

## Fragen und Antworten zur «Gesundheitsinitiative»

### Grundsätzliches

---

Was will die Initiative?

Hauptanliegen der von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz lancierten Initiative ist eine grundlegend neue Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung. Diese soll aus Beiträgen der Versicherten und neu bis zur Hälfte aus zusätzlichen Mehrwertsteuern (MWST) bezahlt werden. Die Höhe der Beiträge wird im Verhältnis zum Einkommen, zum Vermögen und zu den Familienlasten festgelegt. Zudem soll der Bund Planungs- und Steuerungskompetenzen erhalten, die bisher im Wesentlichen bei den Kantonen lagen.

---

Weshalb will der Bundesrat am heutigen System grundsätzlich festhalten?

Der Bundesrat zieht das heutige System vor, weil es zur Kostenkontrolle bewusst auch auf Wettbewerb und auf Anreize zu kostenbewusstem Verhalten aller Beteiligten setzt. Sein prioritäres Ziel ist eine bessere Kostenkontrolle. Entsprechend hat er auf der Kostenseite gehandelt und tut es weiterhin: Für die kostenträchtigen Spitalbehandlungen hat er dem Parlament ein einfacheres und transparenteres Finanzierungssystem vorgeschlagen. Dieses erlaubt längerfristig eine bessere Kostensteuerung und baut verteuernde Anreize der Kantone ab.

Der Bundesrat handelt aber nicht nur dort, wo die Kosten entstehen, sondern auch da, wo sie sich im Portemonnaie der Versicherten auswirken. Er will das dank Prämienverbilligung bereits sozial abgedeckte Finanzierungssystem noch sozialer ausgestalten: Die Prämienverbilligung soll gezielter die Familien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen entlasten.

---

### Finanzierung

---

Wie stark müsste die Mehrwertsteuer (MWST) bei Annahme der Initiative angehoben werden?

Geht man davon aus, dass die Hälfte der obligatorischen Krankenversicherung über die MWST finanziert wird, so sind rund 8,5 Milliarden Franken Mehreinnahmen erforderlich. Dies entspricht einer Erhöhung der MWST um etwa 3,6 Prozentpunkte. Wenn auf Grund der vorgeschlagenen Verfassungsregelung die heutige Beteiligung der Kantone an der Finanzie-

Überdies wird das Festlegen und Einnehmen der Prämien sehr kompliziert. Besonders schwierig und schwerfällig gestaltet sich die Verteilung der Gelder auf die einzelnen Kassen. Mit tieferen Administrativkosten als heute ist sicher nicht zu rechnen

– Wie müsste man sich ein solches System vorstellen?

Zumindest der Mehrwertsteueranteil ist über eine zentrale Stelle an die Krankenversicherer zu verteilen. Aber auch der einkommens- und vermögensabhängige Prämienanteil kann sinnvollerweise nur über eine zentrale gesamtschweizerische oder kantonale Stelle auf die Versicherer verteilt werden. Sollte der Prämienanteil direkt von den Versicherten an die Versicherer bezahlt werden, würden Versicherer mit überdurchschnittlich vielen gutverdienenden und vermögensstarken Versicherten Vorteile haben, was einen Kampf um die Bestsituierten Versicherten auslösen würde.

– Wie steht es diesbezüglich mit dem Datenschutz?

Die Einkommens- und Vermögensverhältnisse müssten zumindest einer weiteren Stelle eröffnet werden. Allenfalls hätten die Steuerbehörden zu Handen der Krankenversicherer die Einteilung in eine bestimmte Einkommens- und Vermögenskategorie zu bestätigen. Datenschutzrechtlich lässt sich dies zwar auf Gesetzesebene regeln, die Versicherten hätten dadurch aber eine Pflicht zur Offenlegung ihrer finanziellen Verhältnisse gegenüber einem Dritten.

## Prämien

Müssen künftig die Innerschweizer die Prämien der Genfer mitfinanzieren?

