

Einheitskrankenkasse

Argumentarien Contra

- Bundesrat / Bundesamt für Gesundheit
- Komitee "Nein zur Scheinlösung Einheitskasse"
- santésuisse



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Nein zur Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskasse»

Am 11. März 2007 stimmen die Bürgerinnen und Bürger über die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» ab. Die vom «Mouvement Populaire des Familles» lancierte Initiative verlangt für die Grundversicherung eine einzige Krankenkasse. Weiter will die Initiative, dass die Prämien in der Grundversicherung nach dem Einkommen und dem Vermögen der Versicherten festgelegt werden. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab: Eine Einheitskasse wäre ein schwerfälliges Gebilde und würde den Wettbewerb beseitigen. Nach Einkommen und Vermögen abgestufte Prämien würden vor allem den Mittelstand belasten. Wesentliche Problem wie das Kostenwachstum werden damit nicht gelöst, und die Reformanstrengungen von Bundesrat und Parlament würden blockiert.

Was will die Initiative?

Die vom «Mouvement Populaire des Familles» lancierte Initiative hat zwei

Hauptanliegen: Zum einen soll die Grundversicherung durch eine einzige Krankenkasse durchgeführt werden, zum anderen sollen die Krankenkassenprämien entsprechend dem Einkommen und Vermögen der Versicherten festgelegt werden. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab: Das heutige System mit mehreren Krankenkassen hat klare Vorzüge. Das Wachstum der Gesundheitskosten wird weder mit einer Einheitskasse noch mit einkommens- und vermögensabhängigen Prämien gebremst.

Was spricht gegen die Initiative?

- Ein grundlegender Kurswechsel ist nicht nötig
Der Bundesrat ist der Auffassung, dass ein System mit mehreren Versicherern in der Grundversicherung klare Vorzüge gegenüber dem Monopol einer einzigen Krankenkasse aufweist. Die Versicherten können ihre Krankenkasse frei wählen. Wenn sie mit der Prämie oder den Dienstleistungen der Kasse nicht zufrieden sind, können sie zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Damit enthält das System wesentliche Wettbewerbselemente, die auch Anreize zu kostendämpfenden und prämiensenkenden Massnahmen fördern. Dieser Wettbewerb würde bei einer Einheitskasse wegfallen und die Qualität der Leistungen würde sinken. Mit der von der Initiative vorgeschlagenen Finanzierung wird es schwieriger, Versicherungsformen mit Prämienrabatten und Anreizen zum Sparen anzubieten.
- Der Mittelstand wird nicht entlastet
Das heutige solidarische System mit Prämien, die unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Versicherten sind (Kopfprämien), hat sich bewährt. Mit der Prämienverbilligung, die mit Mitteln des Bundes und der Kantone geschieht, wird ein sozialer Ausgleich geschaffen. Der Wechsel zu Prämien, die nach dem Einkommen und Vermögen der Versicherten abgestuft sind, kommt einer neuen Steuer gleich. Dies trifft voraussichtlich den Mittelstand besonders hart. Wer und in welchem Ausmass mit der neuen Prämienberechnung zusätzlich belastet wird, ist offen. Wer heute durch die Prämienverbilligung vollumfänglich entlastet wird, kann mit einer neuen Prämienberechnung nicht besser gestellt werden.
- Rasche Entscheidungen sind wegen der Struktur unmöglich
Die Einheitskrankenkasse mit über 7,5 Millionen Versicherten hätte einen überdimensionierten Verwaltungsapparat. Die vorgeschlagene dreigliedrige Leitung dürfte dringende Entscheidungen verzögern, wenn nicht gar blockieren. Ein Drittel der Leitung würde aus den Leistungserbringern bestehen (u.a. Spitäler, Ärzte, Apotheker). Bei Tarifverhandlungen würden diese somit über ihr eigenes Einkommen mitbestimmen.
- Das Problem der steigenden Kosten wird nicht gelöst
Das Hauptproblem der Grundversicherung sind die steigenden Kosten. Die Initiative ändert nur die Struktur und Finanzierung der Grundversicherung,

eliminiert aber die Sparanreize. Damit hilft sie nicht mit, den Anstieg der Kosten und der Prämien besser in den Griff zu bekommen. Ohne Wettbewerb und Sparanreize drohen im Gegenteil zusätzliche Kostensteigerungen.

