre. Für die Dauer der Verlusthaftung unterliegt die Festsetzung der Mitgliederbeiträge für die obligatorische Versicherung der Genehmigung der Stadt.

Nach den Berechnungen des Statistischen Amtes auf Grund der Steuerstatistik vom 1. Januar 1921 umfaßten die für das Obligatorium festgesetzten Einkommensgrenzen (ohne Berücksichtigung des Vermögensbesitzes) rund 110000 Personen, d. h. etwa die Hälfte der Einwohnerzahl. Davon entfielen auf die Gruppe I 39500, Gruppe II 18000, Gruppe III 14000 und Gruppe IV 38500 Personen. Auf Grund dieser Zahlen wurden die Jahreskosten der Vertragskassen für die obligatorische Versicherung auf 3705000 Franken und die Gesamtausgaben der Stadt auf 1422000 Franken veranschlagt.

## DURCHFÜHRUNG IM JAHRE 1928

Der Stadtrat hat den Beginn der Versicherungspflicht wie folgt festgesetzt:

1. Januar 1928: alle in den Vertragskassen am 1. Januar 1928 für Krankenpflege versicherten und von diesen bis zum 15. Januar 1928 dem Krankenversicherungsamt gemeldeten Versicherungspflichtigen;

1. Februar 1928: Zugang der Vertragskassen vom 16. Januar bis zum 15. Februar 1928;

1. März 1928: Zugang der Vertragskassen vom 16. Februar bis zum 15. März 1928 und noch nicht Angemeldete der Gruppen I und II;

1. April 1928: noch nicht Angemeldete der Gruppen III und IV.

Von den Vertragskassen sind dem Krankenversicherungsamt auf 1. Januar 1928 als in Zürich wohnend und für Krankenpflege versichert 50925 Mitglieder gemeldet worden. Davon erwiesen sich als versicherungspflichtig 32556 Personen, als erst im Laufe des Jahres unter das Obligatorium fallend 3406 Personen, als nicht versicherungspflichtig zufolge höheren Einkommens oder gemäß Art. 3 der Verordnung 14963 Personen.

### Entwicklung des Versichertenbestandes nach Monaten 1928

Monat	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV	Zusammen
Januar . . . . .	10592	6474	4787	10703	32556
Februar . . . . .	3189	1237	1002	1789	7217
März . . . . .	3557	1403	1178	1950	8088
Bestand am 31. März 1928 . . .	17338	9114	6967	14442	47861
April . . . . .	3053	1326	1062	1945	7386
Mai . . . . .	1719	668	392	797	3576
Juni . . . . .	1333	438	472	660	2903
Bestand am 30. Juni 1928 . . .	23443	11546	8893	17844	61726
Juli . . . . .	560	322	171	296	1349
August . . . . .	1631	692	500	1360	4183
September . . . . .	6255	2551	2040	5289	16135
Bestand am 30. September 1928	31889	15111	11604	24789	83393
Oktober . . . . .	1735	692	561	1483	4471
November . . . . .	3703	1395	995	2524	8617
Dezember . . . . .	2266	760	568	1303	4897
Bestand am 31. Dezember 1928 .	39593	17958	13728	30099	101378

Auf die einzelnen Vertragskassen und ausgeschieden nach Geschlecht und Alter verteilt sich der Bestand am 31. Dezember 1928 wie folgt:

Kasse	Person. über 18 Jahre		Kinder bis 18 Jahre		Zusammen
	Männer	Frauen	Knaben	Mädchen	
Krankenpflege Zürich . . . . .	4608	12093	2140	2175	21016
Krankenkasse Helvetia . . . . .	6136	9551	1988	1998	19673
Gewerbekrankenkasse . . . . .	8366	6689	2153	2174	19382
Krankenkasse Union . . . . .	4300	5406	1828	1792	13326
Allgem. Kr. K. Zürich . . . . .	2530	5872	828	899	10129
Kath. Kr. K. Verband . . . . .	2419	4809	1198	1247	9673
Kr. K. Escher Wyss & Cie. . . . .	1645	1354	591	502	4092
Grütlikrankenkasse . . . . .	1200	1691	594	602	4087
Zusammen . . . . .	31204	47465	11320	11389	101378

Die nachstehende Tabelle orientiert über die Mitgliederbewegung im Jahre 1928:

Bewegungselemente	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0-14 Jahre	15-18 Jahre	0-14 Jahre	15-18 Jahre	
Bestand 1. Jan. 1928	10049	16480	2374	708	2243	702	32556
Zugang							
Neueintritte . . .	23393	35160	6991	2172	7099	2286	77101
Kassenübertritte .	80	174	21	4	8	5	292
Gruppenübertritte	2455	2801	446	154	446	145	6447
Beitragsänderungen	470	399	1	7	4	—	881
Zusammen . . . . .	26398	38534	7459	2337	7557	2436	84721
Abgang							
Kassenübertritte .	143	238	30	7	31	13	462
Beendigung der							
Versich.-Pflicht .	2340	4242	390	143	346	217	7678
Todesfälle . . . .	198	196	15	3	15	4	431
Gruppenübertritte	2452	2797	453	150	451	144	6447
Beitragsänderungen	110	77	1	365	4	324	881
Zusammen . . . . .	5243	7550	889	668	847	702	15899
Reiner Zuwachs . .	21155	30984	6570	1669	6710	1734	68822
Bestand 31. Dez. 1928	31204	47464	8944	2377	8953	2436	101378

