



SGB Schweizerischer
Gewerkschaftsbund
USS Union syndicale
suisse
USS Unione sindacale
svizzera

DOK

Dokumentation

Korrespondenz Postfach 64
3000 Bern 23
Telefon 031/371 56 66 + 67
Telefax 031/371 08 37
PC/CCP 30-2526-3

Nr. 54

Gesundheit muss bezahlbar bleiben

Die Krankenversicherungsinitiative
von SP und SGB

von
Colette Nova, geschäftsführende Sekretärin des SGB

März 1998

Inhaltsverzeichnis

A. Warum diese Initiative ?	3
B. Was verlangt die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“?	4
C. Wie will die Initiative die Krankenversicherung finanzieren?	4
D. Wer zahlt wieviel für die Krankenversicherung bei Annahme der Initiative?	7
E. Wie hoch sind die Prämien heute ?	8
F. Warum verlangt die Initiative Kostendämpfungsmassnahmen?	10
G. Wie hoch sind die Gesundheitskosten heute ?	11
H. Warum sind die Gesundheitskosten in der Schweiz so hoch?	12
I. Wie will die Initiative die Kosten dämpfen ?	14
J. Weitere Auswirkungen der Initiative	16

A. Warum diese Initiative ?

Weil wir eine soziale Finanzierung der Krankenversicherung wollen

- Schluss mit dem Skandal der ungerechten, unsozialen Kopfprämie
- Schluss mit der gleichen Prämie für Arbeiter und Milliardäre
- Schluss mit der viel zu hohen Belastung von Familien
- Schluss mit der bürokratischen, ungerechten, ineffizienten Prämienverbilligung
- Schluss mit dem schleichenden Rückzug von Bund und Kantonen aus der Finanzierungsverantwortung

Weil wir eine kostengünstige Krankenversicherung wollen

- Schluss mit den ständigen Prämien erhöhungen
- Schluss mit den Erhöhungen von Franchisen und Selbstbehalt (verkappte Prämien erhöhungen)
- Schluss mit der Verschwendung der Gelder der Versicherten

Weil wir eine gute medizinische Versorgung für alle wollen

- Schluss mit den Drohungen von Rationierung und Zwei-Klassen-Medizin („gute Medizin nur noch für Reiche“)
- Schluss mit Forderungen nach „Leistungsmoratorium“
- Schluss mit der Diskriminierung der kostengünstigen Spitex

Weil wir eine gut funktionierende Krankenversicherung wollen

- Schluss mit dem Schwarzpeterspiel und den Schuldzuweisungen zwischen Ärzten, Kassen, Regierungen, Spitälern usw.
- Schluss mit dem Austragen von Konflikten auf dem Buckel der Versicherten

Weil es ohne diese Initiative nicht geht

- Das eidg. Parlament (resp. seine bürgerliche Mehrheit) will keine Verbesserung für die Versicherten vornehmen, und privilegiert die Interessen der Aerzte und der Kantone

B. Was verlangt die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“?

- Die Initiative **will allen Versicherten den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und kostengünstigen Gesundheitsversorgung gewähren**. Die Grundversicherung ist so definiert, dass niemand für seine Gesundheit private Zusatzversicherungen braucht. Die Krankenversicherer im Bereich der obligatorischen Grundversicherung arbeiten nicht gewinnorientiert.
- Die Initiative will **die heutigen, unsozialen Kopfprämien** (die für einen Arbeiter gleich viel kosten wie für einen Milliardär) **durch Beiträge im Verhältnis zu den finanziellen Möglichkeiten der einzelnen Versicherten ersetzen**. Dabei soll mindestens die Hälfte einkommens- und vermögensbezogen und höchstens die Hälfte über zusätzliche Mehrwertsteuerprozentage erbracht werden. Für gut 90% der Versicherten bringt diese Lösung eine finanzielle Entlastung.
- Die Initiative will **die hohen Gesundheitskosten dämpfen**, weil die Last für die Versicherten sonst – trotz einer sozialen Finanzierung – untragbar wird, und weil diese Gelder besser eingesetzt werden sollten (z.B. für die AHV). Dazu braucht es mehr Lenkungs Kompetenzen beim Bund und bei den Kantonen.

C. Wie will die Initiative die Krankenversicherung finanzieren?

Die Initiative will die Krankenversicherung sozialer, nämlich hauptsächlich aus Steuermitteln finanzieren: mindestens zur Hälfte aus direkten Steuern (Beiträge der Versicherten) einerseits und höchstens zur Hälfte aus indirekten Steuern (Mehrwertsteuer) andererseits.

- **Beiträge der Versicherten**: Diese müssen im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten festgelegt werden. Es handelt sich hier also um direkte, zweckgebundene Steuern (eine Art Gesundheitssteuer). Dadurch, dass auch das Vermögen der Versicherten massgebend, wird vermieden, dass die zahlreichen Millionäre ohne steuerbares Einkommen keine Prämie bezahlen müssen.
- **Mehrwertsteuer** (Konsumsteuer): Für die Krankenversicherung sollen zusätzliche, zweckgebundene Mehrwertsteuerprozentage erhoben werden. Heute wären 3,5 zusätzliche Mehrwertsteuerprozentage nötig, um die Hälfte des gesamten Prämienvolumens der Krankenversicherung (ohne Franchisen und Selbstbeteiligung) finanzieren zu können (auf den Produkten der Grundversorgung, die heute mit 2% MWSt belastet werden, würde der Zuschlag nur 0.875% betragen).

Diese Mischfinanzierung **kombiniert die Vorteile beider Finanzierungsquellen**: Die Beiträge der Versicherten sind zwar progressiver als die Mehrwertsteuer. Dafür gibt es bei der

Mehrwertsteuer keine Steuerschlupflöcher (alle in der Schweiz versicherten Personen konsumieren auch in der Schweiz, und zahlen dadurch MWSt).¹

In praktisch allen europäischen Ländern wird die Krankenversicherung (die Gesundheitsversorgung) bereits heute durch Steuern finanziert. Mit der Initiative würde die Krankenversicherung auch in der Schweiz endlich vom veralteten, unsozialen Prämiensystem zu einer modernen Finanzierung übergehen. Genauso wie dies heute für das Schulwesen oder die Landesverteidigung der Fall ist.

Beiträge der Versicherten, die von deren wirtschaftlichen Situation abhängen, gibt es bereits in allen Sozialversicherungen, sei es in Form von allgemeinen Steuermitteln (AHV, Invalidenversicherung, Ergänzungsleistungen) oder in Form von lohn- oder einkommensabhängigen Beiträgen (AHV, Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung). Auch die Mehrwertsteuer (1 zusätzliches Prozent) wird bald als zusätzliche Geldquelle für die AHV dienen.

Wer soll die Höhe der Beiträge und der Mehrwertsteuer bestimmen ?

Die Aufteilung zwischen zusätzlichen Mehrwertsteuerprozenten und Beiträgen der Versicherten, sowie die genaue Regelung letzterer wird **Aufgabe des eidg. Parlamentes** sein. Die Festlegung des Mehrwertsteuersatzes in einem Gesetz ermöglicht gegen jede vom Parlament beschlossene Erhöhung ein **Referendum**, womit bei zusätzlichem Finanzierungsbedarf prioritär die – sozialeren – einkommens- und vermögensbezogenen Prämien erhöht werden sollten.

