

Gesundheit muss bezahlbar sein

Argumentarium Gesundheitsinitiative

(27. Februar 2003)

Abstimmung vom 18. Mai 2003



Verein
„Gesundheit muss
bezahlbar bleiben“

Inhaltsverzeichnis

A	So kann es nicht weiter gehen. Hauptprobleme des heutigen Gesundheitswesens	5
1.	Die Krankenkassenprämien sind für viele unerschwinglich geworden	5
2.	Die Prämien nehmen doppelt so schnell zu wie die Kosten	6
3.	Der Staat wälzt die Kosten auf die Versicherten ab	7
4.	Wir zahlen die höchsten Prämien Europas	8
5.	Die Verbilligung der Krankenkassenprämien funktioniert schlecht	9
6.	Viele Behandlungen und Operationen sind unnütz oder gar schädlich	10
7.	Zu viele Spezialärzte verursachen besonders hohe Kosten	11
8.	Besonders die Spitzenmedizin ist schlecht geplant und kostet unnötig viel	12
9.	Die Pharma-Industrie verteuert die Medikamente	13
10.	Die Pharmaindustrie verhindert, dass günstige Generika eingesetzt werden.	14
11.	Die Versicherungskonzerne bereichern sich auf dem Buckel der Versicherten	15
12.	Die Kantone arbeiten gegeneinander statt miteinander	16
B	Gut für Ihre Gesundheit! Hauptargumente zugunsten der Initiative	17
13.	Die Initiative senkt die Prämien für die meisten Versicherten, Superreiche zahlen mehr	17
14.	Die Initiative hilft den Familien	19
15.	Die Initiative bringt ein gerechtes und ausgewogenes Finanzierungssystem	20
16.	Die Initiative garantiert eine gutes Grundangebot für alle	21
17.	Die Initiative verhindert die Zweiklassenmedizin	21
18.	Die Initiative stabilisiert die Gesundheitskosten	22
19.	Die Initiative bringt Verbesserungen im Gesundheitssystem	23
20.	Dank der Initiative können die Kantone Spitex und Gesundheitsprävention fördern	23
21.	Dank der Initiative können medizinische Fortschritte schnell genutzt werden	24
C	Wie soll das funktionieren? Fragen und Antworten zur Initiative	25
22.	Wieviel kostet meine Krankenversicherung, wenn die Initiative angenommen wird?	25
23.	Warum Mehrwertsteuerprozente nehmen, wenn doch eine Finanzierung über direkte Steuern sozialer wäre?	27
24.	Warum die Planung zentralisieren, wo doch die Kantone für die Spitäler verantwortlich sind?	28
25.	Was sind „reale Vermögen“?	28
26.	Benachteiligt die Initiative nicht die Deutschschweiz?	28
27.	Warum steht im Text nichts von der versprochenen Streichung der Kinderprämien?	29
28.	Wird die Abschaffung der Kinderprämien nicht zu Mehrbelastungen von armen Alleinstehenden zugunsten reicher Familien führen?	29
29.	Die Initiative will massiv Kosten sparen. Werden damit nicht auch Arbeitsplätze gefährdet?	30
D	Das ist falsch! Antworten auf Gegenargumente	31
30.	Es genügt, das Krankenversicherungsgesetz zu revidieren	31
31.	Die Initiative führt zur Einheitskasse	31
32.	Die Initiative führt bei der Berücksichtigung der realen Vermögen zu extremen Umsetzungsschwierigkeiten	32

33.	Die Initiative führt zu einer Kostenexplosion	32
34.	Die Initiative beinhaltet faktisch eine Reichtumssteuer.	33
35.	Die Initiative führt direkt in die Staatsmedizin. Der Wettbewerb wird eliminiert und das Gesundheitswesen damit teurer.	33
36.	„Die in der Initiative vorgesehene eidgenössische Spitalplanung führt zur Planwirtschaft.“	34
37.	„Ein grosser Teil der Bevölkerung wird zusätzlich belastet“ (FDP) / “Der Mittelstand wird zusätzlich belastet „ (SVP)	34
38.	Die Initiative bewirkt eine Aufblähung der Bundesverwaltung	34
39.	Die Initiative führt zu einer Mehrbelastung der kleinen Einkommen (Mehrwertsteuer)	35

E Anhang 36

40.	Formelles: Initiativtext, Fristen	36
41.	Praktische Hinweise	37
42.	Tabelle zu Mehrwertsteuer und Einkommensprämie	38
43.	BSV: Prämien 2003 pro Kanton und kommentierte Grafiken zur Krankenversicherung	39

Einleitung

Ein JA für Ihre Gesundheit am 18. Mai 2003

Ein schönes Weihnachtsgeschenk war das! Im Dezember lehnte es eine knappe Mehrheit des Nationalrats ab, eine kleine Geste zugunsten der Familien zu machen: Die Revision des Krankenversicherungsgesetzes ging bachab. Dabei sind im Gesundheitswesen grundlegende Änderungen notwendig.

Der Wurm steckt im Finanzierungssystem. Weil die Superreichen in unserem Land so billig wegkommen wie nirgends sonst in Europa, ächzen 80 % der Bevölkerung unter immer teureren Krankenversicherungsprämien.

Es ist Zeit, dass das Volk selbst entscheidet, ob es gerechtere und günstigere Prämien und ein besser kontrolliertes Gesundheitswesen will.

Die Gesundheitsinitiative krepelt das Beitragssystem um und schafft endlich eine gerechte und ausgewogene Finanzierung.

- **Kinder sind gratis versichert wie fast überall in Europa**
- **Die Initiative entlastet fast 80 Prozent aller Versicherten, besonders die Familien und jene Leute des unteren Mittelstands, die heute nicht von Prämienverbilligungen profitieren können.**
- **Die Reichsten zahlen mehr als heute**

Die Initiative ermöglicht zudem Verbesserungen im Gesundheitswesen, weil sie Leistungen und Preise kontrolliert und die Zusammenarbeit zwischen den Kanton koordiniert. Für nutzlose Behandlungen wird weniger ausgegeben. Unser Vorschlag erlaubt,

- **ein gutes Grundangebot für alle zu sichern**
- **nützliche medizinische Neuerungen schneller einzuführen**
- **sinnvolle Dienste wie Spitex und Gesundheitsvorsorge auszubauen**

Für ein gesundes Gesundheitssystem: Stimmen Sie JA.

Christiane Brunner, Präsidentin der SP Schweiz

Christine Goll, Vice-Präsidentin der SP Schweiz

Paul Rechsteiner, Präsident SGB

Colette Nova, Geschäftsführende Sekretärin SGB

Jean-François Steiert, Präsident des Vereins « Gesundheit muss bezahlbar bleiben »

Franco Cavalli, Vize-Präsident des Vereins « Gesundheit muss bezahlbar bleiben »

A So kann es nicht weiter gehen. Hauptprobleme des heutigen Gesundheitswesens

1. Die Krankenkassenprämien sind für viele unerschwinglich geworden

Jeden Herbst trifft die böse Nachricht ein: Die Krankenkassenprämien steigen wieder. Schon die Grundversicherung ist für viele Leute finanziell gar oder fast nicht mehr zu verkraften, Zusatzversicherungen können sich nur noch Gutverdienende leisten. Die hohen Kosten für die Versicherten führen schrittweise zu einer Zweiklassen-Medizin. Und das reichste Fünftel der Bevölkerung zahlt keinen Rappen mehr als die anderen.

Im Durchschnitt zahlen Erwachsene inzwischen 269 Franken allein für ihre Grundversicherung. Im Kanton Genf kostet die Prämie für Erwachsene sogar 389 Franken pro Kopf, für ein Kind über 100 Franken!

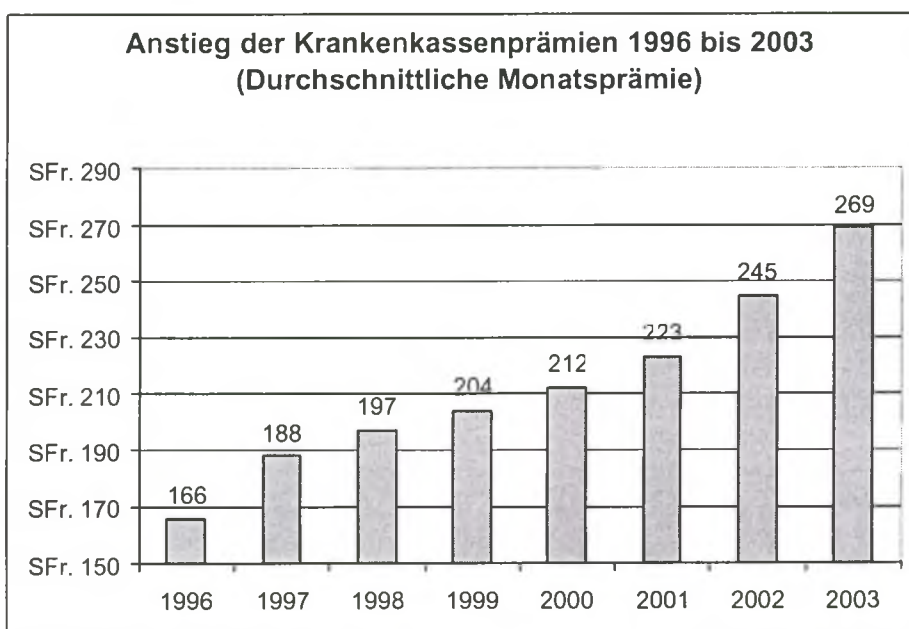
Dies bringt vor allem Familien in eine immer verzweifeltere Lage. In einer Umfrage des GfS-Forschungsinstituts gibt die Mehrheit der Befragten an, sie hätten regelmässig oder gelegentlich Probleme, die Krankenkassenprämien zu bezahlen.

Bedenklich ist auch, dass erstmals mehr Leute sagen, sie hätten mehr Probleme, die Krankenkassenprämien als zu bezahlen als die Steuern.

Nicht zu vergessen: Wir zahlen nicht nur Krankenkassenprämien, sondern tragen auch mit unseren Steuerzahlungen einen Teil der Gesundheitskosten.

Das muss nicht so sein: Die Gesundheitsinitiative zeigt, wie wir

- . die Prämien für die allermeisten senken
- . das Gesundheitssystem planen und verbessern
- . die Gesundheitskosten in den Griff bekommen
- . und bestimmte wichtige Angebote ausbauen können



Quelle: BSV, Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, KV 6.5

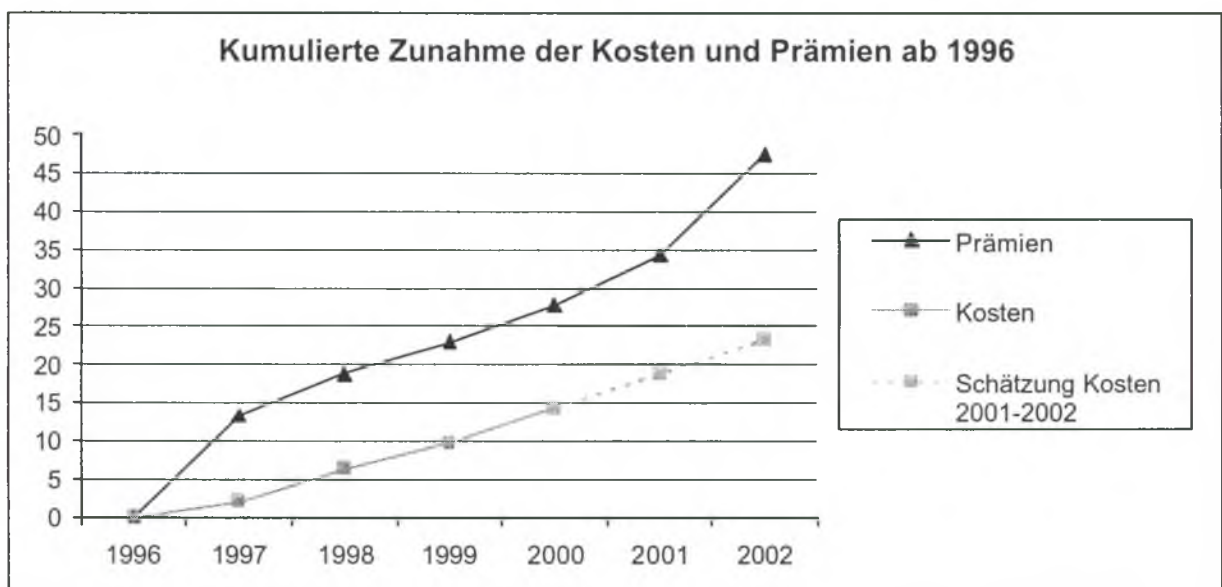
2. Die Prämien nehmen doppelt so schnell zu wie die Kosten

Die Krankenkassenprämien steigen schnell und regelmässig. Aber die gesamten Kosten für die obligatorische Krankenversicherung nehmen nur halb so schnell zu. Im Jahr 2002 stiegen die Prämien beispielsweise um 10 Prozent, die Gesundheitskosten aber nur um 5 Prozent. Wie ist so etwas möglich?

Stark zugenommen haben in der Grundversicherung die Kosten für Medikamente, für die Pflegeheime und ambulante Spitalbehandlungen. Dies erklärt die Kostenzunahme.

Dass die Prämien jeweils doppelt so schnell zunehmen, erklären die Versicherer damit, dass sie Rückstellungen tätigen müssen. Doch dies belegt nicht einmal die Hälfte der Differenz.

Vielmehr sparen die Kantone auf dem Buckel der einzelnen Versicherten, indem sie beim Spitalsektor sparen und den ambulanten Bereich ausbauen. Dies geht aber zu Lasten der Versicherten (siehe folgende Seite).

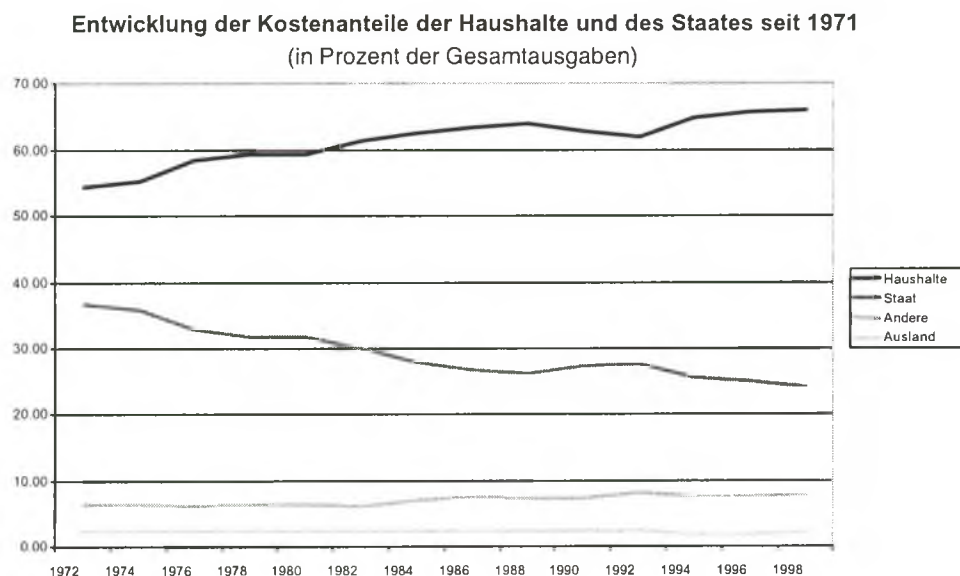


Quelle: BSV/Interpharma

3. Der Staat wälzt die Kosten auf die Versicherten ab

Vor zehn Jahren zahlten Kantone und Bund noch ein Drittel der Gesundheitskosten; heute ist es nur noch mehr ein Viertel – darum wird es für die einzelnen Haushalte immer teurer. Vor allem die Kantone nützen ihre Verantwortlichkeit für die Spitalplanung, um Kosten auf die Bevölkerung zu überwälzen.

Der Staat hat in den letzten Jahrzehnten seinen Anteil nach und nach abgebaut und damit den Haushalten zusätzliche Milliardenkosten aufgebürdet:



Quelle: Bundesamt für Statistik

Da die Kantone die Hälfte der Spitalkosten tragen müssen, sparen sie in diesem Bereich: Sie schliessen Spitalbetten und Abteilungen oder ganze Spitäler, sparen beim Spitalpersonal und können dadurch ihre Subventionen eindämmen. Das kann zwar durchaus Sinn geben, aber nur dann, wenn die Übung nicht einfach dazu dient, die Kosten auf die Versicherten zu überwälzen.

KOSTENVERTEILUNG für die gleiche Behandlung

Beim Spitalaufenthalt (stationäre Behandlung):

Staat 50 % -- Krankenkasse/Versicherte 50 %

Ambulant im Spital oder in der Arztpraxis

Krankenkasse/Versicherte 100 %

Patientinnen und Patienten sind weniger oft und weniger lang im Spital, was seine guten und schlechten Seiten hat: Mehr Behandlungen direkt in der ärztlichen Praxis, Spitexdienste, ambulante Operationen, ambulante Nachbetreuung. Diese Verlagerung kommt die Versicherten aber teuer zu stehen, weil sie auch jene Hälfte selbst bezahlen müssen, welche bei einem Spitalaufenthalt durch den Kanton subventioniert wird.

