

**SCHWEIZERISCHES KOMITEE NEIN ZUR  
SOZIALISTISCHEN KRANKENVERSICHERUNGS-INITIATIVE**

**ARGUMENTARIUM**

*zur eidgenössischen Volksabstimmung vom 4.12.1994*

***SPS/SGB-Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung"***

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Nachteile der SPS/SGB-Initiative auf einen Blick	2
2 Einleitung "Worum geht es?"	3
3 Entstehungsgeschichte / Gesundheitspolitik	7
4 Gründe der Kostenexpansion	9
5 Argumente gegen die SPS/SGB-Initiative	10
6 Argumente der Befürworter und ihre Entkräftung	12
7 Auswirkungen bei Annahme der Initiative	14
- auf die Versicherten	
- auf die Arbeitgeber	
- auf die Arbeitnehmer	
- auf die Krankenkassen und die Versicherungen	
8 Ein Blick über die Grenzen: Erfahrungen anderer Länder mit verstaatlichtem Gesundheitswesen	16
9 Ordnungspolitische Aspekte	18
10 Finanzierungsmodell	19
11 Fazit	20

## ANHANG

- Wortlaut der Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung"

## 1 Nachteile der SPS/SGB-Initiative auf einen Blick

### Hauptgründe:

- Die zentralistische Initiative führt zu einer Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens.

- Die Initiative bietet keine Mittel zur Kostendämpfung,

denn: Krankenkassen und private Versicherer werden zu blossen Abrechnungsstellen degradiert und werden zu einer bürokratischen Durchlaufstation. Die Versicherer haben folglich keine Anreizstrukturen, um die Leistungserbringer zur Wirtschaftlichkeit zu zwingen. Die medizinische Behandlung unterliegt damit keiner kritischen Prüfung mehr.

Zwischen den Versicherungsträgern kommt kein Wettbewerb auf.

Die Krankenkassen verlieren ihre wirtschaftliche Selbständigkeit.

- Mit der Festsetzung der Bundesbeiträge (1/4 der Gesamtkosten) in Kombination mit der Lohnprozentigen Finanzierung werden unbegrenzt Mittel in das System gepumpt. Dem Bund entstehen über eine Milliarde an Mehrkosten.

- Eine Finanzierung über Lohnprozente kann der Wirtschaft nicht zugemutet werden. Eine weitere Verschlechterung des Wirtschaftsstandortes Schweiz im internationalen Vergleich trifft letztlich jene, die durch die scheinbaren Prämienvergünstigungen eigentlich hätten profitieren sollen.

- Eine weitere Belastung unserer Wirtschaft gefährdet unsere Arbeitsplätze.

- Eine Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln packt das Problem der Kostenexplosion nicht an der Wurzel. Also: Ursachen- nicht Symptombekämpfung.

### Weitere Gründe:

- Das Gesundheitswesen braucht eine marktwirtschaftlich ausgerichtete Reform, kein sozialistisches Abenteuer.

- Die in Aussicht gestellten Prämienvergünstigungen gleichen einer kurzfristig wirkenden Beruhigungspille für die Versicherungsnehmer. Letztlich ist es immer der Staatsbürger, der die volkswirtschaftlich anfallenden Kosten des Gesundheitswesens berappen muss. Eine weitere Belastung des Bundes, der Kantone und der Arbeitgeber wirkt in letzter Konsequenz immer auf den Einzelnen als Versicherten und Steuerzahler zurück.

- Die Initiative bietet keine Mittel, die strukturellen Probleme im Gesundheitswesen zu lösen.

- Eine Gewichtsverlagerung von den Kantonen zum Bund ist aufgrund der Vorteile föderativer Strukturen abzulehnen.

## **2 Einleitung "Worum geht es?"**

### **2.1 Vorgeschichte**

Im September 1984 lancierten die Sozialdemokratische Partei der Schweiz (SPS) und der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) die Volksinitiative "für eine gesunde Krankenversicherung". Im März 1986 wurde die Initiative mit 103'575 gültigen Unterschriften in letzter Minute eingereicht. Gemäss Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 soll die Initiative Volk und Ständen mit der Empfehlung auf Verwerfung ohne formellen Gegenvorschlag unterbreitet werden. In der parlamentarischen Behandlung verwarfen in der Schlussabstimmung sowohl der Nationalrat (104 zu 42 Stimmen) wie auch der Ständerat (41 zu 2 Stimmen) die Initiative klar. Die Abstimmung wird am 4. Dezember 1994 stattfinden.

### **2.2 Inhalt**

Die Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" weist die folgenden thematischen Schwerpunkte auf:

#### **Mehrfachträgerschaft**

Als Versicherungsträger der Kranken- und Unfallversicherung sind weiterhin Krankenkassen und private Versicherungsgesellschaften vorgesehen. Am Grundsatz der Mehrfachträgerschaft wird formal zwar nichts geändert, der Grundsatz der Gegenseitigkeit schliesst Privatversicherer aber aus (Gegenseitigkeit = nicht gewinnorientiert).