Für den Fall, dass **innert 3 Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels** keine gesetzliche Regelung zustande kommt, muss der Bundesrat diese Aufgabe provisorisch übernehmen. Dabei muss er dafür sorgen, dass mindestens ein Viertel der Beiträge der Versicherten aus dem vermögensbezogenen Beitrag stammt. Zudem muss ein Freibetrag von Fr. 20'000.- für das Einkommen und von Fr. 1 Mio. für das reale Vermögen eingehalten werden.

Was ist mit „realen Vermögen“ gemeint ?

Die heute in den Kantonen erfassten steuerbaren Vermögenswerte sind stark unterbewertet. Das betrifft vor allem die Immobilienwerte, aber auch die Bewertung der nicht börsengängigen Beteiligungspapiere und der Wertgegenstände. Der Wechsel vom heutigen steuerbaren Vermögen zum realen Vermögen verursacht kaum nennenswerte

¹ Der Initiativtext schliesst nicht aus, dass *in Ergänzung* zu den Beiträgen der Versicherten und der Mehrwertsteuer auch noch andere Finanzierungsquellen beigezogen werden (z.B. Abgaben auf gesundheitsschädlichen Produkten, oder allgemeine Steuermittel).

administrative Belastungen, da im wesentlichen eine Änderung der Bewertungskriterien für den Systemwechsel ausreicht.

Was soll mit den Spitalsubventionen geschehen?

Die Initiative hält ausdrücklich fest, dass die bisherigen Leistungen der Kantone und des Bundes für das Gesundheitswesen nicht reduziert werden dürfen. Dabei handelt es sich um bedeutende Summen, nämlich vor allem um die Aufwendungen der Kantone für die Spitäler (entspricht ca. 50% des heutigen Prämienvolumens) und die Prämienverbilligung (1996: 2,5 Mrd., real ausbezahlt aber nur 1,2 Mrd.). Die Initiative schreibt jedoch nicht vor, wie diese Mittel eingesetzt werden sollen. Statt wie heute die Spitäler (zur Hälfte in der allgemeinen Abteilung) mitzufinanzieren, was die Kosten erhöht, weil die (insgesamt teurere) stationäre Behandlung gegenüber der (insgesamt billigeren) ambulanten Behandlung künstlich verbilligt wird, könnten diese Mittel der öffentlichen Hand z.B. auch als dritte grosse Finanzquelle direkt in die Krankenversicherung eingespiessen werden.

Was soll mit der Selbstbeteiligung der Versicherten (Franchisen und Selbstbehalt) geschehen ?

Der Initiativtext verbietet die Selbstbeteiligung an und für sich nicht. Es darf aber nicht ein bedeutender Anteil der Kosten durch die Selbstbeteiligung direkt auf die Versicherten überwältzt werden.

Besteht nicht die Gefahr, dass durch eine solche Finanzierung die Versicherten die Kosten ihrer medizinischen Versorgung nicht mehr wahrnehmen („Anonymisierung“) und dass dadurch der Spardruck („Eigenverantwortung“) abnimmt ?

Nein. Es gibt keinen Beweis dafür, dass eine höhere Kostenbeteiligung der PatientInnen eine Senkung der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bewirken. Sie führt nur zu einer Lastenverschiebung von den Gesunden zu den Kranken. Sehr hohe Beteiligungen können zwar vordergründig kostendämpfend wirken, führen aber direkt zu einer Zwei-Klassen-Medizin und beeinträchtigen den allgemeinen Gesundheitszustand der Angehörigen der ärmeren Bevölkerungsgruppen. Ärzte erwähnen zudem immer wieder Mehrkosten als Folge von verzögerten Behandlungen, weil infolge der Verspätung oft kostspieligere Behandlungsformen notwendig werden. Vergleiche mit anderen Versicherungen (z.B. Unfallversicherung) zeigen zudem, dass auch ohne Selbstbehalt, ohne Zahlung der Rechnung durch die Versicherten, und ohne Kopfprämie Einsparungen erreicht werden können. **Die Gleichung „Hoher Selbstbehalt = Niedrige Kosten“ stimmt also nicht.**

D. Wer zahlt wieviel für die Krankenversicherung bei Annahme der Initiative?

Durch die neue Finanzierung **werden niedrige und mittlere Einkommen, sowie Familien mit Kindern entlastet**, Haushalte mit hohem Einkommen und hohem Vermögen hingegen stärker belastet als heute.

80 bis 90% der Bevölkerung müssten weniger für die Krankenversicherung zahlen als heute.

Die Ansätze sind trotzdem sehr bescheiden. Aufgrund der heutigen Kosten werden, bei je hälftiger Aufteilung in MWSt und Beiträge der Versicherten, **3,5 zusätzliche MWST-Prozente, 3,6 Einkommensprozente** (nach Abzug des Freibetrages von Fr. 20'000) und **1,1 Promille auf dem Vermögen** (nach Abzug des Freibetrages von 1 Mio. Fr.) benötigt.

Berechnung den Einsparungen: siehe Anhang

Müssen für Kinder auch Prämien bezahlt werden ?

Nein, für Kinder werden keine Prämien erhoben. Die Beiträge werden bei den Steuersubjekten (d.h. den Eltern) erhoben. Massgebend sind Einkommen und Vermögen der ganzen Familie. Bei der Berechnung der Bemessungsgrundlage müssen zudem die Familienlasten berücksichtigt werden (z.B. in Form von Abzügen). Bei gleichem Einkommen werden Familien mit Kindern also weniger bezahlen müssen als Familien ohne Kinder. Gemäss den Berechnungen (s. Anhang) werden die Familien mit 2 Kindern, deren Einkommen Fr. 130'000.- nicht übersteigt, weniger zahlen als heute. Auch beim MWSt-Teil zahlen Familien mit Kindern nicht mehr als Alleinstehende: Alleinstehende geben zwar tendenziell weniger Geld für den persönlichen Konsum aus, doch ist ein grösserer Teil davon vom Standard-MWSt-Satz betroffen, wohingegen ein grosser Teil des Konsums einer Familie nur mit dem tiefen MWSt-Satz belastet wird.

Besteht nicht die Gefahr, dass die Erhebung von Beiträgen auch auf dem Vermögen zu einer Abwanderung reicher Versicherter führt ?

Nein, denn der Weggang aus dem Steuerparadies Schweiz lohnt sich in Anbetracht der bescheidenen vermögensbezogenen Abgabe finanziell nicht. Zudem sind zwei Drittel des geschätzten realen Vermögens in der Schweiz Immobilienwerte, die nicht ins Ausland verschoben werden können.

Ist die Mehrwertsteuer nicht eine unsoziale Steuer ?