4. Wir zahlen die höchsten Prämien Europas

Wir zahlen die höchsten Prämien von ganz Europa und haben das ungerechteste System. Vor allem für die Familien mit mittleren Einkommen ist die finanzielle Belastung nirgends in Europa so gross wie bei uns. Nirgends kommen die Reichsten aber so billig weg wie bei uns!

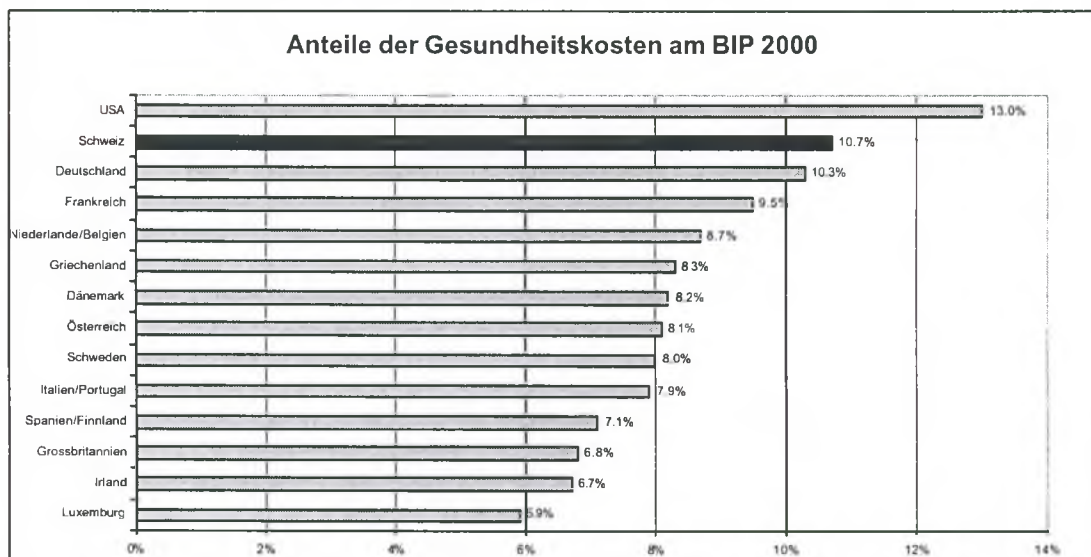
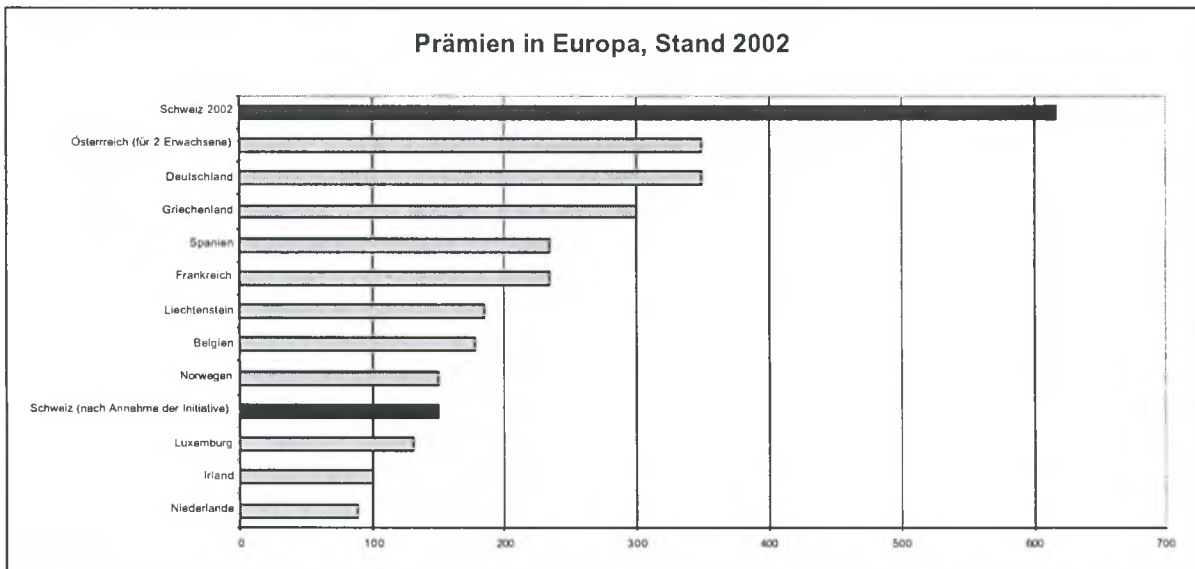
In der Schweiz sind die Prämien für alle, ob arm oder reich, gleich hoch angesetzt. Die anderen Länder Europas finanzieren die Krankenversicherung wesentlich sozialer; die Beiträge sind dort nach Einkommen abgestuft. So erheben zum Beispiel Deutschland, Griechenland, Österreich und Irland Lohnprozente als Prämien. In Dänemark, Portugal, Schweden und anderen Ländern wird das Gesundheitssystem ganz oder grossteils über die Steuern finanziert.

Nur die Schweiz erhebt die ganze Prämie für die Krankenversicherung als Kopfprämie ohne einkommensabhängige Abstufung, und dies im teuersten Gesundheitssystem Europas.

Die USA haben mit 13 Prozent Gesundheitsausgaben des Bruttoinlandprodukts das teuerste und zudem das unsozialste System. Die Schweiz folgt mit 10.7 Prozent auf Platz zwei.

Kostenbeteiligung pro Monat für eine Familie mit Fr. 60'000 Einkommen und zwei Kindern:

(In den meisten Ländern Lohnprozente, oft sind darin auch die Mutterschaftsversicherung und teils Taggeldversicherungen eingeschlossen)



5. Die Verbilligung der Krankenkassenprämien funktioniert schlecht

Das heutige Verbilligungssystem erfüllt sein Ziel nur teilweise, ist ungerecht und in vielen Kantonen bürokratisch und schwerfällig.

Eigentlich sollte die Hälfte der Bevölkerung von der Verbilligung profitieren – das war die Absicht des Bundes bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes. Aber heute erhalten nur ein Drittel der Versicherten eine Rückerstattung.

Der Bundesrat wollte, dass die Prämienlast 8 Prozent des steuerbaren Einkommens nicht überschreitet. Dieses Sozialziel erreicht die Verbilligung in zwölf Kantonen nicht. In Zürich, Genf und dem Tessin zahlen Familien, Alleinerziehende und Rentner trotz dieses Systems sogar mehr als 10 Prozent des steuerbaren Einkommens an die Prämien.

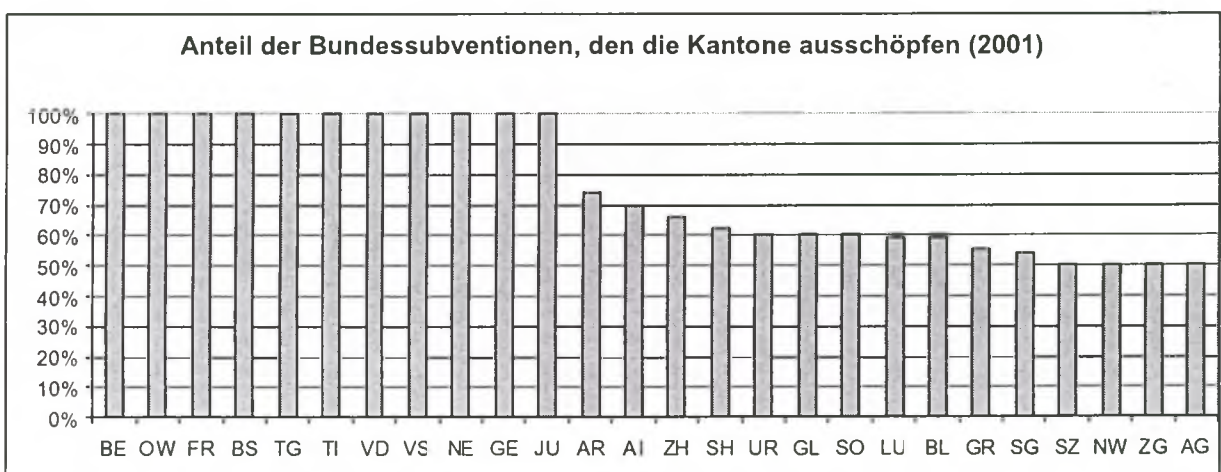
Das geltende Verbilligungssystem ist ungerecht. Es gibt nämlich keine einheitliche Regelung, wer Anrecht auf die Rückerstattung hat und wer nicht. Jeder Kanton setzt selbst fest, bis zu welchem Einkommen und unter welchen Bedingungen er die Prämien subventioniert. So profitieren Rentnerinnen und Rentner mit kleinen Einkommen in einigen Kantonen, in anderen nicht – ebenso geht es den Familien des Mittelstands. Dies belegt eine Studie des Bundesamts für Sozialversicherung*, die auch weitere Unterschiede aufzeigt (Stand 2001).

Eine Reihe von Kantonen gewährt die Rückerstattung automatisch aufgrund der Steuereinschätzung. Andere benachrichtigen die Versicherten, welche bloss ein Formular unterschreiben müssen. Wieder andere verlangen genaue Angaben und Belege. Und in Luzern und Basel-Stadt müssen sich die Leute gar selbst melden und die Formulare extra bestellen. Viele Leute, die Anrecht auf die Verbilligung hätten, melden sich nicht, weil sie sich nicht „wie ein Sozialfall“ vorkommen wollen.

Der Bund zahlt mit, misst seinen Beitrag aber an dem, was der jeweilige Kanton beisteuert. Deshalb sparen manche Deutschweizer Kantone auf Kosten der Versicherten: Sie holen gar nicht das Maximum an Bundessubventionen ab, das sie für ihre Bevölkerung mit kleinen Einkommen zugute hätten, weil sie sonst ihren eigenen Anteil ebenfalls aufstocken müssten. Insgesamt sind den Versicherten in diesen Kantonen im Jahr 2001 rund 700 Millionen Franken entgangen.

Kantone und Bund geben für das System rund 2.5 Milliarden Franken aus. Aber es ist proportionell weniger, als der Bund vor fünfzehn Jahren an Krankenkassensubventionen ausgab, als er noch einen Fünftel der Kosten trug. Die Versicherten zahlen zu den Prämien hinzu 3 Milliarden Franken an Franchisen und Selbstbehalten, also mehr, als die Prämiensubventionen betragen!

Andreas Balthasar: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. 2001



Quelle: BSV

6. Viele Behandlungen und Operationen sind unnütz oder gar schädlich

Die Gesundheitsfachleute sind sich einig: 15 bis 20 Prozent der Leistungen in unserem Gesundheitssystem sind unnötig.

Besonders bei den Bluttests, die häufig an grosse Labor vergeben werden, gibt es viel Schindluderei. Ein paar Tropfen Blut genügen heute für die wichtigsten Tests für die Diagnose. Oft werden dann aber ohne Notwendigkeit noch eine ganze Reihe anderer Tests durchgeführt, und natürlich einzeln verrechnet – was den Auftraggebern schöne Provisionen und Rabatte der Labors einbringt.

Unnütze Leistungen verteuern das Gesundheitswesen, und sind zum Teil nicht harmlos: Wer für jede Erkältung gleich ein Antibiotika-Rezept bekommt, bei dem wirken sie vielleicht nicht mehr, wenn er sie bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung wirklich braucht.

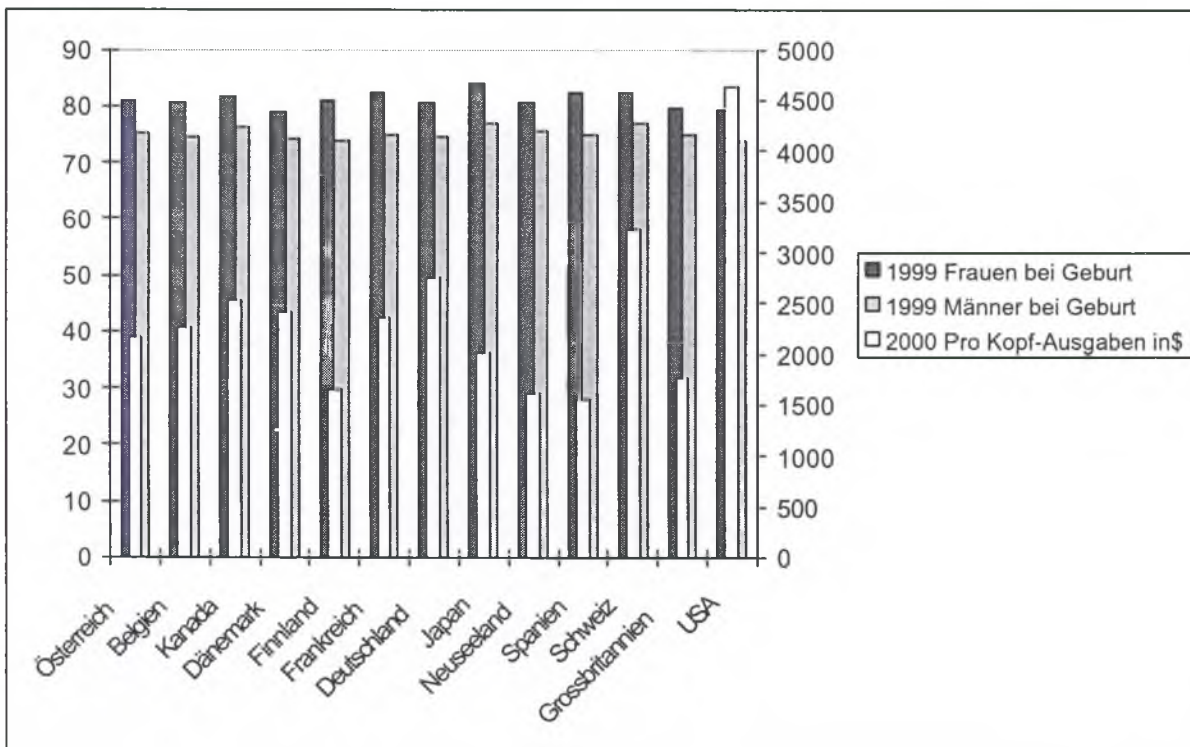
Besonders ins gute Tuch gehen medizinisch nicht notwendige spezialärztliche Behandlungen und Untersuchungen, die eine teure Infrastruktur brauchen.

Viele Operationen sind unnütz. Eine Studie beweist, dass Ärzte ihre eigenen Familienmitglieder 30 Prozent weniger operieren lassen als ihre „normalen“ Patientinnen und Patienten: Bei der Gallenblase sind es gar 83 Prozent, bei Gebärmutterentfernungen 58 Prozent und bei Leistenbrüchen 53 Prozent weniger. Befragte MedizinerInnen geben zu, dass bis zu einem Drittel ihrer Behandlungen eigentlich unnötig seien.

Diese unnützen Ausgaben machen uns nicht gesünder. Die Lebenserwartung steigt mit immer höheren Gesundheitskosten nicht an, wie der internationale Vergleich zeigt.