- Die Verwaltungskosten werden nicht tiefer
Mit einer Einheitskasse werden die Verwaltungskosten nicht zwingend gesenkt. Im Jahre 2005 betragen diese 5,4 Prozent der gesamten Ausgaben der Krankenkassen für die Grundversicherung. Die Kosten fallen unter anderem für die Prüfung der Rechnungen der Versicherten an. Werden die Rechnungen genau geprüft, so hilft das Kosten zu sparen. Damit diese Kontrolle weiterhin sorgfältig gemacht würde, könnte die Einheitskasse nicht mit weniger Angestellten auskommen. Zudem müsste sie über eine angemessene Infrastruktur verfügen und leistungsstarke Informatiksysteme betreiben. Auch von einer Einheitskasse müssten die Versicherten beraten und Tarifverhandlungen geführt werden.
- Keine Garantie, dass das Vermögen der Kassen erhalten bleibt
Das Vermögen der Krankenkassen besteht aus Reserven und Rückstellungen. Reserven sind dazu da, dass bei ausserordentlichen Ereignissen genügend Mittel vorhanden sind. Der Bundesrat hat eine schrittweise Reduktion der Reserven beschlossen, die ab 2007 wirken wird. Mit den Rückstellungen werden nicht abgerechnete Leistungen der Vorjahre bezahlt. Mit der Neuorganisation müssten die Krankenkassen ihr ganzes Vermögen der Grundversicherung auf die neue Einheitskasse übertragen. Die Initiative garantiert nicht, dass dieses Vermögen während der Übergangszeit erhalten bleibt. Falls Vermögen noch vorhanden wäre, müssten die Kassen unter Umständen entschädigt werden. Langwierige rechtliche Auseinandersetzungen und hohe Aufbaukosten wären die Folge. Auch eine Einheitskasse müsste für ausserordentliche Ereignisse Reserven äufnen.

Anfrage zum Thema: kv@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
[Kontakt](#) | [Rechtliche Grundlagen](#)

<http://www.bag.admin.ch/einheitskasse/03405/03516/index.html?lang=de>



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Häufige Fragen

Was für Angebote hätte die Einheitskasse?

Bei einer Einheitskasse gibt es keinen Wettbewerb. Die Versicherten können ihre Krankenkasse nicht mehr auswählen und wechseln. Massgeschneiderte Angebote würden erschwert.

Was hätte ein massiver Abbau der Reserven, wie sie die Initiantinnen und Initianten fordern, zur Folge?

Ein massiver Abbau der Reserven würde die finanzielle Sicherheit der Einheitskasse in aussergewöhnlichen Situationen in Frage stellen. Das könnte unter Umständen den Steuerzahler zusätzlich belasten.

Auf die Prämienhöhe hätte dieser Abbau nur im Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit der Einheitskasse überhaupt eine Wirkung. Dies unter der Voraussetzung, dass überhaupt noch Reserven von den bestehenden Krankenkassen an die Einheitskasse übertragen werden.

Was will die Initiative?

Die vom «Mouvement Populaire des Familles» lancierte Initiative hat zwei Hauptanliegen: Zum einen soll die Grundversicherung durch eine einzige Krankenkasse durchgeführt werden, zum anderen sollen die Krankenkassenprämien entsprechend dem Einkommen und Vermögen der Versicherten festgelegt werden.

Wer würde die Grundversicherung durchführen?

Eine einzige Krankenkasse für mehr als 7,5 Millionen Versicherte.

Weshalb will der Bundesrat am heutigen System grundsätzlich festhalten?

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass ein System mit mehreren Versicherern in der Grundversicherung klare Vorzüge gegenüber dem Monopol einer

einzigsten Krankenkasse aufweist. Die Versicherten können ihre Krankenkasse frei wählen. Wenn sie mit der Prämie oder den Dienstleistungen der Kasse nicht zufrieden sind, können sie zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Damit enthält das System wesentliche Wettbewerbselemente, die auch Anreize zu kostendämpfenden und prämienvirksamen Massnahmen geben. Dieser Wettbewerb würde bei einer Einheitskasse wegfallen und die Qualität der Leistungen würde sinken. Mit der von der Initiative vorgeschlagenen Finanzierung wird es schwieriger, Versicherungsformen mit Prämienrabatten und Anreizen zum Sparen anzubieten.