Der durchschnittliche Mitgliederbestand im Jahre 1928 (Monatsbestände geteilt durch zwölf) stellt sich wie folgt:

Gruppe	Männer	Frauen	Knaben		Mädchen		Zusammen
			0-14 Jahre	15-18 Jahre	0-14 Jahre	15-18 Jahre	
I	5714	12995	2342	723	2403	798	24975
II	2851	7047	987	211	890	252	12238
III	3000	4130	858	242	885	231	9346
IV	8159	7604	1603	417	1545	392	19720
Zusammen	19724	31776	5790	1593	5723	1673	66279

Etwa die Hälfte der Versicherungspflichtigen, d. h. rund 50000 Personen mußten nach Ablauf der Anmeldefristen vom Krankenversicherungsamt zur Erfüllung ihrer Versicherungspflicht brieflich aufgefordert werden. Zwangsweise wurden im Jahre 1928 nach erfolgloser Mahnung zugeteilt:

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Gruppe IV	Zusammen
Personen	3855	1394	1110	3110	9469

In Nichtvertragskassen erfüllten ihre Versicherungspflicht am 31. Dezember 1928 2936 Personen.

Gemäß Art. 3 der Verordnung waren am 31. Dezember 1928 von der Versicherungspflicht ausgenommen:

1. Mündige Einzelpersonen, die mit unterstützungspflichtigen und dem Obligatorium nicht unterstellten Verwandten in Hausgemeinschaft leben oder von solchen zu Erziehungs- und Ausbildungszwecken unterstützt werden . . . . . 7989
  2. Personen mit über 65 Jahren, die im Zeitpunkt, da sie versicherungspflichtig würden, nicht bereits in einer anerkannten Krankenkasse versichert sind . . . . . 5185
  3. Insassen von Anstalten, für die auch im Erkrankungsfall von der Anstalt gesorgt wird . . . . . 872
- Zusammen 14046

Der Bestand der obligatorisch Versicherten am 31. Dezember 1928 stimmt in den Gruppen I, II und III mit den Vorausberechnungen des Statistischen Amtes vollkommen überein. Der Bestand in Gruppe IV ist niedriger. Die Differenz ist in der Hauptsache darauf zurückzuführen, daß die Versicherungspflichtigen in Nichtvertragskassen vorwiegend zur Gruppe IV gehören, ebenso ein

großer Teil der nach Art. 3, Ziffern 1 und 2, von der Versicherungspflicht ausgenommenen Personen.

Die Aufwendungen der Stadt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung stellen sich wie folgt:

	Fr.	Rechnung	Voranschlag
		Fr.	Fr.
a. Ordentliche Beiträge:			
Gruppe I . . . . .	447 645		
» II . . . . .	165 784		
» III . . . . .	81 123		
» IV . . . . .	<u>70 541</u>	765 093	924 000
b. Frauenbeiträge . . . . .		190 653	250 000
c. Stillprämien . . . . .		12 740	9 500
d. Vergütung unerhältlicher Mitgliederbeiträge . . . . .		5 077	43 500
e. Vorsorgliche Maßnahmen . . . . .		5 132	25 000
f. Verwaltungskosten . . . . .		<u>82 877</u>	<u>88 800</u>
Zusammen		1 061 572	1 340 800

Die Ausgaben für ordentliche Beiträge und Frauenbeiträge sind niedriger als der Voranschlag, weil zwei Drittel der Versicherungspflichtigen sich erst im Laufe des Jahres 1928, etwa 45 % erst im Laufe des zweiten Halbjahres 1928 zur obligatorischen Versicherung anmeldeten. Die Ausgabe für Stillgelder entspricht 117 Stillprämien für zehn Wochen und 208 Stillprämien zu fünfzehn Wochen. Die Gesamtzahl der obligatorisch versicherten Wochenbette beträgt 857. Von der Ausgabe für vorbeugende Maßnahmen entfallen 5100 Franken auf die Druckkosten einer von den Vertragskassen zum Zwecke der Aufklärung und Vorbeugung an alle Mitglieder verteilten und vom Gesundheitswesen herausgegebenen Schrift von Herrn Stadtrat Dr. Häberlin über die Geschlechtskrankheiten. Vom Rechte auf jährlich eine vorbeugende ärztliche Untersuchung ist bisher in sehr geringem Maße Gebrauch gemacht worden. Über die Betriebsergebnisse der Vertragskassen liegen zurzeit noch keine Zahlen vor.

E. Schultheß

Vorsteher des Krankenversicherungsamtes