Lebenserwartung und Pro-Kopf-Kosten im internationalen Vergleich:

Die relativen Kosten in der Schweiz sind höher als in allen vergleichbaren EU-Staaten:



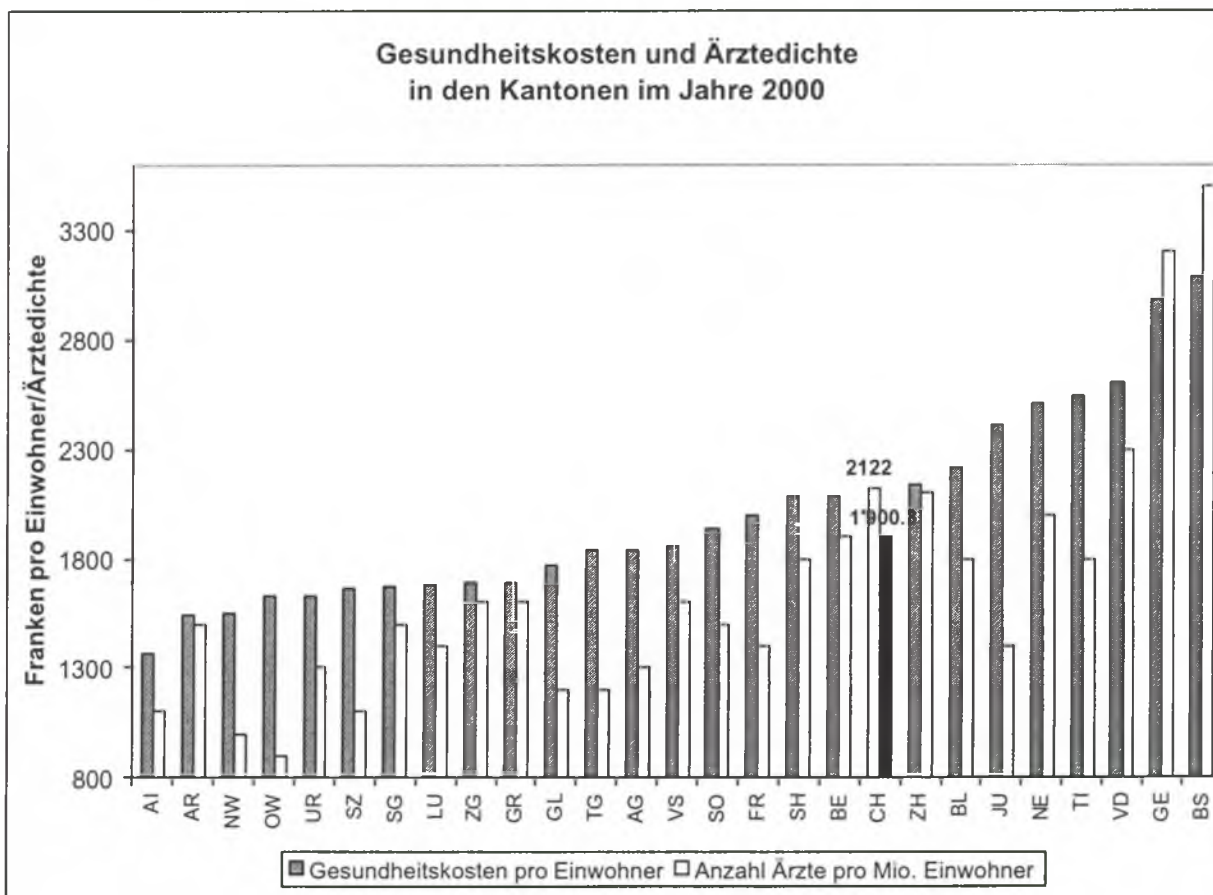
Daten: OECD

7. Zu viele Spezialärzte verursachen besonders hohe Kosten

Im Gesundheitswesen gilt das Gesetz von Angebot und Nachfrage nicht. Die sogenannten Leistungserbringer (Kliniken, Arztpraxen, Apotheken, u.s.w.), also die Anbieter, steuern die Nachfrage zu einem guten Teil selbst. Dies gilt insbesondere für teure Spezialärzte: Je mehr von ihnen es in einem Kanton oder einer Region hat, desto höher fallen die Gesundheitskosten pro Kopf der Bevölkerung aus.

Es gilt auch: Je mehr DoktorInnen, desto mehr Operationen. In Basel-Stadt werden Männern die Mandeln doppelt so häufig herausoperiert als in Graubünden, wo es entsprechend weniger Hals-Nasen-Ohren-ÄrztInnen hat. Aber die Menschen in Städten mit sehr hoher Spezialärztdichte sind keineswegs gesünder als jene in einer Region mit dünn gesäter Ärzteschaft.

Die Anzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte mit Fachtitel FMH beeinflusst die Gesundheitskosten pro Kopf. Noch deutlicher wäre der Zusammenhang, wenn die AllgemeinärztInnen FMH aus der Grafik ausgeschlossen und nur die eigentlichen SpezialärztInnen FMH einberechnet würden.

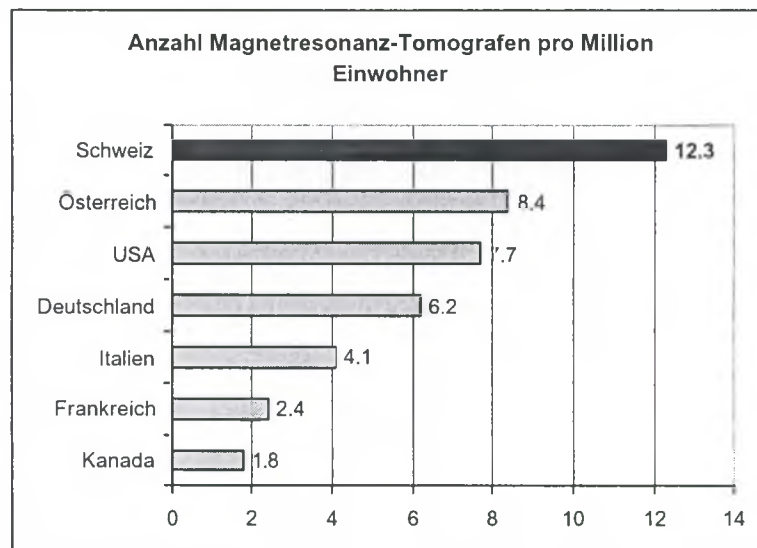


Quelle: Santésuisse, FMH

8. Besonders die Spitzenmedizin ist schlecht geplant und kostet unnötig viel

Spitzenmedizin kann Leben retten. Sie soll in der reichen Schweiz allen zur Verfügung stehen, die es nötig haben. Dafür ist die Krankenversicherung da. Aber viele Leistungen der Spitzenmedizin sind schlecht geplant, und viele technologische Errungenschaften werden unnützerweise eingesetzt. Dies treibt die Kosten in die Höhe.

In den achtziger Jahren rüsteten die Schweizer Kliniken mit Computer-Tomografen auf, in den neunziger Jahren schafften sich die praktisch gleichen Praxen und Kliniken viel zu viele Magnetresonanz-Tomografen (MRI) an. 1999 waren in der Schweiz schon über 100 MRI installiert, davon 19 im Kanton Zürich. Kauf und Installation kosten zwei bis drei Millionen Franken, und jedes Jahr fallen Hunderttausende von Franken an Betriebskosten pro MRI-Gerät an. Oft würden ein herkömmliches Röntgenbild oder ein Ultraschallapparat genügen – aber weil der Tomograf amortisiert werden muss, setzt ihn die Klinik oder der Facharzt so oft wie möglich ein und verrechnet dies natürlich auch. Die Untersuchung kostet dann ein Mehrfaches.



Quelle: OECD. Der OECD-Vergleich von 1998 ist für die Schweiz schon überholt: heute sind es 14.5 bis 15 Tomografen pro Million Einwohner

Aus Prestige- und Gewinngründen werden auch viele spitzenmedizinische Zentren unnötigerweise aufgebaut. Alle Fachleute sagen, dass zwei Transplantationszentren genug wären, vor allem für die aufwendigsten Eingriffe (Leber, Herz-Lunge). Medizinisch wäre das auch sinnvoll, weil die Operationsteams so die notwendige Routine für diese heiklen Eingriffe erwerben können. Aber die grossen Spitäler und Privatkliniken führen einen sinnlosen Wettbewerb durch und bauen für Millionen von Franken Operationsinfrastrukturen auf: jedes Spital will alles machen. Damit steigen die Kosten und auch das Risiko für die Patientinnen und Patienten.

Wir bezahlen es. So kann es nicht weiter gehen: Spitzenmedizin muss planbar werden.

2 Transplantationszentren sind genug. Die Schweiz leistet sich 7!

Vor allem die kompliziertesten Eingriffe wie Herz- und Lebertransplantationen müssten in zwei Zentren konzentriert werden.

Leber: Bern, Basel, Genf, Lausanne und Zürich

Herz: Bern, Genf, Lausanne, Zürich

Andere Transplantationen: Bern, Basel, Genf, Lausanne, Zürich, Lugano, St. Gallen.

9. Die Pharma-Industrie verteuert die Medikamente

Die Pharmaindustrie lebt davon, das wir immer mehr und immer teurere Medikamente konsumieren. Sie erwartet für die nächsten fünf Jahre jedes Jahr eine Wachstumsrate von über 8 Prozent. Dafür setzen sie alle möglichen Marketingtricks ein.

Die Pharmakonzerne ziehen gezielt jene Arzneien zurück, die lange so erfolgreich waren, dass sie jetzt billig geworden sind. Dafür wirft sie neue Medikamente auf den Markt, die gleich wirken, dafür aber das Zehn-, Zwanzig- oder Fünzigfache kosten.

Reich werden auf dem Buckel von KrebspatientInnen

z.B. Eticyclin, ein Östrogenderivat, war ein wirksames und gut verträgliches Medikament bei Tumoren wie Prostatakrebs, das die PatientInnen einfach regelmässig schlucken konnten. Nun wurden die sehr preisgünstigen Eticyclin-Tabletten aus dem Markt gezogen. Jetzt müssen KrebsärztInnen mit Spritzen die Hormonproduktion unterdrücken oder sog. „anti-männliche“ Hormontabletten verabreichen – beides kostet rund 50mal mehr als Eticyclin!

Die Medikamentenmultis halten ihre Gewinne mit anderen fragwürdigen Mitteln hoch: Sie vergrössern zum Beispiel die Medikamentenpackungen, so dass die Anschaffung viel teurer wird und der Abfallberg nicht genutzter Medikamente wächst!

z.B: *Sortis gegen zu hohen Cholesterinspiegel kostet neu in jeder Packungsgrösse (10, 20, 40 mg) gleich viel. Für die kleinste Packung sind dies 50 % Preisaufschlag. Die Hälfte der verkauften Packungen erhielten bisher 10 mg. Sortis ist jenes Medikament, das am drittmeisten verkauft wird: Beim Jahresumsatz von knapp 44 Millionen Franken bringt allein dieser Aufschlag jährlich 5-10 Millionen Franken Mehrkosten für das Gesundheitswesen.*

Die Konzerne praktizieren in der Schweiz auch viel höhere Verkaufspreise als in vergleichbaren Nachbarländern, teils mehr als doppelt so hohe. Solange Parallelimporte – also Importe, die nicht über einen offiziellen Generalimporteur laufen – nicht erlaubt sind, bezahlen wir für die gleichen Pillen einen viel zu hohen, nicht gerechtfertigten Preis.

z.B: *VOLTAREN EMULGEL (gegen rheumatische Beschwerden und Muskelschmerzen) und das Histamin ZANTIC kosten in Deutschland weniger als halb so viel wie in der Schweiz.*

Auch andere bekannte Medikamente wie das Asthmamittel Pulmicort, das Schmerzmittel Ponstan oder das Blutverdünnungsmittel Zocor kosten in der Schweiz 25 bis 75 % mehr als in Deutschland. (Preise 2001)

Es ginge auch anders: Frankreich lanciert ein neues Programm zur Kostendämmung im Gesundheitswesen. Der Gesundheitsminister und Arzt Jean-François Mattei hat griffige Massnahmen angekündigt:

- 650 Medikamente, deren Wirkung als ungenügend erachtet wird, sollen nicht mehr kassenpflichtig sein.
- Um den Gebrauch von Generika zu fördern, soll pro Medikament eine Pauschale statt des Höchstpreises für Markenmedikamente zurückerstattet werden.

(Quelle: Hebdo, 24.12.2002)

10. Die Pharmaindustrie verhindert, dass günstige Generika eingesetzt werden.

Sobald der Patentschutz eines Medikaments abläuft, darf dieses unter anderem Namen auch von anderen Unternehmen günstiger als sogenanntes „Generikum“ produziert werden. Generika könnten in der Schweiz bis zu 27 Prozent der Medikamente ohne Patentschutz ersetzen. Aber sie haben in der Schweiz nur vier statt der möglichen zwölf Prozent Anteil am gesamten Medikamentenmarkt.

Die Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer möchte mehr Generika einsetzen. Müssen wirklich Patientinnen und Patienten beim Arztbesuch und in der Apotheke auf ein billigeres Medikament pochen?

Die Pharmaindustrie sichert sich ihre Märkte: Sie gibt Spitälern saftige Rabatte, denn wer sich im Spital an ein Medikament gewöhnt, wird zu Hause das Gleiche nehmen. Spitäler setzen denn auch zu 99 Prozent Markenmedikamente ein.

Auch die Ärzte werden von den Chemiekonzernen mit Gratismustern, Geschenken, Einladungen zu Kongressen im Ausland und regelmässigen Vertreterbesuchern geködert, damit sie möglichst die Markenmedikamente verschreiben.

Besonders gern zur teureren Version greifen selbstdispensierende DoktorInnen, die Medikamente selbst verkaufen. Stark gestiegen sind hier vor allem die Ausgaben für kassenpflichtige Medikamente und somit die Krankenkassenkosten.

Z.B: ANTRA MUPS gegen Magengeschwüre ist mit 76 Millionen Franken Umsatz das meistverkaufte Medikament in der Schweiz. Laut einer deutschen Studie täten es für viele Anwendungen Generika, die 40 % weniger kosten. Der Patentschutz für Antra Mups läuft dieses Jahr ab!

***Z.B: 100 Valium zu 10 mg kosten Fr. 36.90
100 Paceum zu 10 mg kosten Fr. 27.50***

***12 Kapseln Ponstan kosten Fr. 9.40
10 Kapseln Mephador kosten Fr. 3.50***

Auch bei rezeptfreien (aber kassenpflichtigen) Medikamenten lohnt sich der Vergleich:

***Z.B: Betadine-Gurgellösung, 120 ml, kostet Fr. 11.05
Jodoplex-Gurgellösung, 120 ml, kostet Fr. 5.65***

***Z.B: 20 Dramamine-Tabletten kosten Fr. 12.90
20 Antemin-Tabletten kosten Fr. 3.90***

***Z.B: Zovirax Lip Salbe, 2g, kostet Fr. 22.30
Acivir Crème, 2g, kostet Fr. 13.90***

|

Quelle: Thomas Voltz: Generikaführer für die Schweiz 2002
Siehe auch: www.pro-generika.ch; www.generika.cc

11. Die Versicherungskonzerne bereichern sich auf dem Buckel der Versicherten

Mächtige Prämienmultis wie Helsana, CSS, Concordia und Groupe Mutuel haben nicht mehr viel gemein mit den lokalen Krankenkassen, welche sich um die bestmögliche Behandlung bei sparsamem Einsatz ihrer Gelder kümmern. Die grossen Kassen zahlen ihren Managern Spitzenlöhne, investieren Dutzende von Millionen in protzige Verwaltungsgebäude und in teure Werbekampagnen, nur um anderen Kassen die „guten Risiken“ abzujagen.

Diese Kassenkonzerne klagen gerne über die Ausweitung der Leistungen. Sie möchten sich um die Bezahlung sinnvoller Leistungen drücken, etwa der Pflegekosten in den Heimen, der Spitex oder längeren Physiotherapien, welche die Versicherten oft am besten wieder auf die Beine bringen.

Sie wollen die freie Arzt- und Spitalwahl eindämmen, um selbst zu entscheiden, wo wir uns behandeln lassen dürfen. Verbal heisst es, man wolle Kosten senken, um für uns Versicherte Prämien zu sparen! Ziel aber ist, Leistungen aus der Grundversicherung auszuschliessen, damit wieder mehr Leute Zusatzversicherungen abschliessen. In diesem Bereich sind die Versicherer nämlich frei zu entscheiden, wie hohe Prämien sie verlangen wollen und wen wie überhaupt aufnehmen. .

Die Konzerne packen dabei Kranke hart an: Wer mit der Prämienzahlung nur wenige Tage im Verzug ist, dem drohen sie mit Rauswurf aus der Zusatzversicherung. Ihrerseits lassen sie sich aber oft monatelang Zeit, den Versicherten die Arztrechnungen zurückzubezahlen, welche diese direkt bezahlen mussten.

Es ist kein Zufall, dass an der Spitze des Krankenkassenverbands Santésuisse mit Christoffel Brändli ein Politiker der Staatsabbauer-Partei SVP steht. Die Versicherer schrecken auch nicht davor zurück, Drogensüchtige als schwarze Schafe hinzustellen und versuchen, Leistungen für sie aus der Grundversicherung zu kippen. Asylsuchende wollen sie gar ganz aus ihren Kassen ausschliessen.

Gewinnstreben im Gesundheitssektor ist lebensgefährlich!

z.B. Wer verspätet zahlt, bekommt keine Medikamente mehr: Helsana hat eine Chipkarte eingeführt, auf der ersichtlich ist, wenn jemand seine Prämie noch nicht bezahlt hat. Diese Leute können in der Apotheke teils keine Medikamente mehr kaufen. Für manche Kranken, z.B. Diabetiker, die auf Insulin angewiesen sind, kann dies schnell zu lebensbedrohlichen Situationen führen.

Quelle: WoZ, 19.12.2002

z.B. Das Todesfallrisiko in gewinnorientierten Kliniken ist um 2 % höher als in gemeinnützigen Spitälern. Dies geht aus einer US-Studie* hervor, die 26'000 Privatspitäler vergleicht - die einen gewinnorientiert, die anderen gemeinnützig. Das zusätzliche Todesfallrisiko in einem gewinnorientierten Spital entspricht etwa jenem, durch Darmkrebs, Selbstmord oder einen Verkehrsunfall zu sterben!