Nein, denn:

1. Die Mehrwertsteuer ist nicht an und für sich sozial oder unsozial². Wird die Erhöhung der MWSt dazu verwendet, einen Teil der heutigen, unsozialen Kopfprämien in der obligatorischen Krankenversicherung zu ersetzen, ermöglicht sie eine erhebliche Entlastung der kleinen und mittleren Einkommen, und hat damit eine sozial willkommene Auswirkung.
2. Im Vergleich zu Lohnprozenten kommt die MWST gut weg: Bis zu einem Bruttolohn von ca. Fr. 100'000.- ist die Belastung etwa dieselbe wie mit Lohnprozenten. Nur die AHV und die IV, bei denen der versicherte Lohn nicht plafoniert ist, sind also noch sozialer finanziert.
3. Durch die MWSt tragen nicht nur die Erwerbstätigen, sondern alle Personen in der Schweiz die Krankenversicherung mit. Das ist sinnvoll, weil auch alle diese Personen von der Krankenversicherung profitieren.
4. Die Kombination von MWSt und einkommens- und vermögensabhängigen Beiträgen ist eine ideale Kombination.
5. Die MWSt ist eine Steuerform der Zukunft. Längerfristig wird der niedrige MWSt-Satz in der Schweiz dem europäischen Mittel angeglichen werden müssen. Wir sind der Meinung, dass die Erträge aus der Erhöhung für die Soziale Sicherheit eingesetzt werden müssen.
6. Die MWSt berücksichtigt auch soziale Aspekte: auf gewissen sozialen Leistungen (Gesundheitswesen, Mieten etc.) wird gar keine MWSt erhoben, auf lebensnotwendigen Waren (Nahrungsmittel, Medikamente) gilt ein reduzierter MWSt-Satz.
7. Zudem verteuert die MWSt die Lohnkosten nicht und verringert die Wettbewerbsfähigkeit der Schweizer Wirtschaft nicht.

E. Wie hoch sind die Prämien heute ?

- Gesamtschweizerisch beträgt die Prämie für die Erwachsenen 1998 durchschnittlich Fr. 200.-. Im billigsten Kanton beträgt sie durchschnittlich Fr. 133.-, im teuersten Fr. 307.-.

² Wenn mit zusätzlichen MWSt-Prozenten ein Teil der direkten Bundessteuer ersetzt werden soll, wie dies einige bürgerliche ExponentInnen verlangen, dann werden die hohen Einkommen steuerliche entlastet und alle anderen zusätzlich zur Kasse geben. In diesem Fall hätte die MWST höchst unsoziale Auswirkungen.

- Dazu kommen aber noch die Franchise (230.-) sowie der Selbstbehalt (10%). Da die Zahnbehandlungskosten (im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern) nicht von der Krankenversicherung bezahlt werden, liegt der Selbstbehalt in Wirklichkeit jedoch weit höher (mehrere hundert oder tausend Franken pro Jahr).

Wie zahlt heute wieviel Krankenkassenprämien ?

- **Alle Versicherten müssen** eine Prämie zahlen, auch die Kinder und Jugendlichen („Kopfprämie“). Es gibt keinen Familienrabatt (die Kinderprämien sind aber etwas niedriger als die Erwachsenenprämien).
- Die Prämie wird **von der Krankenkasse festgelegt**. Alle Versicherten eines Versicherers, innerhalb des Kantons zahlen dieselbe Prämie, wobei noch eine Abstufung nach bis zu 3 Regionen möglich (und üblich) ist.
- Es besteht zwar eine gewisse Solidarität: Zwischen Jung und Alt, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Bewohnern der gleichen Region.
- Die Prämie berücksichtigt aber die finanzielle Situation der Versicherten überhaupt nicht (**keine Solidarität zwischen Arm und Reich**). Ob arm oder reich, alle bezahlen genau gleich viel. Familien mit Kindern zahlen bei gleicher finanzieller Situation viel mehr als Haushalte ohne Kinder, obwohl sie wegen den hohen Kinderkosten finanziell viel weniger leistungskräftig sind. Der Anteil der Krankenversicherungsprämien am verfügbaren Einkommen kann so für schlechtverdienende Familien bis 50% ausmachen, während er bei Millionären und Milliardären weit unter dem Promillebereich liegt. Nur keine Krankenversicherung wäre noch unsozialer als die heutigen Kopfprämien !
- Noch ungerechter sind die Kopfprämien, wenn man bedenkt, dass Reiche in der Regel länger und gesünder leben als wenig Begüterte.
- **Die Prämienverbilligung hat versagt**. Sie funktioniert schlecht und erfüllt ihren Zweck nur teilweise³.

³ Einige Kantone erledigen ihre Aufgabe gut, andere drücken sich. So wird die Frage, was als „bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse“ sind, sehr unterschiedlich interpretiert. Es gibt 26 unterschiedliche Systeme, was der wirtschaftlichen Realität wenig Rechnung trägt. Die Kantone sind nicht verpflichtet, die gesamte vorgesehene Summe ausbezahlen. Das hat dazu geführt, dass 1996 gesamtschweizerisch nur die Hälfte des versprochenen Betrages ausbezahlt worden ist. Das sind 700 Mio. weniger als im Jahr vor dem KVG. Weitere Einsparungen auf dem Buckel der Versicherten sind dadurch zustande gekommen, dass einige Kantone die Prämienverbilligung vorwiegend an bereits Unterstützungsbedürftige auszahlen, wobei sie einfach bestehende Leistungen ersetzen. Das Auszahlungssystem ist zudem vielerorts sehr bürokratisch. Schliesslich ist eine Regelung, die – selbst in der abgesehenen heutigen Form – 23% der Schweizerischen Bevölkerung zu Bittgängern macht, grundsätzlich nicht sinnvoll.

Warum sind die Prämien heute so hoch?

- Die hohen Prämien widerspiegeln einerseits **die hohen Kosten** im Gesundheitswesen
- Andererseits sind die Prämien der Krankenversicherung wesentlich stärker gestiegen als die Kosten des Gesundheitswesens, **weil die öffentliche Hand sich seit Jahren schrittweise aus der Finanzierungsverantwortung für das Gesundheitswesen zurückgezogen hat**. In den letzten 20 Jahren haben Bund und Kantone ihren Anteil an den Gesundheitskosten um fast die Hälfte gekürzt (z.B. durch Abbau der Subventionen). Die Einführung des KVG ist zudem von vielen Kantonen dazu benutzt worden, um Kosten, die sie bisher selber (aus Steuermitteln) zahlten, auf die Krankenversicherung abzuwälzen (durch Reduktion der Spitalsubventionierung, der Ergänzungsleistungen usw.). Seit 1992 sind die öffentlichen Haushalte dadurch jährlich um eine bis zwei Milliarden Franken entlastet worden – zulasten der Prämienzahler.

F. Warum verlangt die Initiative Kostendämpfungsmassnahmen?

Weil die Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz bereits sehr hoch sind. Wir sind (fast) das teuerste Land.

Weil die Kosten des Gesundheitswesens immer noch ansteigen, und zwar wesentlich stärker als das allgemeine Wirtschaftswachstum. Mit anderen Worten: Wir geben einen immer grösseren Anteil unserer Einkommens für das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung aus.

Weil mehr Kosten aber kaum noch mehr Gesundheit bringen. Alle Experten schätzen das Sparpotential auf 25-30%. Mit anderen Worten: Wir zahlen heute 25 bis 30% zuviel!