Wie hoch wären die Verwaltungskosten der Einheitskasse?

Die Verwaltungskosten betragen im Jahr 2005 5,4 Prozent der gesamten Ausgaben. Die Initiantinnen und Initianten versprechen sich von einer Einheitskasse grössere Einsparungen bei den Verwaltungskosten. Das ist sehr ungewiss, da auch eine Einheitskasse mit 7,5 Millionen Versicherten verwaltet werden müsste (Prämieninkasso, Leistungen abrechnen, Kostenkontrolle, Kundendienst für die Versicherten). Es ist daher eher unwahrscheinlich, dass die Verwaltungskosten noch weiter gesenkt werden könnten.

Wie wäre die Einheitskasse organisiert?

Die Rechtsform und die Verwaltungsstruktur der Einheitskasse sind noch offen. Fest steht aber die Zusammensetzung der Führungsgremien. Vorgesehen sind ein Verwaltungsrat und ein Aufsichtsrat. In beiden Räten sollen die Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertretung der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten sein.

Wie würde die Grundversicherung finanziert?

Die Initiative regelt nur rudimentär den Prämienteil der Finanzierung. Dieser soll nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden. Die Ausarbeitung im Einzelnen wird dem Gesetzgeber überlassen. Wer mehr und wer weniger zahlt, ist noch nicht absehbar.

Wozu benötigen die Krankenkassen Reserven?

Die Reserven stellen bei den Krankenkassen die Eigenmittel dar und erlauben ihre Zahlungsfähigkeit zu sichern. Zweck der Reserven ist vor allem das Unternehmerrisiko (Bestandesänderungen, falsche Budgetbeurteilung, Einbruch der Börsenwerte) sowie die branchenspezifischen Risiken (z.B. Epidemien, aussergewöhnliche Anzahl schwerer Fälle) zu decken. In einem gewissen Ausmass müsste auch eine Einheitskasse über Reserven verfügen.

Wozu braucht eine Krankenkasse Rückstellungen?

Die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle (versicherungstechnische Rückstellungen) sind dazu da, nicht abgerechnete Kosten für medizinische Leistungen der Vorjahre zu bezahlen. Rückstellungen sind nötig unabhängig davon, ob eine oder mehrere Krankenkassen bestehen.



Faktenblatt

Datum:

22. Dezember 2006

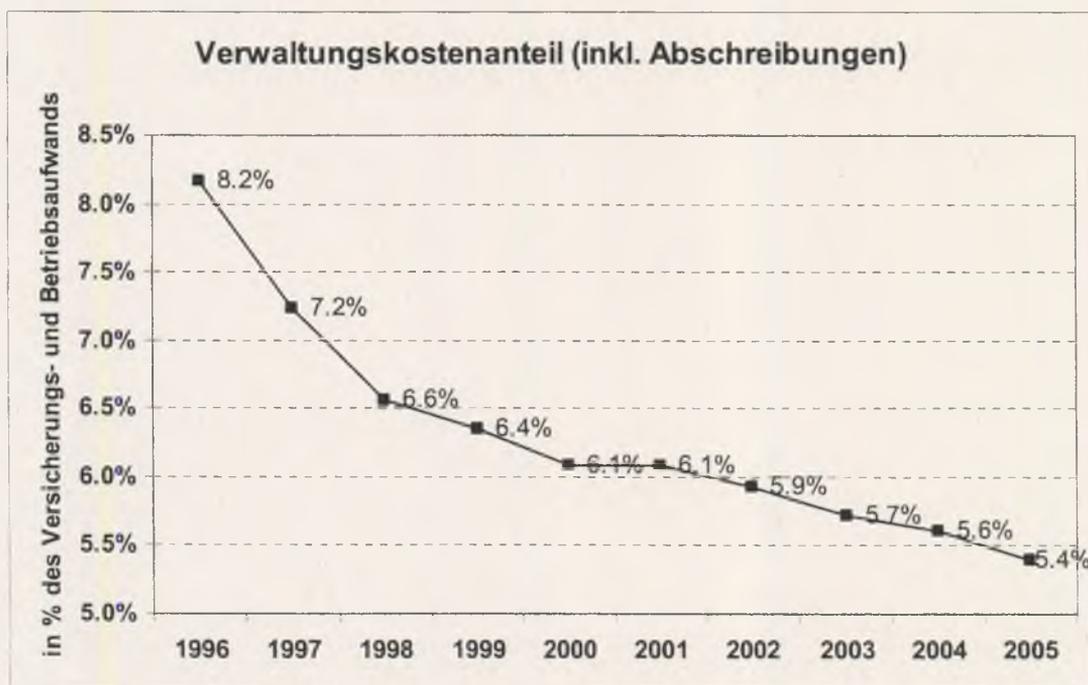
Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer

Betriebskosten der Versicherer

Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer stellen die eigentlichen Betriebskosten dar, welche für die Durchführung der sozialen Krankenversicherung aufgewendet werden. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erfüllen die Krankenversicherer einen öffentlichen Auftrag. Sie haben die Verwaltungskosten für die soziale Krankenversicherung gemäss Art. 22 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass zu beschränken. Eine wesentliche Aufgabe der Versicherer ist die Kostenkontrolle. Diese hatte bisher Kosteneinsparungen zur Folge, die über die gesamten Verwaltungskosten hinausgingen. Es lohnt sich daher, für diese Aufgabe Ressourcen einzusetzen.

Im Verhältnis zu den Gesamtausgaben ist der Prozentanteil der Verwaltungskosten gering:



Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BAG

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Telefon +41 31 323 70 66, www.bag.admin.ch

Seit der Einführung des KVG im Jahr 1996 ist der Verwaltungskostenanteil in der OKP im Verhältnis zu den Gesamtausgaben (Versicherungs- und Betriebsaufwand) von 8.2 Prozent im Jahr 1996 auf 5.4 Prozent im Jahr 2005 kontinuierlich gesunken.

Berechnet man die Verwaltungskosten von den Prämien, ergibt sich folgendes Bild: 5.3 % der Prämien werden für die Verwaltungskosten eingesetzt. Die durchschnittliche Monatsprämie über alle Versicherungsformen und Altersgruppen in der OKP beträgt im 2005 CHF 207, davon werden 11 Franken für die Verwaltungskosten eingesetzt.

Kosten der Krankenversicherer im Total und pro versicherte Person

Jahr	Bezahlte Leistungen CHF (Nettokosten)		Verwaltungskosten CHF	
	Total	Versicherte Person	Total	Versicherte Person
1996	10.8 Mia.	1'498	959.8 Mio.	133
1997	11.4 Mia.	1'575	893.2 Mio.	124
1998	11.9 Mia.	1'645	854.9 Mio.	118
1999	12.4 Mia.	1'711	854.2 Mio.	118
2000	13.1 Mia.	1'815	863.3 Mio.	119
2001	14.0 Mia.	1'910	908.9 Mio.	124
2002	14.6 Mia.	1'983	923.6 Mio.	125
2003	15.3 Mia.	2'074	949.1 Mio.	128
2004	16.3 Mia.	2'198	987.4 Mio.	133
2005	17.4 Mia.	2'327	999.1 Mio.	134

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, BAG

In absoluten Zahlen betrachtet sind die Verwaltungskosten im Jahr 1996 von 960 Millionen bis 2005 auf 999 Millionen leicht gestiegen, dieses Wachstum entspricht 3.93 Prozent. Im gleichen Zeitraum stiegen die Versicherungskosten (Bezahlte Leistungen) im 1996 von 10.8 Milliarden auf 17.4 Milliarden im 2005 an. Der Anstieg betrug über ein Drittel, d.h. 37.87 Prozent.

Zu den Verwaltungskosten gehören Personalkosten, die Kosten für Immobilien, Einrichtungen, die EDV und Versicherungs- und Verbandsbeiträge, aber auch Werbeaufwendungen und Abschreibungen. Das Ergebnis einer Umfrage bei den Krankenversicherern zeigt auf, dass für den Abschluss einer OKP-Versicherung immer weniger und zum Teil gar keine Provisionen bezahlt werden. Das BAG verlangt in der Rechnungslegung Transparenz über die Aufteilung der Marketing- und Werbekosten inkl. Provisionen in den Bereichen Grund- und Zusatzversicherung