#### **Obligatorische Unfallversicherung**

Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.



## **Obligatorische Krankenversicherung**

Die Krankenpflegeversicherung soll gemäss Initiative für die ganze Bevölkerung obligatorisch werden. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und bei Unfall (Bei Unfall nur, soweit dieser nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert ist).

## **Ausbau der Grundversicherung**

Ein allgemeiner Ausbau der Grundversicherung wird durch die Initiative angestrebt. Sowohl Hauskrankenpflege (Spitex-Dienste) wie Leistungen der Gesundheitsvorsorge (Präventionsmassnahmen) werden in den Grundkatalog der Versicherungsleistungen aufgenommen.

## **Finanzierung**

### **- über Lohnprozente**

Wie bei der AHV sollen sich die Beiträge der Versicherten nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit richten, d.h. die Erwerbstätigen hätten einkommensabhängige Prämien zu bezahlen. Wie bei der AHV sieht die Initiative vor, die Beiträge hälftig zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufzuteilen. Es ist vorgesehen, dass Nichterwerbstätige wie Hausfrauen und Rentner einen Minimalbeitrag zu entrichten hätten. Für Kinder sollen keine Beiträge erhoben werden. Die Schätzungen über die Höhe der Lohnprozente gehen bei Initianten und Bundesrat auseinander. Der Bundesrat spricht von einer Belastung von 3,4 bis 3,6 %, wohingegen die Initianten von einem Satz unter der Drei-%-Grenze sprechen. (Berechnungsbasis Jahr 1992)

### **- über Finanzierungsanteil des Bundes**

Der Bund soll mindestens 25 % der Versicherungsausgaben tragen (= 3,3 Mia. Franken). Heute sind es nur 15 %. Der Anteil, der von den Kantonen getragen werden soll, ist vom Gesetz zu regeln.

## **Selbstbehalt**

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen. Bei Vorsorgemassnahmen darf keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

## **Krankengeldversicherung**

Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 % des versicherten Lohnes. Auch diese Versicherung soll über weitere Lohnprozente finanziert werden.

## **Wirtschaftliche Mittelverwendung**

Bund und Kantone haben für eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel zu sorgen. Zu diesem Zweck hätten Bund und Kantone Tarif- und Abrechnungsvorschriften sowie Spitalplanungen zu erlassen.

### 2.3 Beurteilung

Mit der Initiative soll dem Stimmbürger ein neues Rezept zur Heilung unseres Gesundheitswesens verschrieben werden; ein Rezept, das aber eher einer bitteren Pille als einer guten Medizin für unser Gesundheitswesen gleicht! Die Prüfung der möglichen Konsequenzen bei Annahme der Initiative führt denn auch zum Schluss, dass die Initiative nur zur Ablehnung empfohlen werden kann. Einige parlamentarisch unbestrittene Forderungen der Initiative (Wirtschaftliche Mittelverwendung, erweiterte Grundversorgung) sollten nicht zur Annahme der Initiative verführen. Die Hauptgründe für die Ablehnung der Initiative sind folgende:

### **Keine Kostendämpfung**

Dem dringlichen Ziel einer Kostendämpfung im Gesundheitswesen kann die Initiative in keiner Weise gerecht werden. Lohnprozente hätten zur Folge, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgeschaltet würde. Die Krankenkassen würden zu eigentlichen Durchlaufstationen von staatlich fixierten Einnahmen (Lohnprozente und

Subventionen von Bund und Kanton) degradiert. Diese Verstaatlichung der heute dezentral angelegten und als Risikoträger fungierenden Krankenkassen läuft allen Bestrebungen zur Drosselung der Ausgabenexpansion in der Krankenpflege zuwider.

Die einzige Kostendämpfungsmassnahme wird im zweiten Absatz des Verfassungsaikels umschrieben: "Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet". Diese Forderung ist in hohem Masse inhuman. Unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ist jede Form der medizinischen Behandlung bei nicht mehr Erwerbstätigen "unwirtschaftlich". Ein Gesundheitswesen, das nur die Wirtschaftlichkeit zum Kriterium macht, wird die Mediziner vor unlösbare ethische, die Gerichte vor unlösbare rechtliche Fragen stellen.

### **Grosse Nachteile für die Wirtschaft**

Eine Systemveränderung bei der Finanzierung, die vorsieht, die Unternehmen stärker zu belasten, ist in der gegenwärtigen rauhen Wirtschaftslage nicht haltbar. Eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für unsere Wirtschaft darf **nicht** das Ergebnis einer Gesundheitsreform sein. Die Bruttolohnkosten der Schweiz dürfen keine weitere Erhöhung erfahren, denn damit würden weitere Arbeitsplätze in den verschiedensten Wirtschaftssektoren gefährdet.

### **Nein zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens**

Die Initiative führt letztlich zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Negative Erfahrungen anderer Länder muss die Schweiz nicht noch mit zeitlicher Verzögerung nachvollziehen.