Weil aufgrund dieses ungebremsten Anstiegs der Krankenversicherungskosten **immer weniger Mittel für andere Sozialversicherungen, wie z.B. für die AHV, zur Verfügung stehen.**

Weil selbst mit der von der Initiative verlangten sozialen Finanzierung die Belastung immer mehr steigen würde, sodass **eine verstärkte Kostendämpfung ohnehin unausweichlich wird.**

Weil wir eine gute, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für alle wollen, und deshalb nicht jede Form von Kostendämpfung akzeptieren. Bereits heute sind Bestrebungen da, die Leistungen der Grundversicherung einzuschränken („Leistungsatorium“⁴) oder bestimmte Bevölkerungsgruppen von gewissen Leistungen auszuschliessen („Rationierung“⁵, z.B. für ältere Menschen), oder die Selbstbeteiligung massiv zu erhöhen (Franchise, Selbstbehalt). Das führt unweigerlich zu einer Zwei-Klassen-Medizin: Reiche können sich dann eine gute Gesundheitsvorsorge immer noch leisten, während alle anderen das nicht können. Sollten medizinische Leistungen, die mit Kopfprämien finanziert werden, rationiert werden, käme das einer Kriegserklärung der Reichen an die grosse Mehrheit der Bevölkerung gleich. Wir wollen keine Rationierung, sondern brauchen einen effizienteren Einsatz der Mittel (Rationalisierung⁶): Eine allen zugängliche, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung.

G. Wie hoch sind die Gesundheitskosten heute ?

- Die Schweiz hat das **das teuerste Gesundheitswesen Europas und – nach den USA - das zweitteuerste der Welt**⁷: 10% unseres Bruttoinlandproduktes werden für das Gesundheitssystem ausgegeben, 1995 waren das mehr als 35 Mrd.⁸. Für 1998 wird mit 40 Milliarden gerechnet, wovon 20 Mrd. auf die Krankenversicherung entfallen.
- **Zwischen 1985 und 1995 haben sich diese Kosten verdoppelt, also viel stärker zugenommen als das allgemeine Wachstum.** Dies geschah aber nicht aufgrund einer schlechteren Gesundheit der Schweizer Bevölkerung, denn die Erkrankungsfälle haben sich im gleichen Zeitraum nur um 6% erhöht. Es wurde offensichtlich mehr „verarztet“ („Mengenausweitung“). Diese stärkere Verarztung hat aber offensichtlich nicht zu einem besseren Gesundheitszustand geführt, denn der Kostenanstieg geht immer noch munter weiter.

⁴ Dafür machen sich das Konkordat der Krankenkassen und verschiedene bürgerliche Parteien stark. Erste Folgen sind bereits da, so z.B. bei der Begrenzung der Übernahme von Spitex-Leistungen.

⁵ Rationierung bedeutet hier die Verweigerung von Leistungen, die den betroffenen PatientInnen aus medizinischer Sicht notwendig wären. So z.B. der Ausschluss von wichtigen Medikamenten oder Therapien aus den Pflichtleistungen, oder eine Unterversorgung, die zu langen Wartezeiten führt.

⁶ Rationalisierung bedeutet hier die Ablehnung von unsinnigen, nutzlosen, überflüssigen medizinischen Leistungen, oder aber der Ersatz von bestimmten medizinischen Leistungen durch billigere, aber ebenso wirksame.

⁷ Internationaler Vergleich: Je nach Jahr, Informationsquelle und Berechnungsart weichen die vorhandenen Zahlen leicht voneinander ab. Gemessen in Pro-Kopf-Ausgaben ist die Schweiz absoluter Spitzenreiter.

⁸ Von diesen Gesamtkosten wurden ca. 65% durch die Haushalte bezahlt. Die übrigen Kosten wurden durch Invalidenversicherung und AHV, Unfallversicherung, öff. Hand (Kantone, Gemeinden, Bund) bezahlt.

Nach Direktzahlen: Krankenkassen 46,3%, Haushalte 25,9% (Selbstbeteiligung, von KK nicht übernommene Leistungen, Zahnbehandlung).

Nach Trägern: Haushalte 65%.

H. Warum sind die Gesundheitskosten in der Schweiz so hoch?

Weil das Gesundheitswesen ein **Anbietermarkt** ist – je grösser das Angebot an Leistungserbringern (Ärzten, Spitälern usw.), desto mehr Leistungen werden verordnet, und bezogen, und desto höher sind die Kosten. Das Angebot bestimmt die Nachfrage (und die Kosten). Denn die Patientinnen und Patientinnen sind meistens nicht in der Lage, selbst zu beurteilen, ob, und falls ja, welche und wieviel medizinischen Leistungen notwendig sind.

Weil grosse **Überkapazitäten** bestehen.

- Die Schweiz verfügt über **eine sehr hohe und immer noch steigende Anzahl Ärzte**. 1996 waren in der Schweiz fast 13'000 freipraktizierende Ärzte tätig. Fast die Hälfte davon sind Spezialisten – sie sind wesentlich teurer als die Allgemeinpraktiker. Mit der hohen Anzahl Ärztinnen steigt auch die Menge der erbrachten medizinischen Leistungen.
- Es hat in der Schweiz **zu viele Spitäler und zu viele Spitalbetten**. Die Schweiz ist nach Japan und Luxemburg das Land mit den meisten Spitalbetten im Verhältnis zur Bevölkerung. Hier liegt ein grosses Sparpotential: Jedes fünfte Bett steht leer. Dazu kommt noch, dass in der Schweiz auch die Aufenthaltsdauer weit überdurchschnittlich ist. Die Überkapazitäten im Spitalbereich sind eine Folge des Föderalismus und mangelnder Koordination im Gesundheitswesen.
- Es hat **zu viele medizinischen High-Tech-Geräte** in der Schweiz. So sind 10 x mehr Magnet-Resonanz-Tomographen (MRI) in Betrieb als nötig. Die Betreiber wollen aber jedes einmal angeschaffte Gerät auch amortisieren. So kommt es, dass diese Geräte häufiger eingesetzt werden als eigentlich notwendig.

Weil das **Zahlungssystem kostentreibend** ist: Die meisten medizinischen Leistungen werden „pro Akt“ bezahlt. Der einzelne Leistungserbringer hat ein Interesse daran, möglichst viele medizinische Leistungen zu erbringen, weil er dadurch seine Einkünfte erhöhen kann. Das erklärt, wieso hier das Hauptproblem nicht der Preis, sondern die Menge der Leistungen ist. Über Mengenausweitungen kann fast jede Preissenkung aufgefangen werden.

Weil Überkapazitäten und Bestimmung der Behandlung durch die Leistungserbringer dazu führen, dass **immer mehr zwar kostspielige, aber unnötige Leistungen erbracht werden**. So werden Mitglieder „normaler“ Familien im Durchschnitt über 30% häufiger operiert als Mitglieder von Ärztefamilien. Auch zwischen den Kantonen bestehen je nach Spezialistendichte grosse Unterschiede: So werden z.B. in Basel zweimal mehr Männern die Mandeln herausoperiert als in Graubünden, wo deutlich weniger Hals-Nasen-Ohrenärzte

praktizieren. Schlimmer: Zwei Drittel der in einer Umfrage befragten Ärzte räumen ein, ein Drittel ihrer medizinischen Handlungen sei unnötig ! Nicht das Ärzteteinkommen allein, sondern auch die von Ärzten ausgelösten Leistungen Dritter (Spital, Laboratorien, Medikamente etc.; ca 80% der Gesamtkosten) verursachen die hohen Kosten. Die zwischen verschiedenen Schweizer Regionen bestehenden grossen Unterschiede bei den Gesundheitskosten entsprechen ziemlich genau der Ärztedichte und der Anzahl Spitalbetten, sind aber medizinisch überhaupt nicht begründbar.