Quelle: BMJ 324, 8.6.2002, S. 1351

12. Die Kantone arbeiten gegeneinander statt miteinander

26 Kantone planen ihre Spitäler. Schlimmer noch: Hunderte von Bezirken und Ämtern verhindern die Zusammenarbeit mit der Nachbarregion. Die PatientInnen sollen ihr Spital „vor der Haustür“ haben. Dies geschieht aber oft zu ihrem Nachteil. Der Kantönl- und Dörflegeist verhindert immer wieder sinnvolle Modelle der Zusammenarbeit von Spitalern, die nur wenige Kilometer voneinander entfernt liegen. Damit werden teure Überkapazitäten aufrechterhalten. So lieferten sich die Medizinprofessoren der Universitätsspitäler Lausanne und Genf lange einen ruinösen Wettbewerb und beginnen erst nach und nach mit der Zusammenarbeit.

z.B. Hier fehlt die sinnvolle Zusammenarbeit über Kantonsgrenzen hinweg: Olten (SO) sollte mit Aarau (AG) zusammenarbeiten, Limmattal (ZH) mit Baden (AG), Grenchen (SO) mit Biel (BE) und Solothurn, Dornach (SO) mit dem Bruderholz (BS) und Patienten aus dem Hinterthurgau sollten statt in Frauenfeld (TG) in Wil (SG) behandelt werden können.

z.B. Die Direktionen der beiden Oberwalliser Spitäler in Brig und Visp verhindern in einem zermürbenden Kleinkrieg eine vernünftige Aufgabenteilung. Dabei reisen Patientinnen und Patienten ohne Rücksicht auf die Geografie seit jeher in jenes Spital, das sie für eine bestimmte Behandlung besser finden.

Die Kantonalisierung des Gesundheitswesens führt zu zahlreichen Doppelspurigkeiten, die uns Milliarden kosten. Und dazu wird das Ganze noch schwerfällig und bürokratisch: Es ist heute schwieriger für einen Freiburger Patienten, sich in Bern behandeln zu lassen, als für einen EU-Patienten, der in Lissabon lebt, sich in einem Spitzenzentrum in Helsinki behandeln zu lassen.

z.B. Wenn der Staat Druck macht, geht es auch anders: Die Kantone Waadt und Wallis erklärten den Spitalern Monthey (VS) und Aigle (VD): fusionieren oder schliessen. Ein Jahr später funktionierte das erste überkantonale Spital, mittelfristig werden die vier Spitäler zwischen Vevey und Monthey zu einem einzigen zusammengelegt. Der Kanton Wallis schlägt den Gemeinden vor, ihren Kostenanteil der Spitäler zu übernehmen, um seine Planung besser durchsetzen zu können.

In Payerne (VD) und Estavayer (FR) ist das gemeinsame Broye-Spital entstanden.

Bei der Spitalgruppenbildung geht der Kanton Bern am konsequentesten vor.

Freiburg, Waadt, Wallis, Neuenburg, Jura u.a. legen die Aufgaben der Regionalspitäler neu fest, mehrere Akutspitäler wurden geschlossen, fusioniert oder erhalten neue Aufgaben, z.B. in der Rehabilitation. Dabei gehen sie mit unterschiedlicher Entschlossenheit voran...

z.B.

POSITIV: Der Kanton Aargau führt im Spitalbereich eine konsequente Planungspolitik durch. 1994 hat er beschlossen, keine Herzchirurgie einzuführen, sondern dafür mit anderen Spitalern Verträge abzuschliessen. Dies gilt auch für andere Bereiche mit teuren Spezialbehandlungen. Er hat aber auch Luzern zugesichert, neurochirurgische Behandlungen in Aarau durchführen zu können.

Auf Druck des Kantons legen auch die Regionalspitäler einzelne Bereiche und vor allem die Administration zusammen.

NEGATIV: Die FDP-Gesundheitsdirektion des Aargau schloss bei der Herzchirurgie extrem teure Zusammenarbeitsverträge ab, zum Beispiel mit der Privatklinikgruppe Hirslanden statt dem günstigen Berner Inselspital.

B Gut für Ihre Gesundheit!

Hauptargumente zugunsten der Initiative

13. Die Initiative senkt die Prämien für die meisten Versicherten, Superreiche zahlen mehr

Mit dem geltenden unsozialen Kopfprämiensystem müssen die Verkäuferin und der Hilfsarbeiter gleich hohe Prämien wie der Milliardär bezahlen. Auch das Verbilligungssystem für Leute mit niedrigen Einkommen hat dieses Problem nicht gelöst – insbesondere die Familien mit einem mittleren Einkommen sind überaus stark belastet.

Die Gesundheits-Initiative führt endlich eine einkommensabhängige Finanzierung der Krankenversicherung ein, wie sie alle anderen Länder Europas kennen.

Dadurch sinken die Prämien für fast 80 Prozent der Versicherten:

- **Alleinstehende Erwachsene werden bis zu einem steuerbaren Einkommen von rund 75'000 Franken entlastet, was einem Netto-Jahreslohn von rund 90'000 bis 100'000 Franken entspricht (Vermögen max. 1 Million Franken).**
- **Eine Familie mit zwei Kindern bis zu einem steuerbaren Einkommen von 190'000 Franken zahlt weniger als heute (Vermögen max. 1 Million Franken) (siehe Tabelle unter Punkt 14.).**
- **Multimillionäre zahlen mehr als heute – wie überall in Europa.**

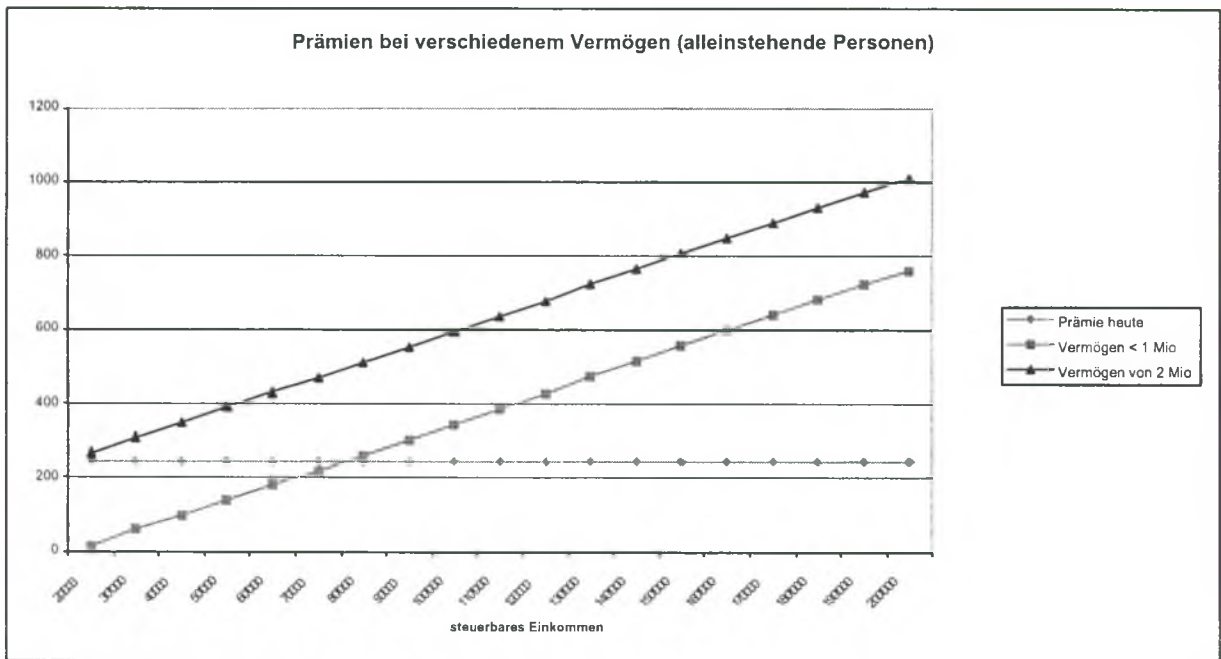
Die Initiative sorgt endlich für eine soziale Finanzierung der Krankenversicherung. Dies wollen auch die meisten Leute in der Schweiz: In Umfragen sagen 72 Prozent, sie möchten für die Grundversicherung einkommensabhängige Prämien. 49 Prozent befürworten einkommensabhängige Franchisen.

Die Initiative schlägt vor, mindestens die Hälfte der Krankenversicherungskosten über Prämien zu finanzieren, die nach Einkommen und Vermögen abgestuft sind. Dabei gilt ein Freibetrag von 20'000 Franken für das Einkommen und von 1 Million Franken für das Vermögen.

Höchstens die Hälfte, nach Vorschlag der Initianten ein Viertel, würde über zusätzliche Mehrwertsteuerprozente finanziert (Details siehe Seite 18). Damit das Parlament nicht unnötig hohe Mehrwertsteuerbelastungen vornimmt, sieht die Initiative hierzu ein Referendumsrecht vor.

Heute: gleich hohe Kopfprämie für Arm und Reich.

Morgen: Nach Einkommen und Vermögen abgestufte Prämie (Zahlen 2002).



14. Die Initiative hilft den Familien

Eine Familie mit zwei Kindern zahlt heute in der Schweiz durchschnittlich allein für die Grundversicherung 676 Franken Prämien im Monat (Prämien 2003). Für Arme und Reiche sind die Prämien gleich hoch.

Grosse Familien erhalten keine besonderen Prämienrabatte. Der Nationalrat hat im Dezember 2002 gar eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes abgelehnt, welche wenigstens Familien mit zwei und mehr Kindern etwas entlasten wollte.

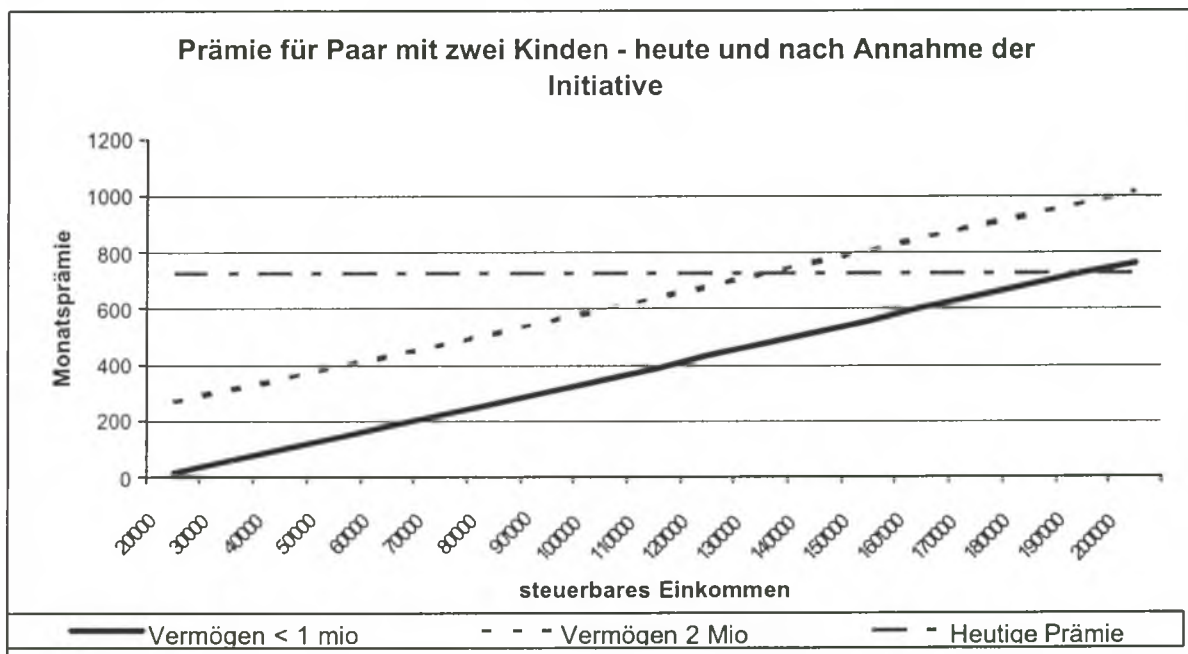
Auch die geltende Form der Prämienverbilligung hilft den besonders betroffenen Familien des Mittelstands nicht genug.

Die Gesundheitsinitiative entlastet besonders die Familien.

Sie schafft insbesondere die Kinderprämie ab. Kinder sind einfach in der Prämie der Eltern mitversichert. Dieses System gilt in vielen anderen Ländern und hat sich dort bewährt. Der Initiativtext schreibt vor, dass nur jene Personen Prämien bezahlen, die über ein steuerbares Einkommen und Vermögen verfügen, was somit Kinder bis zum Ende ihrer Ausbildung ausschliesst.

Die Initiative senkt auch die Gesundheitsausgaben für Erwachsene mit kleinen und mittleren Einkommen.

Die Gesundheitsinitiative ist ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Familien. Sie entlastet genau dort, wo viele Eltern heute finanziell am Verzweifeln sind: bei den Krankenkassenprämien.



Heute: Durchschnittsprämie Schweiz 2002, 2 Erwachsene, 2 Kinder (dav. 1 > 18 Jahre), Fr. 725.--/Monat

Morgen: 4.3 % Prämie auf dem steuerbaren Einkommen und Zusatzausgaben für MWST (detaillierte Zahlen: siehe Tabelle im Anhang, Ziffer 42).

15. Die Initiative bringt ein gerechtes und ausgewogenes Finanzierungssystem

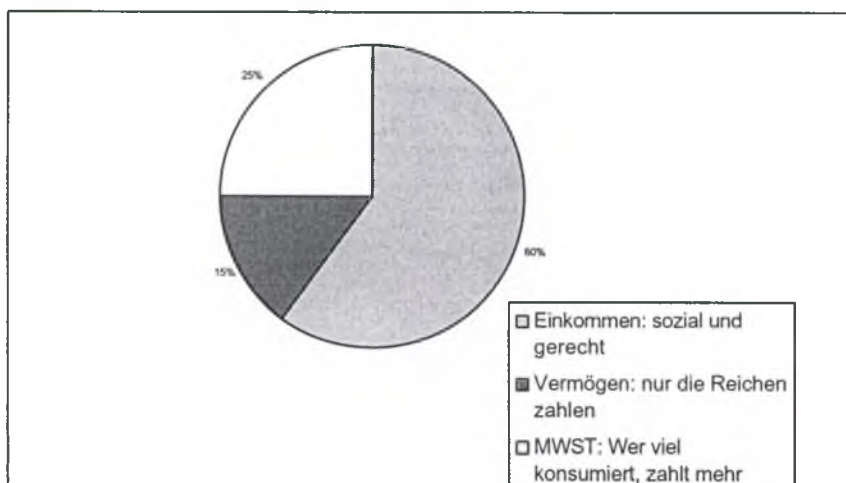
Das Initiativkomitee schlägt ein Finanzierungssystem vor, das die Prämien von fast vier Fünfteln der Versicherten senkt und gleichzeitig ausgewogen und realistisch ist:

1. Im Gegensatz zur Halsabschneiderei mit den Kopfprämien trägt die **einkommensabhängige Prämie** der Finanzkraft jeder Familie Rechnung. Es gilt ein **Freibetrag von 20'000 Franken** für Kleinsteinkommen. Ab 20'000 Franken wäre eine Prämie von **4.3 Prozent des steuerbaren Einkommens** zu bezahlen. Also bei einem Haushaltseinkommen von 50'000 Franken nur 107 Franken pro Monat für die ganze Familie!
2. Für den vermögensabhängigen Teil der Prämie gilt ein **Freibetrag von 1 Million Franken**: Die wirklich Reichen werden mit **3 Vermögenspromillen** belastet. Die Durchschnittsfamilie, die ihr Heim im Wert von bis zu einer Million Franken besitzt oder Kleingewerbler zahlen also nichts. Ein Vermögen von 2 Millionen Franken ergibt eine Monatsprämie von 250 Franken.
3. Der kleinere Teil der Kosten wird über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer (**MWST**) von **1.5 Prozent** finanziert. Auch dies ist wesentlich sozialer als der Einheitsbetrag der Kopfprämie: Wer mit dem Geld haushalten muss, gibt einen grossen Anteil für Lebensmittel mit 2.4 Prozent MWST aus. Es sind vor allem die Gutverdienenden, die sich viele Konsumgüter leisten, auf denen 7.6 % MWST erhoben wird, und die somit die MWST-Kassen füllen. Der tiefere Satz von heute 2.4 % (Nahrungsmittel, Bücher) würde **nur um 0.4 %** erhöht.

Die Initiative schreibt vor, dass mindestens die Hälfte der Krankenversicherung über einkommens- und vermögensabhängige Prämien zu finanzieren ist, und der Rest über die Mehrwertsteuer. Das Initiativkomitee schlägt vor, **nur einen Viertel der Kosten über die Mehrwertsteuer** hereinzubringen.

Heute: Verkäuferin wie Milliardäre zahlen zu 100 % die gleiche Kopfprämie für ihre Grundversicherung.

Morgen: Die Prämienkosten werden einkommens- und vermögensabhängig und zu einem kleineren Teil über die MWST erhoben.

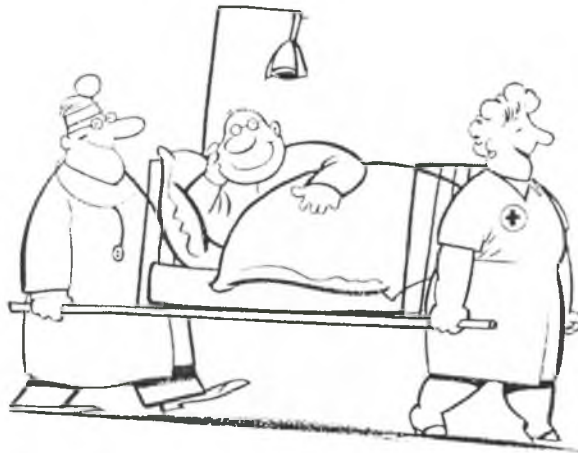


16. Die Initiative garantiert eine gutes Grundangebot für alle

Die Krankenkassen versuchen heute mit allen Mitteln, die Kosten einzudämmen. Sie wollen in erster Linie bestimmte Leistungen aus dem Katalog der Grundversicherung streichen: Immer mehr Kosten würden von der Versicherung nicht mehr übernommen. Sie wollen zum Beispiel bei der Spitex, bei der Bezahlung von Physiotherapien und bei der Krankenpflege in Pflegeheimen sparen. Nur Besserverdienende können sich aber jene Zusatzversicherungen leisten, die solche Angebote wieder beeinhaltet.