### **Zu starke Zentralisierung**

Das Gesundheitswesen würde bei Annahme der Initiative noch stärker auf den Bund zentralisiert. Kantone einerseits und die Krankenkassen und private Versicherer andererseits würden zu reinen Vollzugsinstanzen degradiert.



### 3 Entstehungsgeschichte / Gesundheitspolitik

#### 3.1 Gewaltige Kostenexplosion

Das schweizerische Gesundheitswesen mit derzeit über 200'000 Vollzeitbeschäftigten zeichnet sich seit gut 25 Jahren durch eine gewaltige Kostenexpansion aus und beansprucht daher einen fortlaufend grösseren Anteil des Bruttoinlandproduktes (BIP) sowie der Erwerbseinkommen. Infolge des rückläufigen Finanzierungsanteils der öffentlichen Hand schlägt diese Kostenexpansion überproportional auf die Prämien der Krankenkassen und damit auf die privaten Haushalte durch. Die Krankenpflegekosten je Versicherter sind innert 20 Jahren rund um das Vierfache der Preise und das Zweieinhalbfache der Löhne angestiegen.

#### 3.2 Verschiedene gescheiterte Revisionen

Grundsätzlich ist das Gesundheitswesen Sache der Kantone; es ist aber nicht zu verkennen, dass vorab die eidgenössische Krankenversicherungsgesetzgebung massgeblich die Leistungsbereitstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern bestimmt. Die angesprochene Kostenexpansion war Anlass für mehrere Versuche, eine neue Richtung in der Gesetzgebung der Krankenversicherung einzuschlagen. Einzig die Partialrevision des KVG aus dem Jahre 1964 erneuerte teilweise die Gesetzgebung von 1911. Seither scheiterten sämtliche Anstrengungen für eine neue Teil- oder Totalrevision, letztmals im Dezember 1987, wo in einer Volksabstimmung eine teilrevidierte "Krankenpflege- und Mutterschaftsversicherung" wuchtig mit 1'417'610 Nein gegen 571'383 Ja verworfen wurde. Auch die "Krankenkassen-Initiative" aus dem Jahre 1987 fand bei Volk und Ständen keine Unterstützung.

#### 3.3 Neuer Entwurf für eine Totalrevision der Krankenversicherung

Unter dem Druck der "Krankenkassen-Initiative" und der SPS/SGB-Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" beauftragte der Bundesrat im Januar 1988 vier Experten mit der Ausarbeitung konkreter Revisionsvorschläge. In Anlehnung an ihre Berichte verabschiedete der Bundesrat im August 1989 "Grundsätze für eine Revision der Krankenversicherung", die der im September 1989 vom EDI eingesetzten und von Ständerat



Otto Schoch (FDP/AR) präsidierten Expertenkommission als Leitlinien zu dienen hatten. Im November 1991 unterbreitete der Bundesrat den Eidg. Räten diesen von der Kommission Schoch ausgearbeiteten neuen Entwurf für eine Totalrevision der Krankenpflegeversicherung. Er zielt auf eine Drosselung der gegenüber der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung stark überproportionalen Expansion der Pflegekosten ab sowie auf eine finanziell tragbare Gestaltung der Mitgliederbeiträge insbesondere für wirtschaftlich Schwächere. Der Erlass wurde in der Frühjahrssession 1994 von den Eidg. Räten verabschiedet. Falls er in der Referendumsabstimmung vom 4. Dezember angenommen wird, soll er auf den 1.1.1996 in Kraft treten.

### 3.4 Dringliches Bundesrecht

Angesichts der gewaltigen Kostenexpansion und um Zeit für die erwähnte Gesetzesrevision zu schaffen, sah sich der Bundesrat 1990 und 1991 veranlasst, dem Parlament insgesamt drei dringliche, befristete Bundesbeschlüsse zu unterbreiten. Es handelt sich um Massnahmen gegen die Entsolidarisierung und die Kostensteigerung. Alle drei Bundesbeschlüsse sollen bis Ende 1996 verlängert werden.

### 3.5 Folgerung

Weder die befristeten Massnahmen mit Notrechtscharakter noch die SPS/SGB-Initiative vermögen die Heilung des Gesundheitswesens herbeizuführen. Im besonderen die Initiative mit ihren zahlreichen schwerwiegenden Nachteilen würde unserem Gesundheitswesen nichts nützen, sondern nur schaden.

## 4 Gründe für die Kostenexpansion

Im Vergleich zum derzeit geltenden Finanzierungssystem in der Krankenpflegeversicherung und angesichts der vorläufig noch ungebremsten Kostenexpansion im Gesundheitswesen bietet die Initiative von SPS und SGB ohne Zweifel für eine fortlaufend grössere Zahl von Versicherten finanzielle Vorteile.