Weil sich im gesundheitspolitischen Jekami der Schweiz Kantone, zahlreiche Krankenkassen, die Ärzte, Spitäler und zahlreiche andere Organisationen tummeln, die alle bei der Organisation des Gesundheitswesens ihr Wort zu sagen haben, und sich die heisse Kartoffel (die Verantwortung für die Kosten) jeweils gegenseitig zuschieben. In kaum einem anderen Land in Europa hat der Staat so wenig Kompetenzen zur Steuerung und Koordinierung der Gesundheitspolitik wie in der Schweiz. **Niemand trägt eine Gesamtverantwortung.** Es bestehen keine übergeordneten gesundheitspolitischen Ziele, noch eine Überprüfung, ob Ziele erreicht werden.

Ist die Kostenexplosion nicht einfach eine logische Folge von medizinischem Fortschritt und der demographischen Entwicklung ?

Nein, denn:

- Die hohen Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens sind nicht einfach der Preis für die Fortschritte in der Medizin oder für Qualität. Denn: **Mehrere Länder mit vergleichbarem Qualitätsniveau im Gesundheitswesen konnten nämlich in den letzten Jahren ihren Anteil (am BIP) auf gleichem Niveau halten oder sogar senken (Belgien, Dänemark, Kanada, Italien, Schweden). Die Gesamtkosten und die Qualität eines Gesundheitswesens stehen in keinem direkten Zusammenhang miteinander.** In den westlichen Industrieländern bringen zusätzliche Gesundheitskosten nicht mehr Lebenserwartung. Entscheidend sind heute andere Faktoren wie beispielsweise die Ernährung, die Prävention, die Umweltbedingungen oder kulturelle Faktoren. Es ist also möglich, mit einem effizienteren Einsatz der Mittel eine hohe Qualität beizubehalten, ohne dass die Kosten weiterhin derart ansteigen.
- Qualität hat zwar ihren Preis. Umgekehrt sind hohe Ausgaben keine Garantie für Qualität. Im Gegenteil: Medizinisch nicht notwendige Leistungen sind häufig gefährlich (überflüssige Operationen, nicht indizierte Medikamente).
- Das stetige Wachstum der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben ist nicht eine Folge der demographischen Entwicklung der Bevölkerung (Zunahme des Anteils der betagten Personen an der Gesamtbevölkerung). **Die demographische Alterung ist nur zu 20% für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen verantwortlich.** Die Statistiken

weisen zwar höhere Ausgaben für die ältere Bevölkerung auf. Es ist aber die Nähe des Todeszeitpunktes, und nicht das Alter, das die Kosten in die Höhe treibt. Und die meisten Menschen sterben eben in einem hohen Alter.

***Im Schweizerischen Gesundheitswesen gilt heute: Wer profitiert, befiehlt !
(Statt: wer zahlt befiehlt).***

Hat das KVG versagt ?

Die vom KVG vorgeschriebenen oder ausgelösten Kostendämpfungsmassnahmen sind teilweise noch nicht wirksam. Schon heute ist aber klar, dass dieses Gesetz die Erwartungen bezüglich der Kostendämpfung nicht erfüllen kann, weil es am falschen Ort ansetzt und die Grundprobleme nicht anpackt. Die Schaffung von Konkurrenz unter den Versicherern, wie vom KVG eingeführt, reduziert die kostentreibenden Überkapazitäten bei den Leistungserbringer nicht. Hingegen hat sie die Krankenkassen – trotz Risikoausgleich und Aufnahmepflicht - dazu verführt, Kranke und alte Versicherte abzuschieben.

I. Wie will die Initiative die Kosten dämpfen ?

Die Initiative verlangt einen **verstärkten Einsatz und die Koordinierung von Lenkungsmassnahmen**. Überkapazitäten sollen abgebaut, übersetzte Preise gesenkt, Verschwendung verhindert werden.

Sie verlangt, dass **Bund und Kantone für eine wirksame Kostendämpfung sorgen** müssen. Dazu gehören auch Prävention, Schulung usw. **Insbesondere:**

- Müssen die **Kantone Gesundheitsplanungen** erstellen (und damit die Überkapazitäten abbauen).
- Muss der **Bund** die (teure) **Spitzenmedizin regeln** und die **Gesundheitsplanungen** der Kantone **koordinieren**.
- Muss der **Bund** die **Maximalpreise** der Gesundheitsleistungen und der Medikamente festlegen.
- Muss der Bund **Zulassungsbedingungen** für die **Leistungserbringer** erlassen und für eine wirksame Qualitätskontrolle sorgen (z.B. Verringerung der Anzahl Ärzte). Nur so können die Überkapazitäten wirklich abgebaut werden.
- Muss der Bund eingreifen, wenn trotzdem weiterhin zu viele medizinische Leistungen erbracht werden.

Die **kantonale Autonomie** wird aber nicht einfach abgeschafft: Die Kantone können weiterhin im Gesundheitswesen durch innovative Massnahmen für einen effizienten Einsatz der Geldmittel sorgen (Beispiel: Die erfolgreichen Informationskampagnen im Kanton des Tessin). Nur was sinnvollerweise am besten auf Bundesebene gelöst werden kann, soll dem Bund zugeteilt werden. Wenn ein Kanton aber nichts oder nicht genug unternehmen sollte, um die Kosten zu dämpfen, muss der Bund im Interesse der Versicherten eingreifen.

Das **neue Finanzierungssystem** wird ebenfalls **dazu beitragen, einen effizienten Einsatz der Mittel zu fördern**: Der Auftrag, für eine kostengünstige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zu sorgen, und die Festlegung der Mehrwertsteuersätze wie auch der Beiträge der Versicherten werden nämlich in derselben Hand liegen, d.h. bei den eidgenössischen und kantonalen Parlamenten und Regierungen. Erhöhungen der MWSt-Sätze und der Beiträge müssen neu vor dem Volk verantwortet werden, sind unpopulär und schlechte Leistungsausweise, und schaffen bei den Politikern einen Druck, sich für Kostendämpfung einzusetzen.

Gefährden die Kostendämpfungsmassnahmen der Initiative nicht Arbeitsplätze ?

Nein, im Gegenteil: Wenn es uns gelingt, die zu hohen Kosten im stationären Bereich abzubauen, können diese Mittel für einen gezielten Ausbau im ambulanten Bereich eingesetzt werden, der personalintensiver ist, aber insgesamt billiger (Spitex, Langzeitpflege, Pflege Betagter und Hochbetagter).

Führt die Initiative nicht zur Planwirtschaft und zur Staatsmedizin?