Die Aufsichtsbehörde prüft bei sämtlichen Krankenversicherern die Höhe der Verwaltungskosten sowie die Verteilschlüssel, und schreitet bei erkennbaren Fehlentwicklungen ein. Das BAG untersucht dazu die Entwicklung der Verwaltungskosten aller Versicherer über mehrere Jahre und gruppiert in Grösse und Struktur vergleichbare Versicherer, um in diesen Gruppen überhöhte Verwaltungskosten erkennen zu können. Den für die Kostenkontrolle eingesetzten Verwaltungskosten kommt eine andere Bedeutung zu als jenen, die für Marketing und Akquisition benötigt werden. Es gilt daher, die Marketingkosten möglichst gering zu halten und für eine wirksame Kostenkontrolle besorgt zu sein. Die Beschränkung der Verwaltungskosten auf ein für die wirtschaftliche Durchführung der Krankenversicherung erforderliches Mass wird von den unabhängigen Revisionsstellen geprüft und dem BAG bestätigt.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Telefon 031 323 70 66, www.bag.admin.ch

Im Sinne von Art. 22 Abs. 1 KVG achtet das BAG dabei darauf, dass die soziale Krankenversicherung nicht zu Gunsten der Zusatzversicherungen mit Verwaltungskosten belastet wird, und akzeptiert dabei auch für die Grundversicherung eher vorteilhafte Verteilschlüssel. Im Übrigen hat sich der Verteilschlüssel an den Versichertenzahlen, dem Leistungsumfang der einzelnen Versicherungssparten und auch an der Komplexität der Leistungsabwicklung zu orientieren. Ausschlaggebend ist, dass alle Krankenversicherer über einen transparenten und nachvollziehbaren Verwaltungskostenverteilschlüssel verfügen müssen, um die Aufteilung der Verwaltungskosten zu rechtfertigen und die Gesetzmässigkeit durch die Aufsichtsbehörde überprüfbar zu machen.

Verwaltungskosten optimieren

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Versicherer kein grundsätzliches Interesse an hohen Verwaltungskosten und der damit verbundenen Belastung ihrer Prämien haben. Mit dem im KVG vorgesehenen System des Wettbewerbs unter den Krankenversicherern werden diese auch motiviert, ihre Verwaltungskosten nicht über das für die wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass steigen zu lassen. Sie sind vor allem selbst dafür verantwortlich, dass sie ihre Ressourcen gezielt für eine optimale und gesetzmässige Umsetzung ihrer öffentlichrechtlichen Aufgabe, die Durchführung der sozialen Krankenversicherung, einsetzen.

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die korrekte Zuteilung der Verwaltungskosten durch die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und die aktuellen Kontrollmechanismen grundsätzlich gesichert ist.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Telefon 031 323 70 66, www.bag.admin.ch



Faktenblatt

Datum:

22. Dezember 2006

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Prämienverbilligung

Gesamtsubvention

Seit Januar 1996 ist das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft. Danach muss jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz für Krankenpflege versichert sein (Obligatorium). Die Prämien für die Versicherung werden unabhängig vom Einkommen einheitlich pro Person von den Krankenkassen festgelegt. Als soziales Korrektiv ist im KVG vorgesehen, die Krankenkassenprämien für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge zu verbilligen. Zudem wird neu bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung die Prämie um mindestens 50% verbilligt.

Artikel 65 KVG schreibt vor, dass die Prämienverbilligungen so festzulegen sind, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone grundsätzlich voll ausgezahlt werden. Jeder Kanton hat die Möglichkeit, den von ihm zu übernehmenden Betrag um maximal 50 Prozent zu kürzen, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Im Jahre 2005 sind von den in der Schweiz versicherten Personen in die Grundversicherung rund 18.5 Milliarden Franken bezahlt worden. Diese Prämien wurden durch den Bund und durch die Kantone um rund 3.2 Milliarden Franken verbilligt.

Leistungen Bund und Kantone

Für den Vollzug der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig. Es ist Sache eines jeden Kantons, den Kreis der Begünstigten, die Höhe der staatlichen Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten festzulegen. Wir finden grosse Unterschiede bei den kantonalen Systemen, die einen Vergleich erschweren. Es wird deshalb periodisch die Wirksamkeit der Prämienverbilligung durch eine externe Studie überprüft.