Die Probleme des Gesundheitswesens liegen aber nicht in der Art des Finanzierungssystems, sondern in der gewaltigen Kostensteigerung. Letztlich geht es darum, die Ursachen der Kostensteigerung in den Griff zu bekommen. Ein Systemwechsel auf dem Gebiet der Finanzierung, der zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens führen würde und den wirklichen Gründen der Kostensteigerung nicht Einhalt gebieten kann, ist abzulehnen. Diese Gründe sind:

- medizinischer Fortschritt
- demographische Entwicklung
- Ueberkapazitäten und grössere Aerztedichte
- Anspruchsmentalität der Versicherten
- fehlende Anreize für die Marktpartner, sich kostengünstig zu verhalten

Die Mittel der Gesundheitspolitik sind nicht geeignet, den medizinischen Fortschritt oder die demographische Entwicklung zu beeinflussen. Mittel zur Drosselung der Anspruchsmentalität sowie die Einführung marktwirtschaftlicher Anreizsysteme sind hingegen sehr wohl Elemente, die auch in die Werkzeugkiste einer fortschrittlichen Gesundheitspolitik gehören.

**Bei der kritischen Beurteilung der SPS/SGB-Initiative geht es also darum zu prüfen, ob die angebotenen Mittel oder Werkzeuge mit dem Ziel der Eindämmung der Kostensteigerung übereinstimmen.** Die Antwort liegt auf der Hand! Die SPS-Initiative bietet weder wettbewerbsorientierte Anreize noch eine Verhaltensänderung der Versicherungsnehmer. Will man die Ursachen der Kostenexpansion wirklich bekämpfen und nicht nur Symptome retouchieren, so kann die SPS-Initiative dazu nicht als Mittel Hand bieten.

## 5 Argumente gegen die SPS/SGB-Initiative

Argument	Begründung
Keine Kostendämpfung	Die Initiative löst das Problem der finanziellen Ueberbelastung des Gesundheitswesens nicht. Die Umstrukturierung der Finanzierung von Kopf-Prämien zu Lohnprozenten ist dabei untauglich. Die Krankenkassen, heute oft die einzige Kontrollinstanz der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungserbringung, würden ihre heutige Stellung verlieren und de facto zu administrativen Abrechnungsbüros degradiert.
Kein Wettbewerbsdruck	Die Volksinitiative lässt keinen Wettbewerb unter den Krankenkassen entstehen. Ein Wettbewerb, der dank der Marktkräfte vor allem dem Versicherungsnehmer längerfristige Vorteile bieten würde. Gerade in letzter Zeit sind die Krankenkassen vermehrt dazu übergegangen, die medizinische Behandlung nach Wirtschaftlichkeitskriterien zu prüfen. Dieser Anreiz ginge im neuen Finanzierungssystem gemäss Modell der SPS/SGB verloren.
Nein zur Verstaatlichung	Das System der Lohnprozent-Finanzierung ist für die Krankenversicherung ungeeignet. Für die AHV-Finanzierung mag es zwar geeignet sein, aber im Krankenversicherungswesen hätte man es eigentlich mit funktionierenden Märkten zu tun. Krankenkassen, Versicherte und die medizinischen Leistungserbringer bilden einen Markt. Es sollte eigentlich keine neue Weisheit sein, dass sich dort, wo Märkte die Preise regeln, mehr Vorteile für den Konsumenten herausbilden als bei verstaatlichten Strukturen mit Tarifordnungen und Vorschriften. Ausserdem würde sich, wie bei der AHV auch, das Problem der langfristigen Finanzierbarkeit ohnehin irgendwann stellen.
Zusätzliche Lohnprocente sind für die Wirtschaft nicht tragbar	Eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen für unsere Wirtschaft, die ohne Zweifel eine Verminderung der Konkurrenzfähigkeit auf den internationalen Märkten zur Folge hätte, ist auch jetzt in der Phase der langsamen Erholung nicht möglich. Eine weitere Verteuerung des Produktionsfaktors Arbeit trifft die Arbeitnehmer; Also jene, denen mit der Prämienreduktion eigentlich hätte geholfen werden sollen. Um die Sicherheit der Arbeitsplätze erhalten zu können, darf die Wirtschaft nicht mit weiteren Lohnprozenten belastet werden.



Keine Gewichtsverlagerung von Kanton zu Bund	Die Sozialbürokratie, welche durch die Verstaatlichung der Krankenversicherung herbeigeführt würde, bringt mehr Nachteile. Die subsidiäre Entscheidungsgewalt im Gesundheitswesens soll so weit wie möglich bei den Kantonen bleiben, kennen doch die Kantone die Verhältnisse vor Ort besser.
Hauptproblem der Kostensteigerung wird durch die Initiative in den Hintergrund gedrängt	Das Hauptziel jeder Krankenversicherungsreform muss die Eindämmung der Kosten sein. Eine blossere Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln würde sich kontraproduktiv auf das langfristige Ziel der Kostensenkung auswirken. Die Kosten sind durch mehr Wettbewerb und Verringerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistung zu erreichen und nicht durch eine Ausschüttung von Geldmitteln in die Kanäle der Sozialnetze.
Gefährdung der Sozialpartnerschaft	Die Verstaatlichung würde dazu führen, dass die gute Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft ausgehöhlt würde.
Gefährdung des Generationenvertrages	Die junge, erwerbstätige Generation ist heute nicht mehr in dem Masse wie früher fähig und willig, für die Gesundheitskosten der älteren Generation, die nach Statistik am meisten Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, aufzukommen. Wenn die Erwerbstätigen über Lohnprozente die Kosten des Gesundheitswesens bezahlen müssten, wäre der bereits strapazierte Generationenvertrag in Gefahr.