Nein. Weder das Gesundheitswesen (Leistungserbringer) noch die Versicherer werden verstaatlicht. Die Konkurrenz zwischen den Versicherern oder die privatwirtschaftliche Tätigkeit als freipraktizierender Arzt sind weiterhin möglich. Der Staat muss aber Leitplanken setzen, damit das Gewinnstreben der Leistungserbringer nicht zu immer höheren Kosten führt, die für die Versicherten keinen Nutzen mehr bringen. Es soll also eine demokratische Kontrolle geben. Damit diejenigen, welche zahlen, auch befehlen.

Könnte der freie Markt diese Probleme nicht besser lösen ?

Nein. Da die Kosten des Gesundheitswesens von den Leistungsanbietern selbst massgeblich beeinflusst werden, funktionieren die üblichen Marktmechanismen nicht. Im Gegenteil: Je mehr Markt, desto höher die Kosten, wie die Entwicklung in der Schweiz und in vielen anderen Ländern deutlich zeigt. Das Land mit dem meisten, nämlich einem völlig unbegrenzten Markt im Gesundheitswesen (USA) hat gleichzeitig auch die höchsten

Kosten, sie sind um 50% höher als in der Schweiz – und ein hohen Bevölkerungsanteil mit einer ungenügenden Gesundheitsversorgung. **Nur mit einer Stärkung der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten kann sichergestellt werden, dass die Gesundheitskosten stabilisiert werden und weiterhin die ganze Bevölkerung Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung hat.**

Stehen die Zulassungsbeschränkungen nicht im Widerspruch zu der Ablehnung des Numerus clausus ?

Zulassungsbeschränkungen und Numerus clausus sind nicht dasselbe. Zulassungsbeschränkungen sind keine Beschränkung der Anzahl Studien- oder Ausbildungsplätze, sondern eine Begrenzung der Anzahl Leistungserbringer, die ihren Beruf zulasten der Krankenversicherung ausüben dürfen. Andere Tätigkeiten, z.B. in der Forschung, im Unterricht, bei Behörden usw. werden davon nicht tangiert.

J. Weitere Auswirkungen der Initiative

Was geschieht mit den Krankenkassen ?

Die Krankenkassen werden nicht abgeschafft, und können weiterhin in Konkurrenz zueinander: Sie können **weiter eine eigenständige** Rolle spielen. Sie sind weiterhin Einkäufer von Leistungen und Verhandlungspartner der Leistungserbringer. Sie werden aber keine Prämien mehr erheben. **Die Mehrwertsteuer und die Beiträge der Versicherten werden von den Steuerbehörden erhoben** (Reduktion der Verwaltungskosten der Kassen!). Der Ertrag wird den Krankenversicherer zugeteilt, pro versicherte Person, nach einem Verteilungsschlüssel gewichtet, der die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherer berücksichtigt (nach Alter, Geschlecht usw). **Erwirtschaftet eine Kasse Überschüsse, dann muss sie diese an ihre Versicherten auszahlen und ist so attraktiver als andere Kassen.** Dadurch bleiben die Krankenkassen weiterhin an einer Kostendämpfung interessiert. Sie müssen aber nicht mehr wie heute für die Untätigkeit der politischen Behörden geradestehen.

Könnte auch die SUVA als Krankenversicherer tätig werden ?

Der von vielen Versicherten gewünschte Markteintritt der SUVA ist unabhängig von der Initiative, und kann dannzumal wie heute vom eidg. Parlament durch einfache Gesetzesänderungen ermöglicht werden.

Was geschieht mit den Zusatzversicherungen ?

Zusatzversicherungen sind weiterhin möglich. Wer Komfort versichern will, der durch die obligatorische Versicherung nicht abgedeckt wird, soll das weiterhin tun können.

Was geschieht mit den alternativen Versicherungsmodellen wie HMO, Gesundheitsnetzwerke, Hausarztssystem ?

Solche Modelle sind grundsätzlich sinnvoll (soweit sie nicht die Solidarität unter Gesunden und Kranken zerstören) und werden weiterhin möglich sein. Krankenkassen und Leistungserbringer behalten die Freiheit, mit innovativen Methoden einen Beitrag zur Kostendämpfung zu erbringen.

Anhang/Beilagen:

- Initiativtext
- ReferentInnenliste
- Berechnungsblatt (aus SP-Dokumentation)

**Eidgenössische Volksinitiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben
(Gesundheitsinitiative)“**

Die unterzeichneten stimmberechtigten Schweizer Bürgerinnen und Bürger stellen hiermit, gestützt auf Art. 121 der Bundesverfassung und nach dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 1976 über die politischen Rechte, Art. 68ff., folgendes Begehren:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 34bis

- 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 hochstehende, 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 Abs. 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 weitergehende 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 aus Art. 34bis Abs. 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 Art. 34bis 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 Art. 34bis auf dem Verordnungsweg.
- 2 Er berücksichtigt dabei insbesondere folgende Grundsätze:
 - a Für die Beiträge der Versicherten gemäss Abs. 3b gilt ein Freibetrag von 20'000 Franken für das Einkommen und von 1'000'000 Franken für das reale Vermögen.
 - b Die in Abs. 3b vorgegebenen Beiträge der Versicherten im Verhältnis des realen Vermögens belaufen sich auf mindestens ein Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten gem. Abs. 3b.

ReferentInnenliste

Barbezat Francis
c/o SEV
Postfach 186
3000 Bern 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Brunner Christiane
c/o SMUV
Postfach 272
3000 Bern 15
TB 031/350 23 61
FB 022/350 22 66

Ecoffey Eva
c/o SMUV
Postfach 272
3000 Bern 15
TB 031/350 21 11
FB 031/350 22 66

Gross Jost
Schellenbergstr. 7
8535 Herdern
TP 052/747 23 90
FP 052/747 23 91

Hausser Dominique
Rue des Gares 25
1201 Genève
TB 021/693 04 09

Leuthy Fritz
Rehhagstr. 33
3018 Bern
T + FP 031/981 09 08

Baumann-Bieri Stephanie
Inselmatt
3262 Suberg
TP 032/389 12 36
FP 032/389 16 08

Cabiallavetta Beat
Bolleystrasse 16/21
8006 Zürich
TB 01/255 11 11
FB 01/255 43 87

Fehr Jacqueline
Ackeretstr. 19
8400 Winterthur
TB 052/224 09 01
FP 052/224 08 99

Gysin Remo
Petersgraben 49
4051 Basel
TP 061/261 71 81
FP 061/261 71 95

Koch Ursula
c/o Bauamt II
Uraniastr. 7
8001 Zürich
TB 01/216 51 11
FB 01/212 15 24

Leuenberger Ernst
Käppelihofstr. 4
4500 Solothurn
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Beer Charles
c/o UNIA
Rue de Perron
1203 Genève
TB 022/310 45 77
FB 022/781 24 45

Cavalli Franco
Dir. Serv. oncologico
cant.
Ospedale San Giovanni
6500 Bellinzona
TB 091/820 86 66
FB 091/820 90 44

Goll Christine
Kornhausstr. 34
8006 Zürich
TB 01/272 81 57

Hafner Ursula
Säntisstr. 45
8200 Schaffhausen
TP 052/625 64 75
FP 052/625 91 32

Küng Zita
c/o GBI
Postfach 915
8021 Zürich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 15 55