Im Jahre 2005 stand ein Höchstbetrag von 3.6 Milliarden Franken zu Verfügung. Davon wurden insgesamt 3.2 Mia. Franken Prämienverbilligung ausgezahlt. Der vom Bund gewährte Betrag entsprach 64.4%, die Kantone zahlten 35.6%. In der Schweiz bekamen 2'262'160 Versicherte Prämienverbilligung, das waren 30.4% aller Versicherten. Durchschnittlich wurden CHF 1'415.- pro Person gezahlt und pro Haushalt CHF 2'633.-.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Telefon +41 31 323 70 66, www.bag.admin.ch

Bei Personen, die Sozialhilfe beziehen, wird die gesamte Prämie für die Grundversicherung als Grundbedarf berechnet. Die Sozialhilfebehörden (Gemeinden oder Kanton) bekommen von der kantonalen Prämienverbilligungsstelle jährlich ihre Ausgaben ersetzt. Im Jahr 2005 wurden 194'315 (8.6% der Begünstigten) die Prämienverbilligung mit der Sozialhilfe ausgezahlt. Bei den Ergänzungsleistungen wird ebenfalls eine Krankenkassenprämie (Durchschnittsprämie) in den Grundbedarf eingerechnet. Für 2005 waren das 266'861 Personen (11.8% der Prämienverbilligungsbezüger).

Im Jahresvergleich (2002 bis 2005) steigt das gesamte Prämiensoll stärker als die ausgerichteten Prämienverbilligungsleistungen, so dass der prozentuale Anteil der Prämienverbilligung am Prämiensoll geringfügig sinkt. Ferner wurden durch die Kantone Systemanpassungen durchgeführt, so dass die Obergrenzen für die Prämienverbilligung im Durchschnitt gesenkt worden. Die Zahl der PV-Bezüger nahm geringfügig ab, die Leistungen auf diesen Bezügerkreis aber konzentriert, so dass der durchschnittliche Beitrag pro Bezüger und pro Haushalt im Jahresvergleich stieg.

Wirksames Instrument

Die Prämienverbilligung ist in sich ein wirksames Instrument und das adäquate soziale Korrektiv zur Einheitsprämie. Es berücksichtigt die kantonalen Unterschiede. Um die ausgerichteten Prämienverbilligungsleistungen im Verhältnis zum Prämiensoll anzugleichen, hat das Parlament jeweils 100 Millionen Franken für die Jahre 2006 und 2007 zusätzlich budgetiert. Damit sollen bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen werden.

Beilage

Zusammenfassung der Daten Prämienverbilligung 2002 – 2005.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Telefon +41 31 323 70 66, www.bag.admin.ch



Erhebungsjahr	2002	2003	2004	2005
Prämiensoll Total:	Fr. 15'355 Mio.	Fr. 16'820 Mio.	Fr. 18'029 Mio.	Fr. 18'496 Mio.
Ausgerichtete Leistungen (Bund und Kantone):				
Anzahl Versicherte:	Fr. 2'892 Mio. 7'344'632	Fr. 3'066 Mio. 7'372'505	Fr. 3'170 Mio. 7'383'574	Fr. 3'202 Mio. 7'435'865
Anzahl Prämienverbilligungs(PV)-Bezügler:	2'433'822	2'427'518	2'361'377	2'262'160
Anzahl subventionierte Haushalte:	1'289'405	1'287'365	1'245'875	1'215'989
Bezügerquote:	33.10%	32.90%	32.00%	30.40%
Durchschn. ausbezahlter PV-Betrag pro Bezüger:	Fr. 1'188.-	Fr. 1'263.-	Fr. 1'342.-	Fr. 1'415.-
Durchschn. ausbezahlter PV-Betrag pro Haushalt:	Fr. 2'243.-	Fr. 2'381.-	Fr. 2'544.-	Fr. 2'633.-
Ausgerichtete PV-Leistungen im Verhältnis zum Prämiensoll:	18.80%	18.20%	17.60%	17.30%
Anteil EL-Bezügler an PV-Bezügern	10.10%	8.50%	10.70%	11.80%
Anteil Sozialhilfe-Bezügler an PV-Bezügern	5.80%	4.90%	7.60%	8.60%
Anteil der 0-18-Jährigen an PV-Bezügern	29.40%	29.20%	28.80%	28.60%
Anteil subventionierte HH nach HH-Grösse				
1 Person:	58.20%	58.20%	58.90%	59.50%
2 Personen:	16.50%	16.70%	16.70%	16.70%
3 Personen:	8.09%	8.30%	8.20%	8.30%
4 Personen:	10.85%	10.50%	10.40%	9.90%
5 Personen und mehr:	6.34%	6.20%	5.90%	5.60%
Davon alleinerziehend:	7.33%	7.50%	8.00%	8.30%
Obergrenze des Massgebenden Einkommens in Fr., CH-Durchschnitt				
Hauhaltsvorstand alleinstehend/alleinerziehend				
Keine Kinder:	31'142.-	31'274.-	32'288.-	30'689.-
1 Kind:	43'242.-	43'611.-	45'525.-	43'016.-
2 Kinder:	51'197.-	51'769.-	54'240.-	50'537.-
3 Kinder:	58'938.-	60'956.-	63'549.-	59'131.-
Hauhaltsvorstand verheiratet				
Keine Kinder:	51'566.-	52'791.-	51'289.-	51'358.-
1 Kind:	61'041.-	61'003.-	60'600.-	59'770.-
2 Kinder:	69'143.-	69'609.-	68'486.-	67'089.-
3 Kinder:	76'759.-	78'164.-	76'903.-	74'833.-