## 6 Argumente der Befürworter und ihre Entkräftung

Argument der Befürworter	Entkräftung
Das Finanzierungssystem nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ist gerechter.	Die Lohnprozentfinanzierung mag wohl gerechter sein, es stellt sich aber die zentrale Frage, ob die Wirtschaft, von der wir alle abhängen, überhaupt in der Lage ist, eine weitere Aufstockung der Lohnnebenkosten zu verkraften. Eine Verschlechterung des Wirtschaftsstandortes Schweiz muss gerade in der jetzigen Phase verhindert werden. Unsere Arbeitsplätze sind in der jetzigen Zeit wichtiger als alles andere.
Lohnprozente enthalten eine Solidaritätskomponente.	Richtig. Aber eine gesuchte Solidarität auf Kosten von Arbeitsplätzen würde zu weit schlimmeren Desolidarisierungseffekten führen. Bei Rezession und Stellenabbau bietet die Lohnprozentgrundlage keine solide Basis. Einzig ein Anheben der Lohnprozentsätze könnte zu einem Ausgleich der schrumpfenden Berechnungsgrundlage führen. Dies ist sehr negativ zu beurteilen.
Die Prämienbeihilfen (im KVG vorgesehen) schaffen Abhängigkeiten und machen einen Teil der Bevölkerung zu Subventionsempfängern.	Das KVG erreicht eine Abkehr vom Giesskannenprinzip. Nur die wirklich einkommensschwachen Versicherten erhalten Beiträge. Es ist den Kantonen überlassen, ob sie die Prämien bis in den Mittelstand hinein finanzieren, d.h. verbilligen wollen.
Die Arbeitgeberbelastung in der Schweiz ist im internationalen Vergleich gering.	Das Lohnniveau ist im internationalen Vergleich aber hoch. Ein weiterer Ausbau der Lohnnebenkosten würde sich negativ auf den Produktionsstandort Schweiz auswirken, da er die Bruttolöhne in die Höhe treibt. Ein unattraktiver Produktionsstandort bedeutet leider auch weniger Arbeitsplätze!
Alle Nachbarstaaten haben ein System der leistungsabhängigen Prämien. Nur die Schweiz hat eine "Kopfsteuer", die zudem familienfeindlich ist.	Prämienvergünstigungen für wirtschaftlich schwächere Versicherte (im KVG vorgesehen) gestalten die Kopfsteuer sozial aus.

<p>Auch die AHV funktioniert sehr gut mit Lohnprozenten.</p>	<p>Das System der AHV kann keine Wettbewerbsmärkte herbeiführen. Ganz anders sieht es dabei im Gesundheitswesen aus. Marktwirtschaftlich herbeigeführter Preiskampf in den einzelnen Teilmärkten des Gesundheitswesens ist eine glaubwürdige Kampfansage an die Kostenexpansion, was in jedem Fall das eigentliche Ziel einer jeden Krankenversicherungsreform sein muss.</p>
<p>Lohnprozente führen zu einer Prämienvergünstigung für die Mehrzahl der Versicherten</p>	<p>Richtig, jedoch werden die "wahren" volkswirtschaftlich anfallenden Kosten des Gesundheitswesens in irgendeiner Form vom Bürger bezahlt, sei es als Versicherter oder als Steuerzahler. Es ist eine Illusion zu glauben, dass man durch eine bloße Mittelausschüttung die Kosten in den Griff bekommen kann.</p>
<p>Kantonale Ungleichheiten in der Subventionierungspraxis treten auf.</p>	<p>Die Subventionierungspraxis ist Sache der Kantone. Eine Einflussnahme des Bundes ist nicht sinnvoll. Die Kantone sind am nächsten am "Markt" und kennen die lokalen Verhältnisse und Bedürfnisse besser.</p>
<p>Umfassende und sozial ausgeglichene Reform.</p>	<p>Gefährliches Experiment! Dieses packt die Probleme nicht wirklich an der Wurzel, sondern schiebt sie lediglich hinaus. Sogenannt "soziale Musterstaaten" (z.B. Schweden) haben aufgezeigt, wohin solche Finanzierungsreformen führen können.</p>



## 7 Auswirkungen bei Annahme der Initiative

### 7.1 Auswirkungen auf die Versicherten

Die Finanzierung über Lohnprozente würde zweifellos für die Mehrzahl der Versicherten zu einer Prämienreduzierung führen. So verlockend diese Aussicht auch sein mag, auf längere Sicht ist damit weder dem Versicherungsnehmer noch dem Gesundheitswesen gedient. Die finanziellen Vorteile des Versicherungsnehmers müssten durch eine zumindest faktische Verstaatlichung der am Vollzug beteiligten Krankenversicherungsträger sowie durch eine substantielle Verteuerung der Bruttolohnkosten der Schweiz in einem schwieriger gewordenen Umfeld internationaler Konkurrenz teuer erkauft werden. Es ist eine Illusion zu glauben, dass kurzfristig tiefere Prämien die Kostenexplosion stoppen können. Auf irgendeine Art muss der Versicherte die anfallenden Kosten bezahlen, sei es über mehr Steuern oder über einen weiteren, unausweichlichen Anstieg der Lohnprozente.