Lüthi Ruth
Rte de Berne 15
1700 Fribourg
TB 026/305 29 05

Marti Peter

c/o SMUV
Postfach 272
3000 Bern 15
TB 031/350 21 11
FB 031/350 22 33

Oggier Willy

Ulmenstr. 5
9000 St. Gallen
TP 071/278 65 79
FP 071/278 74 49

Rechsteiner Rudolf

Gasstrasse 65
4056 Basel
TB 061/322 49 15
FB 061/322 49 20

Sax Anna

c/o SP Schweiz
Postfach
3001 Bern
TB 031/311 07 44
FB 031/311 54 14

Schüepp Doris

c/o VPOD
Sonnenbergstr. 83
8032 Zürich
TB 01/266 52 52
FB 01/266 52 53

Zimmermann René

c/o SEV
Postfach 186
3000 Bern 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Rieger Andi

c/o GBI
Postfach 915
8021 Zürich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 15 55

Pedrina Vasco

c/o GBI
Postfach
8021 Zürich
TB 01/295 15 15
FB 01/295 17 99

Ritschard Rolf

c/o Polizeidepartement
Ambassadorshof
4500 Solothurn
TB 032/627 28 20

Schera Giordano

c/o PTT+Z und PTT+D
Postfach 6
3000 Bern 23
TB 031/379 33 33
FB 031/379 33 20

Steiert Jean-François

c/o SP Schweiz
Postfach
3001 Bern
TB 031/311 52 69
FB 031/311 54 14

Weber Hélène

c/o SEV
Postfach 186
3000 Bern 16
TB 031/357 57 57
FB 031/357 57 58

Nova Colette

c/o SGB
Postfach 64
3000 Bern 23
TB 031/371 56 66
FB 031/371 08 37

Rechsteiner Paul

Rosenbergstr. 50
9000 St. Gallen
TB 071/228 41 11
FB 071/228 41 12

Ruchti Hans-Ueli

c/o PTT-U
Oberdorfstrasse 32
3072 Ostermundigen
TB 031/939 52 11
FB 031/939 52 62

Schneider Jacques A.

Avocat
1, rue d'Aoste
1204 Genève
TB 022/312 35 55
FB 022/312 35 58

Tirefort Christian

c/o Gewerkschaft Druck
und Papier
Postfach
3001 Bern
TB 031/390 66 11
FB 031/399 66 91

Wüthrich-Pelloli Urs

c/o VPOD
Sonnenbergstr. 83
8032 Zürich
TB 01/266 52 52
FB 01/266 52 53

Wieviel sparen Sie mit der Initiative?

Jeder und jede Versicherte kann die aktuelle Krankenkassenprämie mit dem Beitrag vergleichen, der nach der Annahme der Initiative anfallen wird. Die Kosten der Krankenversicherungen sollen neu statt mit der unsozialen Kopfprämie je rund zur Hälfte durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer und durch eine einkommens- und vermögensabhängige Krankenkassenprämie gedeckt werden.

1. Heutige Prämie

Die auf den folgenden Seiten abgedruckten Krankenkassenprämien stammen vom Bundesamt für Sozialversicherung. Es handelt sich um die 1998 gültigen Prämien in allen Kantonen.

Vorgehen: Tabelle des Wohnkantons aufschlagen und eigenen Krankenkasse suchen.

Beispiel: Kanton Zürich, Swica.

2. Heutige Prämien-Region

Heute darf jede Krankenkasse in jedem Kanton drei unterschiedliche Prämien-Regionen definieren: Eine teure, eine mittlere und eine günstigere. In welcher Region Ihre Gemeinde liegt, variiert von Kasse zu Kasse und kann deshalb nicht im Detail aufgeführt werden. Als Grundregel gilt: Die Hauptorte sowie die grösseren Agglomerationen der Kantone sind fast immer in der "teuersten" Region. Wenn Sie nicht wissen, in welcher Region Sie sind, nehmen Sie die mittlere Region. Die Tabellen zeigen die Prämien für drei Personengruppen: Für Kinder von 0 bis 18 Jahren, für Erwachsene in Ausbildung (18 bis 25 Jahre) und für Erwachsene.

Vorgehen: Prämien-Region definieren, Personenkategorie bestimmen. Monatlicher Prämienbetrag in Feld A eintragen.

Beispiel: teuerste Region; 2 Erwachsene, 2 Kinder: 583.80 Fr.

3. Zukünftige Mehrwertsteuer-Mehrbelastung

Die zusätzliche, monatliche Belastung durch die Mehrwertsteuer kann der nebenstehenden Tabelle entnommen werden. Die Beträge wurden aufgrund von Angaben der Steuerverwaltung berechnet und gelten als Mittelwerte.

Vorgehen: Betrag in Feld B eintragen

Beispiel: 60'000 steuerbares Einkommen: 74 Fr.

4. Zukünftige Krankenkassen-Prämie.

Die Initiative stützt sich auf das steuerbare Einkommen und auf das reale Vermögen ab (z.B. Liegenschaften zum Verkehrswert und nicht das steuerbare Vermögen). Die Initiative sieht Abzüge für das Einkommen und das Vermögen vor.

Vorgehen: Steuerbares Einkommen in Feld C eintragen, reales Vermögen in Feld F; Abzüge berechnen, mit Umrechnungsfaktor multiplizieren und Felder E bzw. H ausfüllen.

Beispiel: ein steuerbares Vermögen von 60'000 und ein reales Vermögen von 450'000 Fr. ergeben folgende neue Prämienanteile: E = 116 Fr.; H = 0 Fr.

5. Rechnen

Mit dem Taschenrechner in der Hand das untenstehende Formular fertig ausfüllen. Wenn Sie das Beispiel richtig nachgerechnet haben, spart die Beispiel-Familie 4725.60 Franken im Jahr. Sie gehört damit zu den rund 90 Prozent der Bevölkerung, die für die Krankenkasse weniger bezahlen werden.

Steuerbares Einkommen	Zusätzliche MWSt. pro Monat
20'000.-	35 Fr.
30'000.-	48 Fr.
40'000.-	54 Fr.
50'000.-	64 Fr.
60'000.-	74 Fr.
70'000.-	83 Fr.
80'000.-	96 Fr.
90'000.-	111 Fr.
100'000.-	121 Fr.
110'000.-	133 Fr.
120'000.-	146 Fr.
130'000.-	161 Fr.
140'000.-	176 Fr.
150'000.-	191 Fr.

Heutige Monatsprämie für die ganze Familie gemäss Tabellen (Feld A):		A	
Mehrbelastung durch Mehrwertsteuer (Feld B):		B	
Steuerbares Einkommen (Feld C:)	C	Umrechnungsfaktoren mal 0,0029	E
Einkommensabzug laut Initiative	-20'000.-		
Wirksames Einkommen:	D		
Reales Vermögen (Feld D)	F	mal 0,000083	H
Vermögensabzug laut Initiative	- 1 Mio. Fr.		
Wirksames Vermögen: (bei minus = 0)	G		
Monatliche Kosten (B + E + H)		I	
Monatlich Differenz zu heute (Feld A – Feld)		J	
Ersparnis pro Jahr (Feld J x 12)			

Berechnungsblatt

Einsparungen mit der Initiative

- ◆ In Feld A ihre heutige Monatsprämie (für die ganze Familie) eintragen.
- ◆ Die Mehrbelastung durch die Mehrwertsteuer (Feld B) kann der nebenstehenden Tabelle entnommen werden.
- ◆ Das steuerbare Einkommen gehört in Feld C, das reale Einkommen (Verkehrswert) in Feld D. Die von der Initiative vorgesehenen Abzüge beim Einkommen und Vermögen vornehmen! Mit den Umrechnungsfaktoren die einkommens- und vermögensabhängigen, monatliche Krankenversicherungskosten ausrechnen. Falls sich beim Vermögen ein Minus ergibt, gilt Vermögen = 0 (Null).