Massnahmen Krankenversicherung

1. Krankenversicherungsgesetz KVG

Reformpaket von 7 Botschaften:

2004:

- Vorlage 1A: Strategie und dringliche Punkte
- Vorlage 1B: Vertragsfreiheit
- Vorlage 1C: Prämienverbilligung
- Vorlage 1D: Erhöhung Selbstbehalt auf 20%
- Vorlage 2A: Spitalfinanzierung
- Vorlage 2B: Managed Care

2005:

Vorlage zur Neuregelung der Pflegefinanzierung

Realisiert:

- Vorlage 1A: Verlängerung Risikoausgleich; Einfrierung Pflorgetarife; Verlängerung Zulassungsstopp; Versichertenkarte; Artikel 59: Sanktionen gegen Leistungserbringer

Vom Parlament im Oktober 2004 verabschiedet; in Kraft seit 1. Januar 2005

- Vorlage 1C: Neuregelung der Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene bei unteren und mittleren Einkommen; Artikel 64a: Folgen der Nichtzahlung der Prämien – Wechsel erst nach Begleichung der Zahlungsausstände möglich

Vom Parlament im März 2005 verabschiedet; in Kraft seit 1. Januar 2006

Hängig im Parlament:

- Vorlage 1B: noch von keinem Rat und keiner Kommission behandelt
- Vorlage 1D: vom Ständerat im Herbst 2004 verabschiedet; zur Zeit beim Nationalrat (SGK-N)
- Vorlage 2A: Kompromissmodell vom Ständerat im März 2006 verabschiedet; Vorlage wurde von der Kommission des Nationalrates (SGK-N) modifiziert und kommt in der Frühjahressession 2007 in den Nationalrat

- Vorlage 2B: wurde von der Kommission des Ständerates (SGK-S) beraten und kommt in der Wintersession 2006 in den Ständerat
- Vorlage Pflegefinanzierung: modifizierte Vorlage vom Ständerat in der Herbstsession 2006 verabschiedet; zur Zeit beim Nationalrat (SGK-N)

2. Krankenversicherungsverordnung KVV (Verordnung Bundesrat)

Realisiert:

2003:

- Erhöhung der Franchise von 230 auf 300 SFR
- Erhöhung des Maximalbetrages des Selbstbehaltes von 600 auf 700 SFR
- Vereinheitlichung der Mindestreservesätze für kleine und mittlere Versicherer: 20% für alle Versicherer mit bis zu 250'000 Versicherten; für Versicherer mit mehr als 250'000 Versicherten wie bisher 15%
- Massnahmen zur Bekämpfung von Missbräuchen im Laborbereich

Alle Massnahmen sind auf den 1. Januar 2004 in Kraft getreten

2004:

- Liberalisierung der Jahresfranchisen (Erhöhung bis auf 2500 SFR)
- Rabattierungsvorschriften für Jahresfranchisen zur Stärkung der Solidarität