Die Initiative kontrolliert die Kosten und senkt die Prämienlast für die meisten Versicherten, die nötigen Einnahmen für die Versicherungen aber bleiben garantiert.

Deshalb hätten die Krankenversicherungen nach Annahme der Initiative keinen Grund mehr, ein gutes Angebot in der Grundversicherung zusammenzustreichen.



17. Die Initiative verhindert die Zweiklassenmedizin

Die Gesundheitskosten werden tendenziell weiter steigen, einerseits wegen der demografischen Entwicklung, einem höheren Anteil von Chronischkranken, andererseits wegen neuer technologischer Entwicklungen und neuen Behandlungsmethoden.

Wir müssen dafür sorgen, dass eine gute Versorgung für alle sichergestellt ist. Aber wir müssen vermeiden, dass unnötige Leistungen die Kosten weiter explodieren lassen, ohne dass es dadurch jemandem gesundheitlich besser geht. Und es ist vor allem nötig, das Finanzierungssystem zu ändern, das die Prämien doppelt so stark ansteigen lässt wie die Kosten.

Bereits jetzt besteht die Tendenz, bestimmte medizinische Leistungen zum Beispiel für Betagte zu reduzieren. Im Operationssaal herrscht faktisch ein Zweiklassensystem zwischen Grundversicherten und Zusatzversicherten. Auch Sparmassnahmen der Kantone in den Spitälern haben konkrete Auswirkungen. Sie führten beispielsweise dazu, dass im Universitätsspital Zürich Strahlentherapien wochenlang aufgeschoben werden mussten, weil zwar die teure Infrastruktur da war, aber nicht genügend Personal.

z.B. Der SVP-Gesundheitsdirektor des Kantons Basel-Land schaffte das alte Recht ab, dass sich Patientinnen mit Grundversicherung auch in den privaten Spitälern in Basel-Stadt behandeln lassen konnten wie Zusatzversicherte. Nun müssen die Spitäler von Basel-Land alle diese Behandlungen durchführen, was massive Kosten für Ausbaumassnahmen bringt.

Auch die Idee von bürgerlicher Seite, die Mindestfranchise nochmals zu erhöhen, ist gefährlich, denn sie zwingt die Leute mit den schwächsten Einkommen, bei der Gesundheit zu sparen – während Reiche mit hohen Franchisen Prämien sparen können. Dieser Weg führt direkt in die Zweiklassenmedizin. Er beeinträchtigt den Gesundheitszustand ärmerer Leute, was langfristig zu höheren Kosten führt: Ärztinnen erwähnen immer wieder Mehrkosten, weil PatientInnen zu spät zu ihnen kommen, was oft langwierige und kostspieligere Behandlungen notwendig macht. Nur eine einkommens- und vermögensabhängige Finanzierung verhindert die Entwicklung der Zweiklassenmedizin. Und nur eine bessere Planung und Überwachung hilft dort Kosten zu sparen, wo es möglich und sinnvoll ist.



18. Die Initiative stabilisiert die Gesundheitskosten

Es ist wichtig, dass die Kosten nicht unnötigerweise weiter steigen. Das wird mit der Annahme der Initiative erreicht: Der Bund kann medizinische Leistungen endlich planen, koordinieren und überwachen. Die Initiative sieht dafür vier Bereiche vor.

1. **Die Spitzenmedizin wird auf Bundesebene geplant.** Damit kann der Bund kostspielige Doppelspurigkeiten wie den Aufbau mehrerer Transplantationszentren ausmerzen. Er hat endlich auch ein Instrument, um reine Prestigeinvestitionen in teure Apparate zu vermeiden.
2. **Die Gesundheitsplanungen in den Kantonen werden koordiniert,** um das jetzige Durcheinander zu vermeiden. Die Kantone sind gehalten, nicht nur für sich selbst zu planen, sondern sich mit den Nachbarn abzusprechen. Die Kantone sind weiterhin für die Planung verantwortlich, aber wenn sie nicht handeln, kann der Bund eingreifen.
3. **Die Preise und die Qualität aller Leistungen werden endlich kontrolliert.** Die Initiative gibt dem Bund unter anderem eine griffige Handhabe, um auch die Medikamentenpreise zu kontrollieren und wirkungslose Medikamente aus der Kassenpflicht zu nehmen.
4. **Bei übermässigen Kostensteigerungen** aufgrund von Mengenausweitungen kann der Bund **zusätzliche Massnahmen** ergreifen. Dank der Initiative kann der Bund direkter handeln, wenn zu viel Leistungen angeboten und bezogen werden. Er kann dabei nach Sparten und nach Regionen handeln. Er kann zum Beispiel in bestimmten Regionen einige Spezialarztkä-

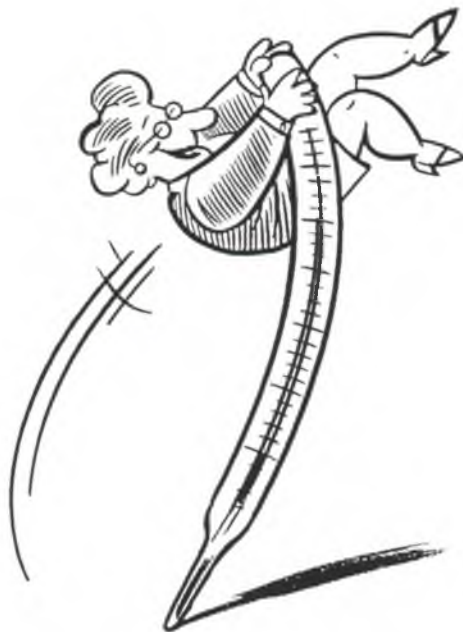
tegorien nicht mehr zulassen, oder er kann bestimmen, dass mit Globalbudgets ein Kostendach gesetzt wird.

19. Die Initiative bringt Verbesserungen im Gesundheitssystem

Unser Gesundheitssystem kostet heute gut 43 Milliarden Franken im Jahr. Mit einer besseren Planung, wie sie die Initiative bringt, können wir aber mittelfristig jährlich vier bis sechs Milliarden sparen – dies allein, indem unnötige Operationen, Untersuchungen, Medikamente und weitere Behandlungen vermieden werden.

Damit ständen Mittel zur Verfügung, um jene Bereiche auszubauen, die für das Wohlbefinden der PatientInnen viel bringen, aber teils noch fehlen oder ungenügend angeboten werden: zum Beispiel die Spitex-Dienste, Hilfe für die Betreuung von Sterbenden zu Hause, der Ausbau ambulanter psychotherapeutischer Zentren und vor allem auch Dienste der Arbeitsmedizin und der Gesundheitsvorsorge.

Das heutige Finanzierungssystem bremst solche sinnvollen Angebote, die auch die Spitäler entlasten, weil es einseitig der Subventionierung der Spitäler den Vorrang gibt. Wenn der Bund Kompetenzen für die Planung hat und wieder freie Mittel zur Verfügung stehen, kann er auch unser Gesundheitssystem effizient verbessern.



20. Dank der Initiative können die Kantone Spitex und Gesundheitsprävention fördern

Die Kantone werden dank der Initiative 1.1 Milliarden Franken freie Mittel zur Verfügung haben. Von diesen 1.1 Milliarden, die sie heute an die Prämienverbilligungen zahlen, bräuchten sie nur mehr einen kleinen Teil an Sozialhilfegeldern, um einkommensschwache Leute zu entlasten.

Die Initiative schreibt in den Übergangsbestimmungen vor, dass sie diese Gelder weiterhin dort für das Gesundheitswesen einsetzen müssen, wo Verbesserungen dringend nötig sind: Also in der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz, in der Gesundheitserziehung und vor allem bei den sehr gefragten, aber unterdotierten Spitex-Diensten, die so viele Spitalaufenthalte und Pflegeheimweisungen ersparen können.

21. Dank der Initiative können medizinische Fortschritte schnell genutzt werden

Das Gesundheitssystem ist nicht nur kostspielig, sondern auch erschreckend kompliziert und schwerfällig: Bund, Kantone und Krankenkassen, aber auch Spitalverbände oder die Ärzteschaft beeinflussen seine Entwicklung. Die Einführung sinnvoller Neuerungen verzögert sich oft um Jahre, wenn nicht Jahrzehnte, wie etwa die 15 Jahre Diskussion um den Arztarbitar Tarmed gezeigt hat. .

Es braucht eine Stelle, welche die Kompetenz hat, die nötigen Entscheidungen zu treffen. Die Gesundheitsinitiative ermöglicht, das medizinische Angebot so zu steuern, dass Patientinnen und Patienten auch innert nützlicher Frist von medizinischen Neuerungen und besseren Dienstleistungen profitieren können. Der Bund kann endlich nicht nur Prämien erhöhungen absegnen, sondern auch planen und koordinieren.

C Wie soll das funktionieren? Fragen und Antworten zur Initiative

22. Wieviel kostet meine Krankenversicherung, wenn die Initiative angenommen wird?

Mit der Tabelle auf der nächsten Seite können Sie auf einfache Weise Ihre zukünftigen Kosten für die Krankenversicherung ausrechnen.

Bereits heute können Sie Ihre aktuelle Krankenkassenprämie mit dem Beitrag vergleichen, den Sie nach Annahme der Initiative bezahlen müssten. Sie müssen dafür folgende Angaben bereithalten: heutige Prämie für die Grundversicherung, Ihr steuerbares Einkommen und Vermögen. Das Resultat, das Sie hier ausrechnen können, entspricht einem Schweizer Durchschnittswert. Es kann je nach Region und Kasse variieren. Die bereits heute existierenden Prämienverbilligungen konnten angesichts der grossen Unterschiede zwischen den Kantonen hier nicht berücksichtigt werden. Wenn Sie bereits heute in den Genuss einer Prämienverbilligung kommen, müssen sie unter „Heutige Monatsprämie“ die verbilligte Prämie einsetzen. Wenn Ihre Prämie stark verbilligt ist und Sie für die Prämie nach Annahme der Initiative einen höheren Wert erreichen, zählen Sie zu den Versicherten, die auch nach Annahme der Initiative in den Genuss einer Verbilligung kommen werden und können in das Feld « Differenz » den Wert null einsetzen.

So funktioniert die Prämienberechnung

(Formular zum Ausfüllen auf der nächsten Seite) :

1. Heutige Prämie (Feld A)

Tragen Sie hier Ihre heutige Monatsprämie für die obligatorische Krankenversicherung (Grundversicherung) ein. **Wichtig:** Die Initiative sieht Prämien pro Haushalt vor; tragen Sie deshalb hier **die Summe der Prämien aller Personen** ein, die gemäss Steuerklärung in Ihrem Haushalt leben.

2. Zukünftige Mehrwertsteuer-Mehrbelastung (Feld B)

Die monatliche Belastung durch die Mehrwertsteuer kann der nebenstehenden Tabelle entnommen werden. Die Beträge sind Mittelwerte, die je nach Haushalt und Konsumgewohnheiten leicht ändern können.

3. Prämienanteil auf steuerbares Einkommen/Vermögen (Feld EIF)

Ausschlaggebend sind das steuerbare Einkommen und Vermögen. Die Initiative sieht Abzüge für das Einkommen (20'000.-) und für das Vermögen (1 Mio. Fr.) vor.

Steuerbares Einkommen in Feld C eintragen, dann 20'000.- Franken abziehen und das Resultat mit 0,00358 multiplizieren. Das steuerbare Vermögen in Feld D eintragen und vorgehen wie beim Einkommen.

4. Zukünftige Krankenkassen-Prämie:

Feld B+E+F zusammenzählen, und ausrechnen (G-A), wie viel Sie im Monat und im Jahr sparen.

Mehrwertsteuer Zusätzliche Ausgaben

Steuerbares Jahres- einkommen	MWSt pro Monat (Fr.)
20'000	17
30'000	23
40'000	26
50'000	31
60'000	36
70'000	40
80'000	46
90'000	53
100'000	58
110'000	64
120'000	70
130'000	77
140'000	84
150'000	92
160'000	98
170'000	104
180'000	108
190'000	113
200'000	117

Tabelle siehe folgende Seite!

Wieviel sparen Sie nach Annahme der Initiative? Bitte ausrechnen!

HEUTE Monatsprämie Grundversicherung für die ganze Familie: **A**
 (falls Sie diese nicht zur Hand haben: Tabelle der Prämien pro Kanton im Anhang gibt einen Richtwert)

MORGEN Zusatzausgaben für Mehrwertsteuer (Tabelle) **B**

Steuerbares Einkommen **C**

Abzug laut Initiative: **- 20'000.-**

Wirksames Einkommen x 0,00358 = **E** Einkommensprämie

Steuerbares Vermögen **D**

Abzug laut Initiative: **- 1'000'000.-**

Wirksames Vermögen x 0,00025 = **F** Vermögensprämie

Monatliche Kosten nach Annahme der Initiative (B+E+F)= **G**

Monatliche Kosten (G) – Heutige Prämie (A): Kostendifferenz pro Monat:

Differenz x 12: Ersparnis pro Jahr

Beispiel: Familie, 2 Erwachsene, 2 Kinder 80'000 steuerbares Einkommen, wohnhaft in Biel

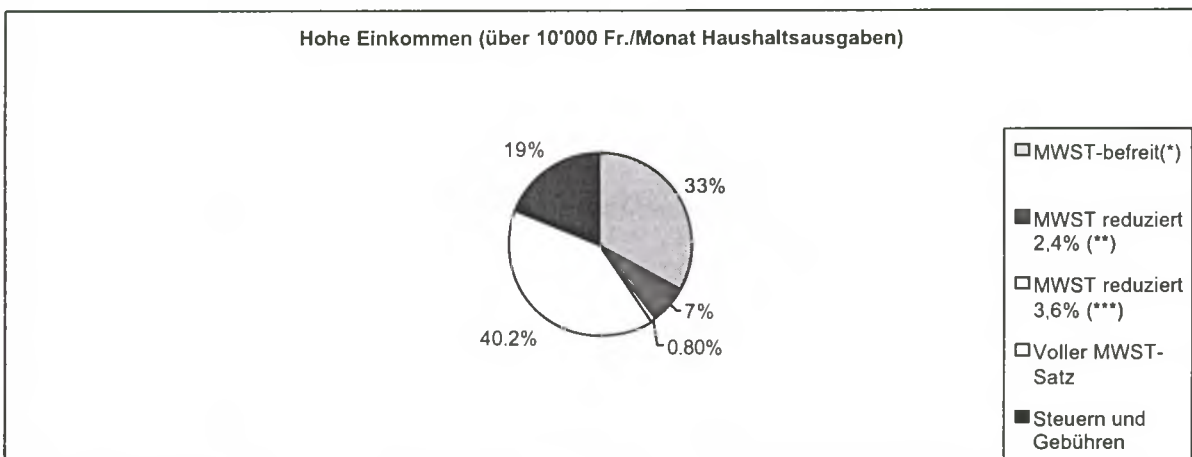
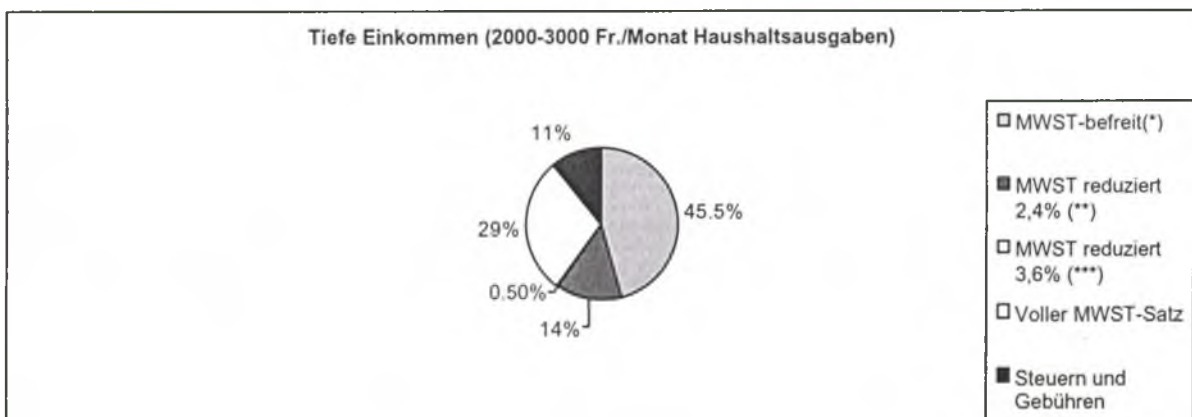
Heutige Monatsprämie (Berner Durchschnittsprämie für die ganze Familie):	658.-
Mehrausgaben für Mehrwertsteuer (B) laut Tabelle	36,-
Steuerbares Einkommen 80'000, minus 20'000 = Wirksames Einkommen 60'000 (x 0.00358) =	215.-
Vermögen 500'000 – 1 Mio Freibetrag = 0 (x 0,00025) =	0.-
Monatliche Kosten (G)	251.-
Differenz pro Monat: (A) 658 - (G) 251: 407 Franken, Ersparnis pro Jahr 407 x 12 =	4884.-

Falls Ihnen die Ausrechnung zu kompliziert ist, rufen Sie uns an (031 329 69 94) oder geben Sie uns Ihre Angaben per e-mail bekannt (info@gesundheit-sante.ch). Gerne berechnen wir Ihre zukünftige Prämie nach Annahme der Initiative.