Wer mit der Initiative mehr zahlt als heute, hat entweder falsch gerechnet oder gehört zu den 10 Prozent Reichsten in diesem Land, die tatsächlich mehr für die Gesundheitskosten zahlen können.

Mehrwertsteuerbelastung

Steuerbares Einkommen	Zusätzliche MWSt. pro Monat
20'000.-	35 Fr.
30'000.-	48 Fr.
40'000.-	54 Fr.
50'000.-	64 Fr.
60'000.-	74 Fr.
70'000.-	83 Fr.
80'000.-	96 Fr.
90'000.-	111 Fr.
100'000.-	121 Fr.
110'000.-	133 Fr.
120'000.-	146 Fr.
130'000.-	161 Fr.
140'000.-	176 Fr.
150'000.-	191 Fr.

Heutige Monatsprämie für die ganze Familie gemäss Tabellen (Feld A):	A
--	---

Mehrbelastung durch Mehrwertsteuer (Feld B):	B
--	---

Steuerbares Einkommen (Feld C:)	C	Umrechnung- Faktoren	E
Einkommensabzug laut Initiative	-20'000.-		
Wirksames Einkommen:	D	Mal 0,0029	

Reales Vermögen (Feld F)	F	Mal 0,000083	H
Vermögensabzug laut Initiative	- 1 Mio. Fr.		
Wirksames Vermögen: (bei minus = 0)	G		

Monatliche Kosten (B + E + H)	I
-------------------------------	---

Monatlich Differenz zu heute (Feld A – Feld I)	J
--	---

Ersparnis pro Jahr (Feld J mal 12)	
------------------------------------	--

Die Reihe SGB-Dokumentation. Bisher erschienen:

- 20 Positionspapiere und Resolutionen des SGB-Kongresses vom 3. - 5. 11. 1994. Mai 1995.
- 21 Mitgliederentwicklung der Gewerkschaften 1993. Mai 1994.
- 22 *Das schweizerische Mitwirkungsgesetz: Umsetzungshinweise. Sept. 1994.
- 23 Den Sozialstaat stärken. Manifest des SGB zur sozialen Sicherheit. Juli 1994.
- 24 Panik ist unbegründet. Zur Finanzierung der Sozialversicherungen in der Schweiz. August 1994.
- 25 Zusammenleben fördern - Rassismus bekämpfen. Gewerkschaftliche Vorschläge. August 1994.
- 26 Zeit ist nicht immer Geld. Der SGB zur Teilrevision des Arbeitsgesetzes. Febr. 1995.
- 27 Gatt - Uruguay-Runde - WTO. Die Sicht der Gewerkschaften. April 1995.
- 28 Vertragsverhandlungen 1994. April 1995.
- 29 Mitgliederentwicklung der Gewerkschaften 1994. August 1995.
- 30 Die Umsetzung des neuen Gesetzes über die Arbeitslosenversicherung. Sept. 1995.
- 31 *Berufliche Vorsorge. Kommentar zu den wichtigsten Aspekten des Freizügigkeits- und des Wohneigentumsförderungsgesetzes.
- 32 Vorschläge zur Verbesserung der Wirtschaftslage. Dez. 1995.
- 33 *Das Gleichstellungsgesetz in der Anwendung. Hinweise zur Anwendung und Auslegung des Bundesgesetzes über die Gleichstellung von Frau und Mann (GlG). Dez. 1995.
- 34 Berufsbildung auf dem Prüfstand. März 1996
- 35 Die Teilrevision des Arbeitsgesetzes. Argumentarium zur Referendumsabstimmung, März 1996.
- 36 Vertragsverhandlungen 1995. März 1996.
- 37 Mitgliederentwicklung der Gewerkschaften im Jahr 1995. Juli 1996.
- 38 Flexible Arbeitszeitmodelle unter der Lupe (Medienorientierung), Oktober 1996
- 39 Die Schweiz kann sich ein besseres Arbeitsgesetz leisten. Oktober 1996.
- 40 Dauerkrise : Fehlende Konjunkturpolitik oder mangelnde Wettbewerbsfähigkeit ? Oktober 1996.
- 41 Der Service public hat Zukunft. November 1996.
- 42 Die Krankenversicherung muss sozialer werden ! Januar 1997.
- 43 Berufsbildung und Lehrstellenmangel - Probleme und Lösungsvorschläge. Februar 1997.
- 44 Die Arbeitszeit verkürzen und flexibler gestalten - Der Vernehmlassungsentwurf zu einer Volksinitiative Februar 1997
- 45 Vertragsverhandlungen 1996 - Eine Übersicht aus dem Bereich der SGB-Gewerkschaften - März 1997
- 46 SGB-Reform – Szenarien zur Entwicklung der Mitgliederverbände, kantonalen Bünde und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes. April 1997.
- 47 Nein zur Taggeldkürzung für Arbeitslose. Juni 1997.
- 48 Massenentlassungen und Betriebsübergänge – Die gesetzlichen Schutz- und Mitwirkungsregelungen. Juni 1997.
- 49 Einbussen in traditionellen Domänen, Erfolge in neuen Segmenten, Mitgliederentwicklung 1996. Juli 1997.
- 50 Ja zur PTT-Reform. Juli 1997.
- 51 Oekonomie ist Frauensache, Ergebnisse des 6. Frauenkongresses vom 23./24. Juni 1997. Juli 1997
- 52 Senkung des Nettoeinkommens der Arbeitslosen: Argumente gegen die systematische Kürzung der Arbeitslosen-Taggelder – Dokumentation zur Volksabstimmung 28.9.1997. August 1997.
- 53 Vertragsverhandlungen 1997, eine Übersicht aus dem Bereich der SGB Gewerkschaften. März 1998.
- 54 Gesundheit muss bezahlbar bleiben. März 1998.
- 55 Mehr Mitwirkung bringt besseren Schutz der Arbeitnehmenden. März 1998.

Nachbestellte Einzelnummern kosten Fr. 4.- pro Ex.; Nachbestellte umfangreiche (= *) Nummern (22, 31,33) kosten Fr. 8.-. Von vergriffenen Nummern kann eine Kopie geliefert werden.

Bestelltalon; einsenden an SGB, z.H. E. Pretto, E. Dupont, Postfach 64, 3000 Bern 23; Fax 031. 371 08 37

Ich **abonniere** die Reihe Dokumentation des SGB:

- zusammen mit dem Pressedienst (Fr. 60.-/Jahr): []

- allein (Fr. 30.-/Jahr): []

Ich bestelle folgende Dokumentation:

Nr. Anzahl Ex.

Nr. Anzahl Ex.

Nr. Anzahl Ex.

Name, Vorname:

Strasse:

Ort.....