### 7.2 Auswirkungen auf die Arbeitgeber

Die Lohnprozentfinanzierung hätte für die Arbeitgeber nachweislich negative Auswirkungen. Ein weiterer Anstieg der Bruttolohnkosten würde die Produktionskosten erhöhen, was für unsere exportabhängige Wirtschaft, die sich in hart umkämpften internationalen Märkten behaupten muss, von grosser Tragweite ist. Stellenabbau oder Verlagerung von Produktionsstätten ins Ausland könnten die negativen Folgen eines solchen wirtschaftsfeindlichen Finanzierungssystems sein. Der Solidaritätsbeitrag der Schweizer Wirtschaft darf nicht überstrapaziert werden; Bereits durch die Erhöhung des Satzes für die Arbeitslosenversicherung von 0,4 auf 2 % haben die Schweizer Unternehmen ihre Solidarität unter Beweis gestellt, indem sie auch davon die Hälfte bezahlen.

### 7.3 Auswirkungen auf die Arbeitnehmer

Obwohl die kurzfristige monetäre Besserstellung für Teile der Arbeitnehmerschaft verlockend wirken mag, muss eingewendet werden, dass es auch im Interesse der Arbeitnehmerschaft liegt, dass die Schweizer Wirtschaft nicht unnötig belastet wird in ihrem Kampf auf den internationalen Märkten. Ohne das Gespenst der Arbeitslosigkeit weiter

strapazieren zu wollen, muss eingebracht werden, dass die Sicherheit der Arbeitsplätze in der jetzigen Zeit absolut prioritär zu behandeln ist. Sichere Arbeitsplätze dürfen nicht auf Kosten eines weiteren Lohnprozentbeitrages gefährdet werden.

#### 7.4 Auf die Krankenkassen und die Versicherungen

Wie vorgängig bereits skizziert, hätte eine Annahme der Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" vor allem für unsere Krankenkassen und die privaten Versicherer einschneidende Auswirkungen. Während sie heute ihre Funktion als Hüter von Wirtschaftlichkeit und effizienter medizinischer Leistungserbringung zum grossen Teil wahrnehmen, würde dieser Kontrollfunktion durch die Initiative weitestgehend die "Zähne gezogen". Die Krankenkassen würden zu einem bürokratischen Apparat degradiert, der einzig administrative Aufgaben wahrzunehmen hätte.

Es wäre sinnvoll, die Krankenkassen einem gesunden Wettbewerbsdruck auszusetzen und damit Anreize für eine noch effizientere Verwendung der Ressourcen im Gesundheitswesen zu schaffen. Die Zielfunktion eines Gesundheitswesens der Zukunft muss unbedingt aus wirtschaftlicher Selbständigkeit der Kassen und aus einem durch Transparenz und Vergleichbarkeit geschaffenen preislichen Wettkampf bestehen. Der gesetzliche Rahmen sollte zudem die Möglichkeit bieten, dass innovative Anbieter von Gesundheitsleistungen weiter die Freiheit haben, mit neuen Lösungen und Modellen auf den Markt zu treten. Eine De-facto-Verstaatlichung wäre diesen Zielen aber nur abträglich.

## 8 Ein Blick über die Grenzen - "Erfahrungen anderer Länder mit verstaatlichtem Gesundheitswesen"

### 8.1 Schweden

Ein Beispiel zur Beweisführung gegen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens bietet Schweden. Bekannt als Wohlfahrtsstaat par excellence, muss sich das skandinavische Land neu orientieren, um die gebeutelte schwedische Volkswirtschaft aus dem Sumpf zu ziehen. Selbst der neuerliche Regierungswechsel zurück zu den Sozialdemokraten (Wahl September 94) wird keine Abkehr davon bringen. Sogar die "Volksheim-Vertreter" der Sozialdemokraten mussten im Wahlkampf Leistungsverschlechterungen in der Krankenpflege in Aussicht stellen (NZZ 19.9.94). Dass gerade die Institutionen des Sozialwesens vor einem Aufbruch in eine marktwirtschaftliche Zukunft stehen, scheint Grund genug, nicht die gleichen Fehler mit zeitlicher Verzögerung auch in der Schweiz zu begehen.