Auf der Internetseite
www.gesundheit-sante.ch
 können Sie Ihre zukünftige Prämie automatisch berechnen

23. Warum Mehrwertsteuerprozent nehmen, wenn doch eine Finanzierung über direkte Steuern sozialer wäre?

Ob die Mehrwertsteuer (MWST) unsozial wirkt oder nicht, kommt in erster Linie darauf an, was man damit ersetzt. Wenn sie dazu dienen soll, die direkte Bundessteuer abzuschaffen, ist dies tatsächlich unsozial, weil damit die Reichen entlastet und die Kleinkonsumenten belastet würden. Wenn aber MWST-Prozente mithelfen, das ungerechte System der Kopfprämien abzuschaffen, haben sie einen sozialen Effekt. Sie entlasten dann nämlich niedrige und mittlere Einkommen, und zwar je nach heutiger Prämienlast Haushalte bis zu einem steuerbarem Einkommen von 190'000 Franken (in Verbindung mit einkommensbezogener Prämie), am meisten natürlich die tiefsten Einkommen. Wie ist das möglich? Alleinstehende und Gutverdienende konsumieren nicht gleich wie Familien und Leute mit bescheidenen Einkommen. Familien und Ärmere kaufen anteilmässig wesentlich mehr Lebensmittel, die zum tiefen MWST-Satz von 2.4 Prozent besteuert werden. Bei Gutbetuchten steigt der Anteil von Konsumgütern mit 7.6 MWST-Prozent: Autos, Möbel, Reisen, Restaurantbesuche. Wohlhabende Leute tragen also nicht nur absolut, sondern auch relativ zum Einkommen den grössten Teil zur Finanzierung per Mehrwertsteuer bei.



* Wohnen, Gesundheit, Versicherungen, Unterricht, Kultur; ** Nahrungsmittel, Bücher; *** Tourismus, Hotellerie

Quelle: errechnet von Rudolf Strahm aus der Einkommens- und Verbrauchserhebung (EVE 98) des Bundesamtes für Statistik

24. Warum die Planung zentralisieren, wo doch die Kantone für die Spitäler verantwortlich sind?

Heute plant jeder Kanton praktisch nur für sich selbst. Da ausserkantonale Behandlungen gesondert berappt werden, neigen die Kantone dazu, lieber eigene Überkapazitäten zu schaffen, um die Ausgaben im eigenen Kanton zu behalten.

Die Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen hinweg ist harzig angelaufen. Bisher fand vor allem ein Wettrennen statt, wer schneller mehr teure Prestigeangebote aufgebaut hat, die eigentlich gar nicht nötig wären.

Es ist unabdingbar, dass hier eine Stelle den Überblick bewahrt und eingreifen kann, wenn sinnlos kostspielige Investitionen getätigt werden. Dabei soll der Bund subsidiär handeln: Wenn die Kantone sich genügend koordinieren, braucht er nicht einzugreifen. Wenn die Zusammenarbeit aber verweigert wird, muss der Bund Druck ausüben können, damit bei den medizinischen Leistungen unnütze Doppelspurigkeiten vermieden werden.

25. Was sind „reale Vermögen“?

Weshalb sieht die Initiative einen Prämienanteil im Verhältnis zu den „realen“ und nicht zu den steuerbaren Vermögen vor?

Eigentlich sollten die steuerbaren Vermögen ja den realen, also den wirklich vorhandenen, entsprechen - und für die Durchschnittsbürgerinnen und -bürger tun sie dies auch.

Doch wenn sich Reiche entsprechend verschulden, schlüpfen sie durch Gesetzeslücken: Es gibt viele Millionäre, die 0 (null!) Franken Vermögen versteuern: Insbesondere Immobilienbesitz gibt mit dem Abzug von übermässigen Hypothekarschulden viele Gelegenheiten, die Versteuerung des realen Vermögens zu umgehen.

Auch reiche Ausländer, welche die Schweiz als Steuerparadies wählen, kommen oft mit einer mickrigen Pauschalsteuer davon.

Langfristig kommen die Steuerbehörden nicht darum herum, solche Schlupflöcher auch per Gesetz zu verstopfen. Die Gesundheitsinitiative trägt dem heute schon Rechnung.

In einer ersten Phase können die Kantone aber der Einfachheit halber auf die bisherigen Steuerwerte zurückgreifen, was zu einer jährlichen Belastung der steuerlichen Vermögen von 0,3% führt, wobei ein Freibetrag von 1 Million Franken abgezogen werden kann. Für eine steuerbares Vermögen von 2 Millionen Franken ergibt dies eine monatliche Vermögensprämie von 250.- Franken. Das kann sich ein Mehrfachmillionär problemlos leisten. In anderen europäischen Ländern würde er viel mehr zahlen.

26. Benachteiligt die Initiative nicht die Deutschschweiz?

Die Initiative sieht für die ganze Schweiz die gleichen Prämien vor. Man hört oft, Versicherte der deutschen Schweiz gingen mit medizinischen Leistungen sparsamer um. Würde die Westschweiz, die fast doppelt soviel Leistungen konsumiert, nicht auf völlig ungerechte Weise quasi noch belohnt?

Wer die Statistik anschaut, sieht tatsächlich besonders hohe Kosten in Genf und in der Waadt. Aber am meisten gibt Basel-Stadt pro Kopf für sein Gesundheitssystem aus. Der Graben verläuft nicht entlang der Sprachgrenze: Am stärksten belastet sind allgemein Kantone mit Universitäts-spitälern – vor allem Stadtkantone – und Kantone mit zahlreichen Privatkliniken und hoher Spezialarzdichte.

Die Initiative ermöglicht zudem in Artikel 34bis, Absatz 4 während einer Übergangsphase unterschiedliche Krankenversicherungsbeiträge nach Regionen. Eine ungerechte Belastung kann deshalb auf jeden Fall vermieden werden. Zudem sieht der Umsetzungsvorschlag des Initiativkomitees vor, dass der Satz, der auf den Einkommen erhoben wird, nach Kantonen differenziert werden kann (je nach Gesundheitskosten der jeweiligen Kantone).

Die von der Initiative vorgesehenen Kostendämpfungsmassnahmen werden vor allem dort greifen, wo die Spezialistendichte und deshalb die Kosten hoch sind. Längerfristig müssen diese Massnahmen, welche die Initiative in Artikel 34 bis, Absatz 5d fordert, zu einem besseren Ausgleich führen. Ein gewisser Trend in diese Richtung ist bereits heute zu beobachten – alle Westschweizer Kantone unternehmen insbesondere im Bereich Spitalplanung grosse Anstrengungen, die in einigen Jahren ihre Früchte tragen werden.

27. Warum steht im Text nichts von der versprochenen Streichung der Kinderprämien?

Tatsächlich steht das Wort „Kinderprämien“ nicht im Initiativtext. Aber Eltern müssen nach Annahme der Initiative für ihre Kinder keine Prämien mehr zahlen. Es sind dann nur jene Leute prämienspflichtig, die über ein steuerbares Einkommen oder Vermögen verfügen und deshalb einkommens- oder vermögensbezogene Prämien bezahlen müssten. Es gibt in der Schweiz kaum Kinder, die ein steuerbares Einkommen oder Vermögen haben. Kinder sind somit in den Beiträgen der Eltern schon einbegriffen. Diese Regelung entlastet auch völlig mittellose Erwachsene.



28. Wird die Abschaffung der Kinderprämien nicht zu Mehrbelastungen von armen Alleinstehenden zugunsten reicher Familien führen?

Das mag so aussehen, wenn man die Kinderprämie für sich alleine betrachtet. Aber in Wirklichkeit werden auch Alleinstehende mit kleinen und mittleren Einkommen von der Umstellung auf einkommensbezogene Prämien profitieren, während sehr reiche Eltern mit dem neuen System mehr zahlen müssen.

29. Die Initiative will massiv Kosten sparen. Werden damit nicht auch Arbeitsplätze gefährdet?

Ganz im Gegenteil! Die Initiative spart bei teuren Leistungen, wie der überrissenen Apparatemedizin oder dem unnützen Einkauf überteuerter Medikamente. Sie hilft, zu hohe Spitalkosten abzubauen. Mit diesen Einsparungen können dann Hauspflege und ambulante Therapien ausgebaut werden – in diesen Bereichen aber fallen bei gleichen Ausgaben mehr Personal- und weniger Materialkosten an als im Spital: Bei 1 Franken Ausgaben im ambulanten Bereich geht 1.2 mehr ans Personal als beim gleichen im Spital investierten Franken. Statt immer mehr Gebäude, Apparate und Bürokratie finanzieren die gleich hohen Ausgaben mehr helfende Hände.

D Das ist falsch! Antworten auf Gegenargumente

30. Es genügt, das Krankenversicherungsgesetz zu revidieren

Falsch: Die Revision ist gescheitert. Auf das Parlament können wir nicht zählen.

Die Hoffnung, die Revision der Krankenversicherung werde die Probleme lösen, hat sich im Dezember 2002 endgültig zerschlagen. Eine knappe bürgerliche Mehrheit im Nationalrat lehnte die KVG-Revision ab. In der Debatte war klar, dass das Parlament nicht einmal bereit ist, die Sozialziele des Bundesrats zu erfüllen: Dieser wollte die Prämien auf 8 % des steuerbaren Einkommens beschränken, der Nationalrat sah 10 bis 12 % vor, und den Rechtsbürgerlichen war am Schluss auch dies noch zu hoch.

Nicht einmal bei den Kinderprämien wollten die rechte Hälfte des Parlaments eine Geste machen: der Vorschlag, ab dem zweiten Kind die halbe und ab dem dritten die ganze Prämie zu streichen, ging im Nationalrat mit der Ablehnung der Vorlage in der Gesamtabstimmung ebenfalls bachab.

Selbst wenn der Ständerat und die Differenzbereinigung einzelne Elemente der KVG-Revision noch retten sollten, wurde klar: Vom Parlament ist keine Lösung zu erwarten. Das Parlament ist nicht bereit, das Kernproblem der Kopfprämien anzupacken und eine sozialere Finanzierung einzuführen.

Das Volk muss die Sache selbst an die Hand nehmen und entscheiden, wie es das Gesundheitssystem finanzieren will.

31. Die Initiative führt zur Einheitskasse

Falsch: Die Initiative führt nicht zur Einheitskasse, sie spricht sich aber auch nicht dagegen aus. Ihre Einführung wäre möglich, aber nicht zwingend.

Die Westschweizer Kantone haben die Idee einer Einheitskasse lanciert, um die extremen kantonalen Unterschiede auszumerzen. Diese sind heute eine der grössten Ungerechtigkeiten im Gesundheitssystem, da in manchen Westschweizer Kantonen die Mindestprämien fast doppelt so hoch sind wie in kleineren Deutschschweizer Kantonen: In Genf zahlen Erwachsene 390 Franken für die Grundversicherung, im Waadtland 339, in Appenzell-Innerhoden aber nur 174 und in Nidwalden 183 Franken. Auch die höheren Gesundheitskosten dieser Kantone vermögen den Prämienunterschied nicht genügend zu erklären.

Eine Einheitskasse könnte eine mögliche Lösung zur besseren Kostenplanung sein.

Die Gesundheitsinitiative führt diese Einheitskasse nicht ein, sie funktioniert im Prinzip mit dem System der bestehenden Krankenversicherer. Diese könnten bei gutem Wirtschaften sogar Gewinnanteile an ihre Versicherten ausschütten.

Die Anzahl der Krankenversicherer hat sich im letzten Jahrzehnt halbiert, die Tendenz geht in Richtung immer weniger und immer grösserer Versicherungskonzerne.

Die Initiative regelt, wie das Gesundheitswesen finanziert wird - nicht jedoch, wie viele Versicherer daran beteiligt sein sollen. Aber da der Bund neue Kompetenzen erhielte, könnte eine Ein-

heitskasse leichter eingeführt werden. Dank der Initiative ist eine optimale Planung auch in der Organisation der Krankenversicherungen möglich.

32. Die Initiative führt bei der Berücksichtigung der realen Vermögen zu extremen Umsetzungsschwierigkeiten

Falsch: Es reicht, die geltende Gesetzgebung anzuwenden und die realen Vermögen bei der anstehenden Steuerharmonisierung zu berücksichtigen

Für eine Übergangsfrist können problemlos die bisherigen steuerbaren Vermögen und damit einfach die bestehenden Steuerdaten herbeigezogen werden. Dies vermeidet jegliche Rechtsstreitigkeiten, wie sie der Bundesrat in seiner Botschaft prophezeite. Auch heute haben ja die Kantone die Möglichkeit, Steuereinschätzungen nicht aufgrund des deklarierten Vermögens, sondern aufgrund des offensichtlichen Lebensstandards vorzunehmen, und somit den realen Vermögen Rechnung zu tragen. Es wäre wünschbar, diese Möglichkeit öfter zu nutzen.

Mittelfristig sollen die Steuergesetze so revidiert werden, dass die realen Vermögen erhoben werden: Dies wäre im Rahmen einer allgemeinen Steuerharmonisierung zu lösen.

33. Die Initiative führt zu einer Kostenexplosion

Die Prämien werden über Steuern eingezogen und somit nicht mehr bewusst bezahlt, was gegen die notwendige Zurückhaltung beim Konsum medizinischer Leistungen wirkt.

Falsch: Die Initiative sorgt dafür, dass nur nötige und sinnvolle Leistungen angeboten werden, Gesundheit aber für alle bezahlbar bleibt.

Die Initiative sorgt dank ihrer sozialen Finanzierung dafür, dass sich alle Leute im Krankheitsfall die nötige Behandlung leisten können. Trotz kostentreibender Faktoren (demografische Entwicklung, neue Therapien) wird Gesundheit für alle bezahlbar, weil die Initiative Kostendämpfungsinstrumente einführt.

Im Gesundheitssektor konsumieren die Menschen nicht einfach ohne Not.

Studien zeigen zudem, dass höhere Kostenbeteiligungen der PatientInnen nicht zu einer Verringerung des Konsums medizinischer Leistungen führen.

Massive Beteiligungen, zum Beispiel hohe Franchisen, bewirken zwar tiefere Prämien – das gilt aber nur für die Gutbetuchten, die es sich überhaupt leisten können, ein gewisses finanzielles Risiko selbst zu tragen.

Die einzelnen Versicherten haben wenig Einfluss auf die Steuerung der Gesundheitskosten, entscheidend sind die Kompetenzen auf Anbieterseite (Ärzte, Spitäler) und auf Seiten der Versicherungen und des Staates.

Das Beispiel der Unfallversicherung beweist dies: Hier zahlen einzelne Versicherte gar nichts, oder die Prämien werden automatisch als Lohnprozente abgezogen. Die Heilungskosten steigen aber deutlich weniger stark als in der Krankenversicherung. Wenn die Versicherer direkt mit Spitälern und Ärzten abrechnen müssen, wenden sie also Kostendämpfungsinstrumente – vor allem Kontrollen – an, die in der Krankenversicherung schmerzhafterweise fehlen.

34. Die Initiative beinhaltet faktisch eine Reichtumssteuer.

Sie wird alle grossen Steuerzahler dazu verleiten, die Schweiz zu verlassen, was zu milliardenschweren Steuereinbussen führen wird.

Falsch: Im Ausland müssten diese Reichen für die Krankenversicherung viel mehr bezahlen!

Die Initiative verteilt die Kosten tatsächlich um. Statt Kopfprämien sieht sie Prämien vor, welche auf Einkommen und Vermögen abstellen. Damit werden diese gerechter verteilt. Während die Kopfprämie Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen schwer belastet, stellt sie für Reiche nur einen „Pappenstiel“ dar. Dieses unsoziale System korrigiert die Initiative. Doch selbst wenn Leute mit komfortablen oder sehr hohen Einkommen und Vermögen mehr bezahlen müssen als heute, bleibt ihre Belastung im internationalen Vergleich immer noch höchst moderat.

Ausserdem ist die gesamte steuerliche Belastung in den meisten EU-Staaten wesentlich höher als in der Schweiz: ein Abwanderung ist also keineswegs zu befürchten.

Zudem: Auf der ersten Million wird kein Rappen bezahlt. Das schont vor allem auch Leute mit kleinen Familienbetrieben.

Zudem: Zwei Drittel der geschätzten realen Vermögen in der Schweiz sind Immobilien. Diese können nicht ohne weiteres ins Ausland verschoben werden.

35. Die Initiative führt direkt in die Staatsmedizin. Der Wettbewerb wird eliminiert und das Gesundheitswesen damit teurer.