Sicher wird es bei der Finanzierung über die Mehrwertsteuern nicht im gleichen Ausmass wie heute eine klare auf die Gesundheitskosten in den Prämienregionen ausgerichtete Belastung geben. Aber auch bei den einkommens- und vermögensabhängigen Prämien wird eine regionale Abstufung schwierig und nicht systemkohärent sein.

– Sind kantonale Prämien, welche die unterschiedlichen kantonalen Gesundheitskosten abbilden, überhaupt noch möglich oder nähern wir uns der Einheitsprämie für die ganze Schweiz?

Das heutige Prinzip kantonal unterschiedlicher Prämien, welche den erheblich unterschiedlichen Konsum von Gesundheitsleistungen widerspiegeln, kann nur sehr beschränkt oder gar nicht aufrecht erhalten werden.

Was geschieht mit der Prämienverbilligung? Gibt es sie überhaupt noch?

Eine Prämienverbilligung ist mit dem vorgeschlagenen System, das von einer einkommens- und vermögensabhängigen Prämie ausgeht, nicht vereinbar; sowohl Prämienverbilligung wie einkommens- und vermögensabhängige Prämie berücksichtigen die wirtschaftliche

tem Verhalten weg.

Kostenbeteiligung der Versicherten: Was passiert mit der ordentlichen Franchise, was mit dem Selbstbehalt?

Diese Frage lässt die Initiative offen. Nach Aussagen von Initianten könnte das System mit einer Kostenbeteiligung verbunden werden. Diese könnte wie die Prämien einkommens- und vermögensabhängig ausgestaltet werden. Allerdings würde dies ebenfalls zu administrativen Mehraufwendungen führen.

Welche Kosten dämpfenden Massnahmen sieht die Initiative vor? Welche der Kompetenzen sind überhaupt neu?

Zur Kostenkontrolle soll der Bund laut Initiative zusätzliche Kompetenzen erhalten. Im Kern soll er Planungs- und Steuerungsaufgaben von den Kantonen übernehmen und Maximalpreise festlegen. Der Bund müsste demnach sämtliche von der Krankenversicherung zu übernehmenden Leistungen – auch ärztliche Leistungen – verbindlich festlegen und dafür Höchstpreise erlassen.

Die weiteren Vorschläge der Initianten

- sind teilweise schon Realität (Maximalpreise: Analysenliste, Arzneimittelliste mit Tarif, MiGeL, Spezialitätenliste; Erlass von Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer; die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle),
- wurden schon diskutiert und konnten sich bisher nicht durchsetzen (NFA: Planung der Spitzenmedizin soll bei den Kantonen bleiben; diese werden aber verpflichtet, mit anderen Kantonen die Planung gemeinsam vorzunehmen), oder
- müssen (Spitalplanung) bzw. können heute schon von den Kantonen ergriffen werden (ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung wie etwa Globalbudgets im stationären Bereich oder die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern).

Nach dem geltenden Recht hat der Bund in der Regel nur einen indirekten Einfluss auf die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens durch die Kantone, indem der Bundesrat als Beschwerdeinstanz im Konfliktfall über Planungs- (namentlich im Spitalbereich) und Tarifentscheide der Kantonsregierungen (auch Genehmigung von vertraglich ausgehandelten Tarifen) zu befinden hat.

Im Zusammenhang mit dem Zulassungsstopp bei Leistungserbringern hat der Bundesrat eine Verordnung erlassen. Den Kantonen steht hier ein gewisser Spielraum zur Verfügung, indem sie die Ausnahmen bestimmen können.

Eine abschliessende Regelungskompetenz hat der Bund bei den Analysen, den Arzneimit-

Machen Tarifverhandlungen als Wettbewerbselement noch Sinn? Inwiefern haben die Kassen noch Interesse an der Kostenkontrolle?

Die Kassen haben kein Interesse mehr daran, die Gesundheitskosten zu kontrollieren und mit Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Medizinalindustrie) besonders günstigen Tarifen oder Preisen zu vereinbaren. Bei wachsenden Gesundheitskosten müsste die Mehrwertsteuer automatisch mitsteigen, so dass die Sorge um die Finanzierbarkeit auf allen Seiten abnimmt. All dies dürfte die Kostenentwicklung anheizen.