Die Süddeutsche Zeitung vom 13.9.93 titelt denn auch: "Vom schwedischen Modell bleibt nicht viel übrig - Regierung Bildt treibt Rückbesinnung auf die freie Marktwirtschaft entschlossen voran", und weiter "... **So wurden die Sozialabgaben für die Unternehmen gesenkt**, Karenztage bei Krankheit und Arbeitslosigkeit wurden oder werden noch eingeführt, die Renten werden eingefroren, das Rentenalter steigt von 65 auf 66 Jahre, versprochene Erhöhung von Kinder- und Mutterschaftsgeld wurden zurückgenommen ...." Im gleichen Artikel wird ausgeführt, dass zur Lancierung der marktwirtschaftlichen Umkehr die Unternehmen elf % weniger Sozialabgaben zu bezahlen hätten. **Im weiteren würde die bisher staatliche Krankenversicherung privatisiert und den Tarifpartnern übertragen!**

Auch die NZZ vom 1. Juni 1993 analysiert die Situation ähnlich: "Ineffizient und wachstumsfeindlich - In wettbewerbspolitischer Sicht besteht grosser Handlungsbedarf: Die Kommission weist hin auf das generell übersetzte Preisniveau, vielfach oligopolähnliche Marktverhältnisse, ein dichtes staatliches Regulierungsnetz, die Behinderung des freien Markteintritts sowie die kontraproduktive Einflussnahme von Partikularinteressen auf Parlament und Regierung. **Im Baumarkt oder im durch staatliche Monopole beherrschten Gesundheits- und Erziehungswesen könnten enorme Wohlfahrts-**



**gewinne erreicht werden, wenn der Marktwirtschaft zu ihrem Recht verholfen würde".**

Die Reformen in Schweden haben vor allem marktwirtschaftlichen Charakter. Einerseits sollen die unter Sozialabgaben leidenden Unternehmen entlastet und andererseits durch Reprivatisierung von verstaatlichten Sozialwerken marktwirtschaftliche Lösungen realisiert werden.

## 8.2 England

Auch England - wenn auch weniger drastisch als Schweden - zieht sich Schritt um Schritt von der bisherigen finanziellen Verantwortung zurück und überlässt Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherungen den freien Marktkräften. Auch dieses Land kann stellvertretend für jene Länder stehen, die ein verstaatlichtes Gesundheitswesen haben aufgeben müssen und nun den Weg der Marktwirtschaft von neuem wieder beschreiten.

"Dumm ist nur, wer die gleichen Fehler zweimal begeht oder nicht aus den schlechten Erfahrungen anderer lernt!". Es tönt sehr einfach, aber in der praktischen Umsetzung liegen utopische Idealvorstellungen leider oft näher.

## 9 Ordnungspolitische Aspekte

Ein Finanzierungssystem über Lohnprozente mit einer zentralen Inkassostelle führt zwangsläufig zu einer massiven Zentralisierung mit mehr Beamten und damit zwingend zu einem "Staatsgesundheitswesen", was ordnungspolitisch nicht zu begrüssen ist.

Als Folge der lohnprozentualen Finanzierung müsste der im Erwerbsleben stehende Teil der Bevölkerung einen grösseren Anteil an Beiträgen abliefern, als jene, die zu den wichtigsten Konsumenten der Gesundheitsdienstleistungen gehören. Diese Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung zugunsten der Nicht-Erwerbstätigen ist im Angesicht der fortschreitenden Ueberalterung der Bevölkerung von grosser Sprengkraft. Die wichtige Solidarität zwischen alt und jung ist ein zu kostbares Gut, um es durch eine Ueberstrapazierung in Gefahr zu bringen.

Im Vergleich der beiden Varianten Initiative und Gesetz mit dem geltenden Recht, muss miteinbezogen werden, dass in der Grundversicherung bei beiden Varianten (Initiative und KVG) eine beachtliche Leistungserweiterung gegenüber dem geltenden Recht vorgesehen ist. D.h. ein gewisser prozentualer Anstieg der öffentlichen Beiträge kann dem erweiterten Leistungskatalog angelastet werden. Gerade beim Vergleich zwischen dem neuen KVG und der Initiative muss deutlich festgehalten werden, dass gegenüber dem geltenden Recht für die öffentliche Hand das KVG nur eine Kostensteigerung von 22 % bringen würde, während die Annahme der SPS/SGB-Initiative eine Kostensteigerung von 64 % zur Folge hätte. Schlägt man auf die 92er Zahlen der SPS-Variante die Kostensteigerung im Gesundheitswesen bis 1996 noch hinzu, wird die Differenz zwischen KVG-Variante und SPS-Initiative noch grösser: Eine Verteuerung von 1,5 Mrd. muss bei dieser identischen Berechnungsbasis veranschlagt werden! Selbst wenn man berücksichtigt, dass sämtlichen Zahlen Schätzungen zugrunde liegen, kann ausgesagt werden, dass die Belastung der Bundesfinanzen bei der Initiative "für eine gesunde Krankenversicherung" mit Abstand am höchsten ist.

Auch unter dem Aspekt der Finanzierbarkeit muss die Initiative ganz klar zur Ablehnung empfohlen werden.