Falsch: Die Initiative verstaatlicht nichts. Und im Gesundheitssystem funktioniert der Wettbewerb sowieso nicht, wie das Beispiel USA zeigt.

Mit der Initiative wird keine einzige Ärztin oder kein Physiotherapeut mehr zu Staatsangestellten als heute. Privatkliniken werden nicht verstaatlicht, und auch die Krankenkassen nicht.

Im Gegenteil: Der Staat setzt zwar, wie fast überall in Europa, die Beiträge der Versicherten an die obligatorische Krankenversicherung fest. Eine gesunde Konkurrenz zwischen verschiedenen privaten Krankenkassen bleibt aber möglich. Wer gut wirtschaftet und günstige Verträge aushandelt, soll laut der Initiative einen Teil des Gewinns den Familien zurückerstatten. Diese Versicherungen wären dann auch attraktiver.

Im Gesundheitssystem ist eine Mischung aus staatlichen Leitlinien und teils privaten Anbietern die beste Lösung. Dies behält die Initiative bei.

Kein Land hat ein rein marktwirtschaftliches System im Gesundheitswesen, am ehesten noch die USA. Sie haben mit 13 Prozent des Bruttoinlandproduktes mit Abstand die weltweit höchsten Gesundheitskosten. Und ein Teil der Bevölkerung kann sich überhaupt keine Krankenversicherung leisten.

Ein reines Marktsystem funktioniert im Gesundheitswesen sowieso nicht, weil hier nicht die Nachfrage die Menge regelt, sondern die Anbieter: In einem nicht geregelten Gesundheitssystem besteht die Tendenz, dass vor allem Spezialärzte und Kliniken immer mehr Leistungen verschreiben und damit die Kosten in die Höhe treiben.

36. „Die in der Initiative vorgesehene eidgenössische Spitalplanung führt zur Planwirtschaft.“

Falsch: Der Bund greift ein, wenn es nötig ist, die Kantone sollen sich koordinieren.

Die Planwirtschaft haben wir im Spitalsektor ja eigentlich schon, auf kantonaler Ebene. Die Kantone unternehmen zwar einiges, tun sich aber mit der Koordination untereinander äusserst schwer. Da nur die Spitalplanung vorgesehen ist, werden Leistungen zudem einfach auf den ambulanten Bereich verschoben.

Es ist notwendig, die kantonalen Gesundheitsplanungen besser aufeinander abzustimmen und die ungerechten Unterschiede zwischen den Kantonen einzudämmen. Die Initiative sieht ausserdem vor, auch eine Planung im ambulanten Bereich einzuführen.

Die Kantone bleiben aber frei, selbst zu handeln. Erst wenn die Kosten massiv steigen und sie nichts unternehmen, soll der Bund eingreifen. Dies ist im Interesse der Versicherten nötig.

37. „Ein grosser Teil der Bevölkerung wird zusätzlich belastet“ (FDP) / „Der Mittelstand wird zusätzlich belastet“, (SVP)

Falsch: Das Gegenteil ist wahr. Je nach Ausführungsgesetz werden fast 80 % der Versicherten entlastet, nur die 20 % Reichsten werden mehr bezahlen müssen, und für die restlichen Versicherten ändert sich nichts

Entlastet werden mit der Initiative je nach Gesetzgebung fast oder mehr als 80 Prozent der Versicherten. Zusätzlich belastet werden demnach die reichsten 10 bis 15 Prozent, für die anderen bleiben die Kosten etwa gleich hoch.

Dazu ein Beispiel: Eine Familie mit 2 Kindern, mit einem steuerbaren Einkommen von 190'000 Franken und einem Vermögen von bis zu einer Million Franken würde mit der Initiative entlastet. Nur Familien mit einem Vermögen von über einer Million Franken müssten neu höhere Prämien bezahlen. **Fazit:** Die Aussage der FDP ist grundfalsch. Und diejenige der SVP zeigt, dass für Maurer & Co. der Mittelstand offenbar erst bei einem Einkommen von mehr als 200'000 Franken anfängt.

38. Die Initiative bewirkt eine Aufblähung der Bundesverwaltung

Falsch: Beim Bund und bei den Krankenkassen braucht es weniger Bürokratie

Heute muss die Bundesverwaltung alljährlich aufwändige Erhebungen zur Prämienberechnung für jeden einzelnen Kanton durchführen. Auch das Prämienverbilligungssystem muss mit jedem Kanton separat berechnet werden. Solche bürokratischen Übungen fallen ganz weg, so dass es trotz neuen, sinnvollen Planungskompetenzen des Bundes keinen Personalschub geben wird.

Sinken dürften auch die Verwaltungskosten der einzelnen Krankenversicherer, die wir heute teurer bezahlen, da das Prämiensystem vereinfacht und vereinheitlicht wird.

39. Die Initiative führt zu einer Mehrbelastung der kleinen Einkommen (Mehrwertsteuer)

Falsch: Die Initiative entlastet die kleinen Einkommen besser als das heutige Prämienverbilligungssystem.

Die Initiative entlastet die sehr niedrigen Einkommen weiterhin, weil ein Freibetrag von 20'000 Franken für die Prämien gilt. Haushalte mit besonders wenig Mitteln zahlen also gar keine Prämien, sondern hätten nur den Aufschlag auf der Mehrwertsteuer zu tragen.

Vollständig von den Prämien entlastet werden heute nur Leute, die Sozialhilfe beziehen. Sie haben selbstverständlich weiterhin Anrecht auf diese Unterstützung. Die Initiative verpflichtet die Kantone ausdrücklich, die Mittel für das Gesundheitswesen nicht zu kürzen. Sie sind also nach Annahme der Initiative weiterhin gehalten, den einkommensschwächsten Teil der Bevölkerung zu entlasten.

Dieses System ist weit gerechter als das heute geltende Prämienverbilligungssystem, das in jedem Kanton wieder anders angewandt wird und oft ganze Kategorien der Bevölkerung, z.B. Rentnerinnen und Rentner faktisch ausschliesst. Der Bundesrat räumt in seiner Botschaft ja selber ein, „dass die Prämienverbilligung das sozialpolitische Ziel nicht in allen Kantonen optimal erfüllt“.

Zudem steht in der Revision des Krankenversicherungsgesetzes allen Ernstes zur Diskussion, dass jeder Haushalt mindestens 2 Prozent des Einkommens an die Prämien zahlen müsse – es würde also niemand mehr vollständig entlastet. Hier verhindert die Initiative also, dass ausge-rechnet die Ärmsten noch zur Kasse gebeten werden.

E Anhang

40. Formelles: Initiativtext, Fristen

1.1. Wortlaut der Initiative

Am 9. Juni 1999 wurde von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (SPS) die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» eingereicht. Die Initiative ist in die Form des ausgearbeiteten Entwurfs gekleidet und lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt:

Art. 34 bis

1 Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

2 Die obligatorische Krankenversicherung erfolgt durch gemeinnützige Krankenversicherer. Sie garantiert allen Versicherten eine qualitativ hoch stehende, bedarfsgerechte und kostengünstige medizinische Versorgung.

3 Die obligatorische Krankenversicherung wird insbesondere finanziert aus:

a. zusätzlichen, zweckgebundenen Einnahmen aus der Mehrwertsteuer in gesetzlich festgelegtem Umfang;

b. in mindestens gleich hohem Umfang durch Beiträge der Versicherten; diese Beiträge werden im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten festgelegt.

4 Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person Beiträge aus den unter Absatz 3 genannten Mitteln. Dabei werden die unterschiedlichen Risiken der Versicherer ausgeglichen. Überschüsse werden den Versicherten zurückerstattet.

5 Bund und Kantone sorgen für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Der Bund trifft dazu insbesondere folgende Massnahmen:

a. Er regelt die Spitzenmedizin und koordiniert die Gesundheitsplanungen der Kantone.

b. Er bestimmt die Maximalpreise der in der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Einschluss der Medikamente.

c. Er erlässt Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer und sorgt für eine wirksame Qualitätskontrolle.

d. Werden übermässige Leistungsmengen erbracht, ergreift er nach Sparten und Regionen differenziert weitere Kostendämpfungsmassnahmen.

Die Kantone können im Bereich der Gesundheitsplanung weiter gehende Massnahmen treffen.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

Art. 24 (neu)

1 Die Leistungen des Bundes und der Kantone für das Gesundheitswesen haben mindestens dem teuerungsbereinigten Stand des Jahres 1997 zu entsprechen.

2 Der Ertrag nach Artikel 34 bis Absatz 3 der Bundesverfassung entspricht mindestens dem gesamten Prämienvolumen der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr vor Inkrafttreten der Ausführungsgesetzgebung.

Art. 25 (neu)

1 Falls das Ausführungsgesetz zu Artikel 34 bis nicht innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft gesetzt werden kann, erlässt der Bundesrat die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu den Absätzen 3 und 5 von Artikel

34 bis auf dem Verordnungsweg.

2 Er berücksichtigt dabei insbesondere folgende Grundsätze:

a. Für die Beiträge der Versicherten gemäss Absatz 3 Buchstabe b gilt ein Freibetrag von 20 000 Franken für das Einkommen und von 1 000 000 Franken für das reale Vermögen.

b. Die in Absatz 3 Buchstabe b vorgegebenen Beiträge der Versicherten im Verhältnis des realen Vermögens belaufen sich auf mindestens ein Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten gemäss Absatz 3 Buchstabe b.

1.2 Zustandekommen

Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 4. August 1999 das formelle Zustandekommen der am 9. Juni 1999 mit 108 081 gültigen Unterschriften eingereichten

Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» festgestellt (BBI 1999 7308).

1.3 Behandlungsfrist

Botschaften des Bundesrates zu Volksinitiativen sind nach Artikel 29 Absatz 1 des Geschäftsverkehrsgesetzes (GVG; SR 171.11) spätestens ein Jahr nach Einreichen der Initiative der Bundesversammlung zu unterbreiten.

Bei Initiativen, die auf Partialrevision der Bundesverfassung lauten und in der Form eines ausgearbeiteten Entwurfs vorliegen, muss die Bundesversammlung nach Artikel 27 Absatz 1 GVG innert 30 Monaten nach Einreichung der Initiative (8.12.2001) darüber beschliessen, ob sie der Initiative zustimmt oder nicht. Vorbehalten bleibt die Möglichkeit für die Bundesversammlung, die Frist um ein Jahr zu verlängern, wenn mindestens ein Rat über einen Gegenentwurf oder einen mit der Volksinitiative eng zusammenhängenden Erlass Beschluss gefasst hat (Art. 27 Abs. 5 bis GVG). Letzte Frist: 8.12.2002.

41. Praktische Hinweise

Die Listen mit Adressen von Fachleuten, ReferentInnen, Adressen und Bezugsquellen werden direkt den interessierten Personen sowie den regionalen Komitees zugeschickt.

42. Tabelle zu Mehrwertsteuer und Einkommensprämie

Zusätzliche Mehrwertsteuer und Einkommensprämie (4.3 % pro Jahr)

Steuerbares Einkommen	Zus. MWSt. pro Monat	Einkommensbezogene Prämie pro Monat	TOTAL Belastung pro Monat statt heutiger Prämie
20'000	17	0	17
30'000	23	36	59
40'000	26	72	98
50'000	31	107	138
60'000	36	143	179
70'000	40	179	219
80'000	46	215	261
90'000	53	250	303
100'000	58	286	344
110'000	64	322	386
120'000	70	358	428
130'000	77	394	471
140'000	84	430	514
150'000	92	465	557
160'000	98	501	599
170'000	104	537	641
180'000	108	573	681
190'000	113	609	722
200'000	117	644	761

Zusatzausgaben MWST, Erklärung:

Bei vergleichbarem steuerbarem Einkommen bezahlt eine Familie mit mehreren Kindern kaum nachweisbar mehr oder weniger Mehrwertsteuer als ein Alleinstehender oder eine Alleinstehende. Dies gilt vor allem bei kleinen Einkommen:

Alleinstehende geben zwar tendenziell weniger Geld für den persönlichen Konsum aus, doch ist ein höherer Teil davon vom Standard-Mehrwertsteuersatz betroffen (7,6 %, d.h. mit der Initiative 1,5 % Zuschlag), wohingegen ein grosser Teil des Konsums einer Familie nur mit dem tiefen Mehrwertsteuersatz belastet wird (2,4%, Zuschlag Initiative ca. 0,4 Prozent).

Zudem: Bei gleichem Bruttoeinkommen kommt die Familie mit Kindern auf ein tieferes steuerbares Einkommen (Kinderabzüge) und bezahlt somit gemäss der Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ auch auf dem Einkommen weniger für die Krankenversicherung als kinderlose Versicherte.

43. BSV: Prämien 2003 pro Kanton und kommentierte Grafiken zur Krankenversicherung

Krankenpflege-Grundversicherung: Prämien 2003

ÜBERSICHT

Durchschnittsprämien in den Kantonen 2002/2003

Erläuterungen zur Übersicht

- Die Übersicht zeigt, wieviel die Versicherten durchschnittlich für die Monatsprämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlen.
- Die Durchschnittsprämien sind für die Jahre 2002 und 2003 nach Kantonen sowie nach den drei Altersstufen Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder gegliedert. Zusätzlich ist die prozentuale Veränderung 2002/2003 ersichtlich.
- Als Basis wurden die Prämien inklusive Unfaldeckung bei ordentlicher Franchise (Grundfranchise von 230 Franken) genommen.
- Wie wurden die Zahlen berechnet?
Die Prämien nach Kantonen, Regionen und Altersstufen werden mit der dazugehörigen Anzahl Versicherte gewichtet. Pro Kanton und Altersstufe kann so eine Durchschnittsprämie errechnet werden.

Kantonale Durchschnittsprämien 2002/2003 der oblig. Krankenpflegeversicherung (mit Unfall)

Primes moyennes cantonales pour 2002/2003 de l'assurance oblig. des soins (avec accidents)

Premi medi cant. per il 2002/2003 dell'ass. oblig. delle cure med.-san. (infort. compr.)

Kanton Canton Cantone	Erwachsene (ab 26) Adultes (dès 26) Adulti (da 26)			Junge Erwachsene (19-25 Jahre) Jeunes adultes (19-25 années) Giovani adulti (19-25 anni)			Kinder (0-18 Jahre) Enfants (0-18 années) Fanciulli (0-18 anni)			Kanton Canton Cantone
	2002	2003	Veränderung Modification Aumento in/en %	2002	2003	Veränderung Modification Aumento in/en %	2002	2003	Veränderung Modification Aumento in/en %	
ZH	249.25	275.28	10.44%	174.10	200.62	15.23%	63.43	69.53	9.63%	ZH
BE	236.82	250.22	9.88%	164.31	188.47	14.70%	62.34	68.85	10.45%	BE
LU	193.39	213.70	10.50%	132.45	155.03	17.04%	48.98	54.38	11.03%	LU
UR	179.01	198.11	10.67%	124.08	146.07	17.72%	46.11	51.53	11.74%	UR
SZ	192.22	213.83	11.24%	133.62	157.79	18.09%	49.17	54.93	11.72%	SZ
CW	177.73	189.20	6.45%	124.33	139.19	11.96%	45.84	49.25	7.44%	CW
NW	168.07	183.25	9.03%	117.40	134.14	14.26%	43.95	48.31	9.92%	NW
GL	190.28	213.61	12.26%	132.50	158.79	19.84%	49.42	56.23	13.75%	GL
ZG	186.30	209.54	12.55%	130.76	154.29	18.00%	48.35	54.65	13.04%	ZG
FR	237.40	253.22	6.67%	176.73	196.11	10.97%	61.39	65.25	6.35%	FR
SO	220.08	240.44	9.25%	181.09	195.07	7.73%	55.53	61.43	10.63%	SO
BS	326.16	355.57	9.02%	227.49	265.27	16.61%	82.67	90.21	9.13%	BS
BL	247.75	272.17	9.86%	173.19	201.32	16.24%	63.90	70.85	10.92%	BL
SH	234.57	256.67	9.42%	162.51	184.14	13.31%	59.14	64.75	9.54%	SH
AR	176.92	195.91	10.73%	124.74	144.57	15.89%	45.36	50.41	11.14%	AR
AI	158.90	173.63	9.27%	112.31	128.33	14.27%	40.67	44.77	10.10%	AI
SG	193.59	210.78	8.71%	136.97	155.69	13.67%	49.45	53.81	8.80%	SG
GR	190.36	215.97	13.45%	133.40	159.97	19.92%	49.12	55.58	13.13%	GR
AG	212.11	232.59	9.66%	148.18	171.21	15.54%	54.71	60.21	10.05%	AG
TG	225.26	250.04	11.00%	155.79	185.42	16.77%	58.29	64.79	11.15%	TG
TI	280.14	306.46	9.39%	199.00	238.92	20.06%	75.36	81.44	8.06%	TI
VD	309.12	338.72	9.57%	225.16	263.75	17.15%	85.73	91.80	7.09%	VD
VS	193.50	211.19	9.14%	143.86	164.25	14.18%	51.96	56.40	8.53%	VS
NE	293.70	319.03	8.63%	216.13	257.25	19.04%	75.35	81.65	8.36%	NE
GE	363.55	389.57	7.16%	268.60	303.52	13.00%	94.69	100.62	6.26%	GE
JU	285.08	300.93	5.56%	202.59	234.35	15.70%	72.34	76.57	5.85%	JU
CH	245.01	268.55	9.61%	172.20	198.72	15.40%	63.13	68.99	9.29%	CH