## 12 Fazit

Die negativen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen, auf die Wirtschaft und letztlich auf jeden einzelnen Versicherten veranlassen uns dazu, die SP-Volksinitiative ganz entschieden zu bekämpfen. Sämtliche Ressourcen sind darauf auszurichten, die Initiative mit einem klaren **NEIN am 4. Dezember** abzulehnen. Unser Gesundheitswesen braucht keine verstaatlichten Strukturen, sondern wirksame Instrumente, um der uns alle betreffenden Kostenexpansion Einhalt gebieten zu können!



## 10 Finanzierungsmodell

Finanzierung der Krankenpflegeversicherung gemäss Initiative:

Die vom Bundesrat vorgelegten zwei Varianten zur Finanzierung der Kosten der Grundversicherung (für das Jahr 1992 auf 13,3 Milliarden Franken geschätzt) zeichnen sich durch verschiedene Beitragssätze und Kostenbeteiligungen aus:

	Variante 1 in (Mio Franken)	Variante 2 (in Mio Franken)
1. Beiträge der öffentlichen Hand (25 %)	3'325	3'325
2. Beitrag Aktive - AHV-Lohnsumme 210 Mrd. Franken Beitragssatz 3,4 % Beitragssatz 3,6 %	7'205	7'560
3. Beitrag Rentner - Rentensumme AHV 19,3 Mrd. Franken Beitragssatz 3,4 % Beitragssatz 3,6 %	660	690
- Rentensumme 2. Säule 9 Mrd. Franken Beitragssatz 3,4 % Beitragssatz 3,6 %	310	325
4. Beitrag Nichterwerbstätige (20 - 62 / 65-jährig) - Anzahl Personen 1'000'000 / Jahresbeitrag Fr. 600,-	600	600
5. Kostenbeteiligung "höchstens" "mindestens"	1200	800
<b>Total bzw. Kosten der Grundversicherung</b>	<b>13'300</b>	<b>13'300</b>

Quelle: Wf-Dokumentation Nr. 7, vom 17.2.92

In der heutigen, schlechten Verfassung der eidgenössischen Finanzen sind die Meinungen über Sparanstrengungen praktisch ungeteilt, zumindest was ihre Notwendigkeit betrifft. Basierend auf dieser Tatsache kommt der Gegenüberstellung der anfallenden Kosten je nach Finanzierungssystem eine grosse Bedeutung zu:

	Geltendes Recht	Neues KVG	SPS/SGB-Initiative
Beiträge der öffentlichen Hand	2'030	2'470 <small>= Basis 1996</small>	3'325 <small>= Basis 1992</small>

Quelle: Dokumentation zum neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG), Stand 30.4.94  
Bundesamt für Sozialversicherung, Wf Dokumentation Nr. 7

## ANHANG 1

### Wortlaut der Initiative

#### Artikel 34<sup>bis</sup>

<sup>1</sup> Der Bund richtet auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und die Unfallversicherung ein. Er überträgt deren Durchführung Einrichtungen, die die Versicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betreiben.

1. Die Unfallversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Der Bund kann das Obligatorium auf weitere Kreise der Bevölkerung ausdehnen.

2. Die Krankenpflegeversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie deckt ohne zeitliche Begrenzung die Behandlungskosten bei Krankheit und, soweit nicht anderweitig von Gesetzes wegen versichert, bei Unfall; eingeschlossen sind die Hauskrankenpflege und Leistungen der Gesundheitsvorsorge.

Die Versicherung wird finanziert:

a. durch Beiträge der Versicherten nach Massgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit; bei Erwerbstätigen wird das volle Erwerbseinkommen zur Bemessung des Beitrages herangezogen, wobei die Arbeitgeber bei Arbeitnehmern mindestens die Hälfte übernehmen. Kinder zahlen keine Beiträge.

b. durch einen Beitrag des Bundes von mindestens einem Viertel der Ausgaben; das Gesetz regelt die Beteiligung der Kantone am Bundesbeitrag.

Das Gesetz kann eine Beteiligung der Versicherten an den von ihnen verursachten Kosten von höchstens einem Fünftel ihres Beitrages pro Jahr vorsehen; keine Kostenbeteiligung darf bei Vorsorgemassnahmen erhoben werden.

3. Die Krankengeldversicherung ist für alle Arbeitnehmer obligatorisch. Sie zahlt bei Lohnausfall infolge Krankheit ein Taggeld von mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes.

Die Versicherung wird finanziert durch Beiträge in Prozenten des versicherten Lohnes, wobei die Arbeitgeber mindestens die Hälfte tragen.

Der Bund sorgt dafür, dass sich gesetzlich nicht versicherte Personen der Taggeldversicherung für Leistungen bei Krankheit oder Unfall anschliessen können.

<sup>2</sup> Die Behandlungsfreiheit ist im Rahmen der Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Bund und Kantone sorgen für die wirtschaftliche Verwendung der Finanzmittel der Versicherung. Zu diesem Zweck erlassen sie Tarif- und Abrechnungsvorschriften und legen verbindliche Spitalplanungen fest.