BRUNNEN/STATISTIK

KV Krankensversicherung

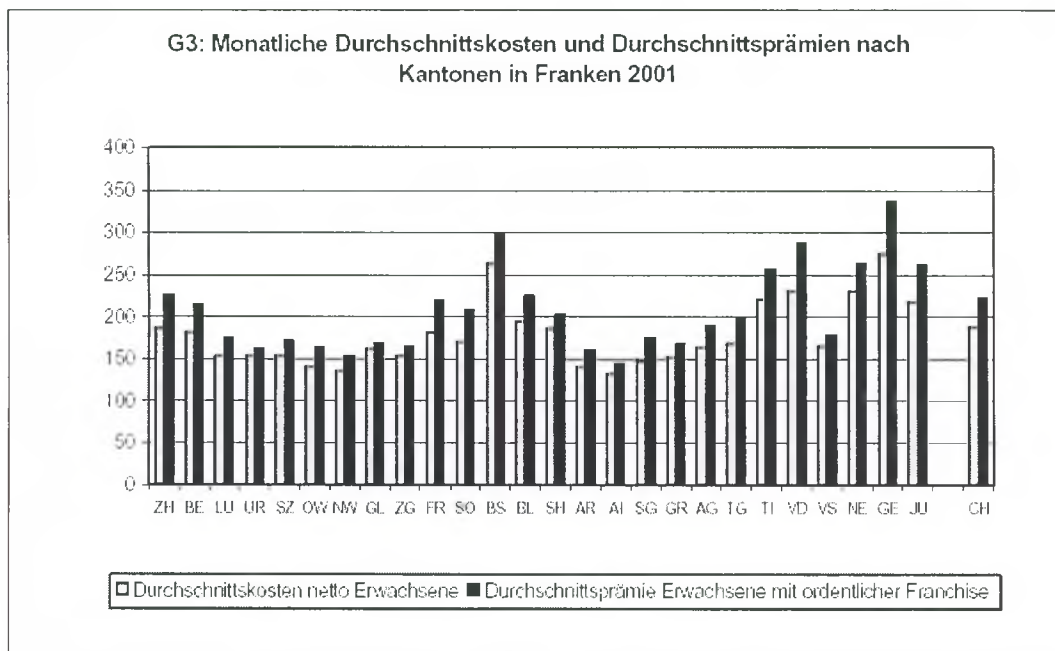
**Krankenpflege-Grundversicherung für Erwachsene (mit Unfall),
Kantonale Durchschnittsprämien 1996 – 2002, in Franken**

Kanton								Veränderung	Durchschnitt-
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2001/2002	liche jährliche Veränderung 1996/2002
								in %	in %
ZH	153	182	196	205	215	226	249	10.4%	8.4%
BE	159	179	189	201	206	214	237	10.5%	6.9%
LU	135	144	153	153	163	174	193	11.0%	6.2%
UR	135	146	153	152	156	162	179	10.3%	4.8%
SZ	134	155	160	158	161	171	192	12.4%	6.1%
OW	138	150	152	151	155	164	178	8.4%	4.4%
NW	131	142	145	143	147	155	168	8.5%	4.3%
GL	128	143	152	154	157	170	190	12.2%	6.8%
ZG	137	154	153	152	157	166	186	11.8%	5.3%
FR	175	191	191	195	205	219	237	8.4%	5.2%
SO	137	174	190	195	203	208	220	5.6%	8.3%
BS	191	227	249	270	283	300	326	8.6%	9.3%
BL	161	193	206	207	215	225	248	10.0%	7.5%
SH	140	167	175	185	192	203	235	15.8%	9.0%
AR	118	135	146	147	150	160	177	10.3%	7.0%
AI	114	125	133	131	133	145	159	9.5%	5.7%
SG	126	144	158	160	165	176	194	10.4%	7.5%
GR	120	144	145	147	155	168	190	13.3%	8.0%
AG	107	149	160	166	175	190	212	11.6%	12.1%
TG	126	153	166	174	180	198	225	13.8%	10.2%
TI	195	222	240	243	248	258	280	8.6%	6.2%
VD	251	265	263	271	275	288	309	7.3%	3.5%
VS	166	172	167	169	171	179	194	8.3%	2.6%
NE	182	210	231	247	254	263	294	11.5%	8.3%
GE	250	281	293	298	320	336	364	8.0%	6.5%
JU	186	202	222	226	238	262	285	8.9%	7.4%
CH	166	188	197	204	212	223	245	9.7%	6.7%

Detailliertere Angaben finden Sie in der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik unter KV 6.5
Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik, Bundesamt für Sozialversicherung

Bundesamt für Sozialversicherung

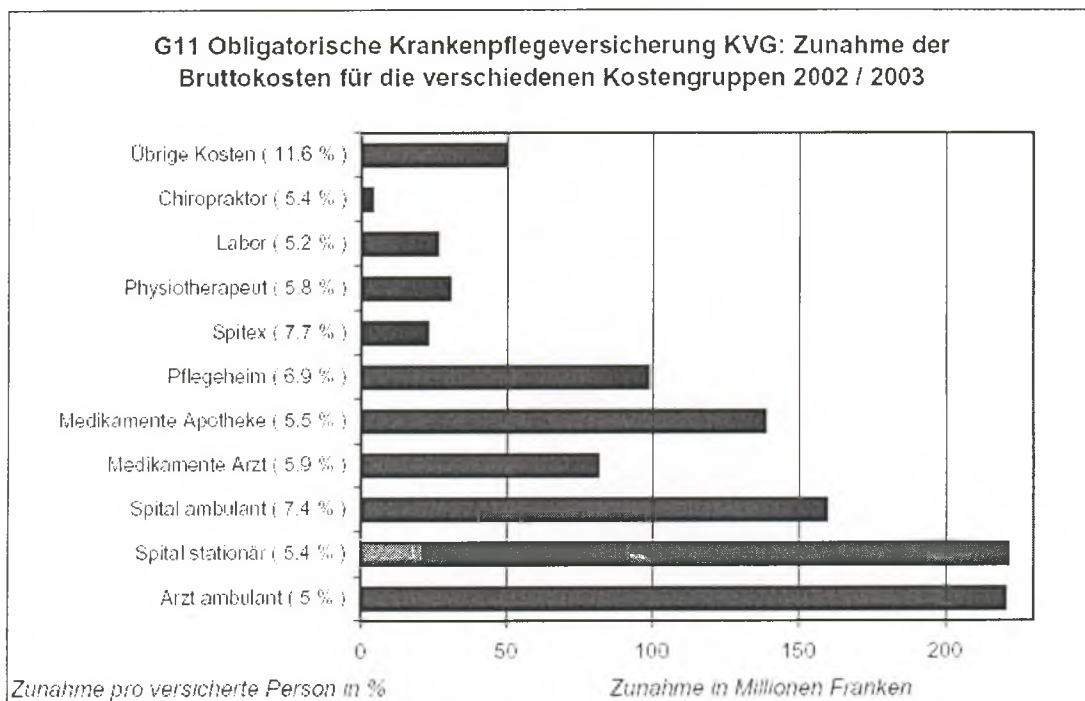
Durchschnittskosten und Durchschnittsprämien in den Kantonen



Quellen: Risikoausgleich / Gemeinsame Einrichtung KVG (Durchschnittskosten)
Prämien genehmigungsverfahren BSV (Durchschnittsprämien)

Die Grafik stellt die unterschiedlichen Durchschnittskosten und -prämien 2000 im Quervergleich der Kantone dar. Die Durchschnittskosten netto sind die Leistungen der Versicherer für Erwachsene abzüglich der Kostenbeteiligungen der Versicherten. Die Durchschnittsprämien gelten für Erwachsene mit ordentlicher Franchise. Die Kosten sind ein wichtiger Bestandteil jeder Prämie; eine direkte Vergleichbarkeit ist aber nicht gegeben. Zu berücksichtigen sind die Verwaltungskosten, die Reserven/Rückstellungen, die Kostenbeteiligungen sowie weitere versicherungstechnische Komponenten.

- Grundsätzlich zeigt sich im Quervergleich der Kantone ein klarer Zusammenhang zwischen Kosten- und Prämienhöhe: in Kantonen mit hohen Durchschnittskosten sind auch die Durchschnittsprämien höher.
- Die Kosten (Durchschnittskosten netto Erwachsene) sind kantonal ausserordentlich unterschiedlich und nicht nur mit Bevölkerungsstruktur und Stadt-Land-Problematik erklärbar. Eine wichtige Rolle spielt auch das differenzierte Versorgungsangebot in den einzelnen Kantonen (Ärztedichte, Anzahl Spitäler, etc.).
- Abweichend von einer 'normalen' Relation zwischen Durchschnittsprämie und -kosten sind Kantone, wo der tatsächliche Prämienbeitrag (pro Erwachsener) tiefer liegt als in der Durchschnittsprämie zum Ausdruck kommt. In diesen Kantonen (z.B. VD und GE) werden überdurchschnittlich viel Versicherungsformen mit höheren Franchisen gewählt. Diese profitieren von einem Prämienrabatt und bezahlen deshalb weniger als die in der Grafik ausgewiesene Durchschnittsprämie. Demgegenüber basieren die Durchschnittskosten auf der tatsächlichen Struktur der Versicherten, d.h. die durch wählbare Franchisen bedingte höhere Kostenbeteiligung ist bei den Durchschnittskosten bereits berücksichtigt.
- Der Spezialfall BS erklärt sich daraus, dass die marktbeherrschende OeKK nach wie vor eine staatliche Subvention erhält. Wird diese Subvention in die Betrachtung einbezogen, zeigt BS eine 'normale' Relation zwischen Kosten und Prämien.

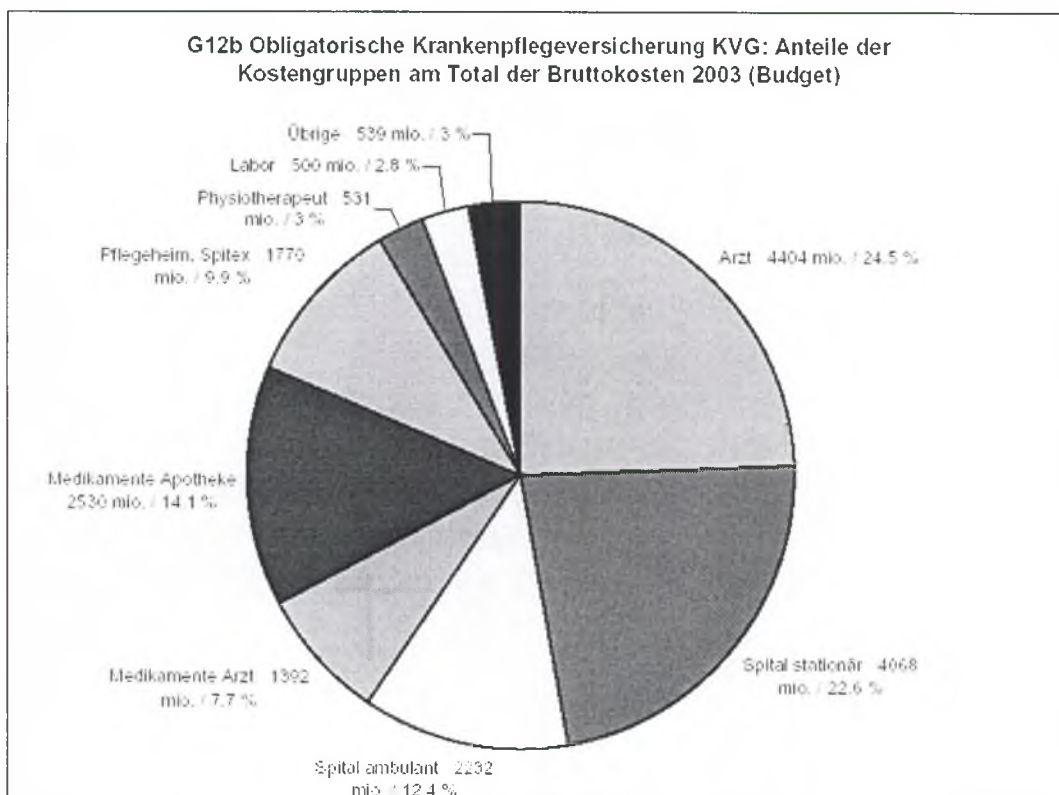


Quelle: Prämien genehmigungsverfahren BSV

Die Abbildung 11 zeigt die prognostizierte Zunahme der einzelnen Kostengruppen zwischen 2002 und 2003 in Millionen Franken; 2002 ist eine Hochrechnung aufgrund der Resultate des ersten Halbjahres, 2003 sind die von den Kassen budgetierten Werte. Diese Hochrechnung / Kostenprognose ist ein wichtiger Bestandteil bei der Bestimmung der Prämien.

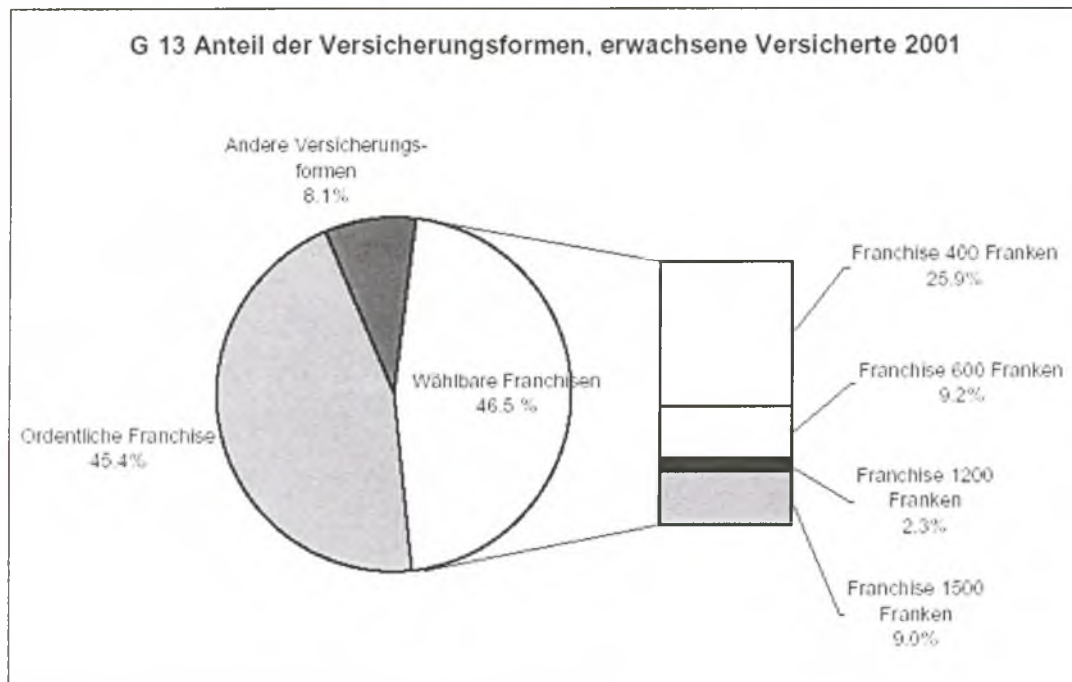
Abbildung 11 zeigt, dass die absolute Kostenentwicklung in erster Linie durch die Entwicklung bei den Ärzten ambulant (+ 220 Mio. Fr. auf 4,4 Mrd. Fr.) und den Spitälern (ambulant und stationär: + 381 Mio. Fr. auf 6,3 Mrd. Fr.) bestimmt wird; hinzu kommen die Medikamente (durch Apotheke oder Arzt abgegeben: + 219 Mio. Fr. auf 3,9 Mrd. Fr.) und die übrigen Kosten (Mittel-und Gegenstände, Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten, Diätspezialisten, Rettungstransportdienste, usw.: + 50 Mio. Fr. auf 467 Mio. Fr.). Insgesamt werden Bruttokosten von 18,1 Mrd. Franken erwartet, dies entspricht einer Zunahme von 1 Mrd. Fr. oder 6%.

Pro versicherte Person ergibt sich ein Kostenanstieg von 5,9%; letzterer liegt unter dem Anstieg des Kostenvolumens, da von den Versicherern in der Summe eine Zunahme des Versichertenbestandes auf das Jahr 2003 hin prognostiziert wird. Eine eher überdurchschnittliche Zunahme wird bei den Kostengruppen Spital ambulant, Pflegeheime und Spitex erwartet. Eher unterdurchschnittliche Zunahmen dürften dagegen die Bereiche „Arzt ambulant“, „Spital stationär“, „Medikamente Apotheke“ aufweisen (vgl. die linke Seite von Abbildung 11).



Quelle: Prämien genehmigungsverfahren BSV

Die Wahl der Versicherungsform



Quellen: Aufteilung auf Versicherungsformen: Krankenversicherungsdatenbank BSV / KKDB
 Aufteilung auf Franchisestufen: Datenpool Santésuisse / Auswertung BSV / Abdeckungsgrad der Erhebung: 93.4%

Bern, 27. Februar 2003