Alle Massnahmen sind auf den 1. Januar 2005 in Kraft getreten

2005:

- Verlängerung der Zulassungsbeschränkungsverordnung („Zulassungsstopp“) von Juli 2005 bis Juli 2008
- Verschiedene Verordnungsänderungen per 1. Januar 2006. Von besonderer Bedeutung: Ermächtigung EDI (Kompetenzdelegation) zur Festsetzung eines differenzierten Selbstbehaltes für Medikamente

Einführung des differenzierten Selbstbehaltes für Medikamente (10% für Generika und 20% für Originalpräparate) auf den 1. Januar 2006. Spareffekt SFR 100-150 Millionen pro Jahr

2006:

- Lockerung des Territorialitätsprinzips: Zulassung von Pilotprojekten zur grenzüberschreitenden Versorgung
- Anpassung der Bestimmungen zur Festsetzung und Überprüfung der Medikamentenpreise (Umsetzung Protokoll mit der Pharmaindustrie)
- Prämienbefreiung für Rekruten ab 1. Dienstag
- Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz und Verhinderung der Risikoselektion
- Senkung der Mindestreservesätze für die Versicherer: 10% für Versicherer mit mehr als 150'000 Versicherten; 15% für Versicherer mit 50'000 bis 150'000 Versicherten; 20% für Versicherer mit weniger als 50'000 Versicherten. Schrittweise Umsetzung ab 1. Januar 2007

Alle Massnahmen sind im Mai 2006 in Kraft getreten

In Vorbereitung:

- Verordnungsänderungen (KVV) per 1. März 2007: Grundsätze zur Tarifgestaltung, Folgen des Zahlungsverzugs etc.
- Verordnung über die Versichertenkarte (VVK) per 1. März 2007; Einführung der Versichertenkarte ab 1. Januar 2008

3. Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV (Verordnung EDI)

Realisiert:

2004:

Anpassung der Rahmentarife im Pflegebereich per 1. Januar 2005

2005:

- Streichung der Komplementärmedizin aus dem Leistungskatalog per 1. Juli 2005; Einspareffekt: SFR 80 Millionen pro Jahr
- Begründung der Leistungspflicht für die Lebendlebertransplantation - Beschränkung auf zwei Zentren (Genf und Zürich)
- Einführung des differenzierten Selbstbehaltes für Medikamente (10% für Generika und 20% für Originalpräparate) auf den 1. Januar 2006. Spareffekt SFR 100-150 Millionen pro Jahr

- Reduktion des Taxpunktwertes für die Laboranalysen von 1 Franken auf 90 Rappen per 1. Januar 2006; Einspareffekt: SFR 60 Millionen pro Jahr
- Reduktion der Höchstvergütungsbeträge für die Mittel und Gegenstände um 10 Prozent per 1. Januar 2006; Einspareffekt: SFR 25 Millionen pro Jahr

2006:

- Anpassung der Bestimmungen zur Festsetzung und Überprüfung der Medikamentenpreise (Umsetzung Protokoll mit der Pharmaindustrie)
- Begründung der Leistungspflicht für gewisse Impfungen
- Neuregelung der Vergütung der Psychotherapie per 1. Januar 2007; Spareffekt noch nicht bezifferbar

In Vorbereitung:

- Massnahmen im Bereich Medikamente per 1. Juli 2007
- Revision Analysenliste per 1. Juli 2007
- Revision MiGeL per 1. Januar 2008
- Laufende Überprüfung Leistungskatalog

4. Übrige Massnahmen

- 2003: Volksabstimmung 9. Februar 2003 - Annahme des dringlichen Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen
- 2003: Volksabstimmung 18. Mai 2003 - Ablehnung der SP-Gesundheitsinitiative
- 2003: Vereinheitlichung der Prämienregionen per 1. Januar 2004; Ziel: Erhöhung der Transparenz und Vergleichbarkeit der Prämien
- 2005: Neue Rabattierungsregeln in verschiedenen Bereichen per 1. Januar 2006; Ziel: Stärkung der Solidarität
- 2005: Botschaft des Bundesrates zur Prämiensenkungsinitiative der SVP; wird zur Zeit vom Nationalrat (SGK-N) beraten
- 2005: Botschaft des Bundesrates zur Initiative Einheitskasse; vom Parlament behandelt; Volksabstimmung: 11. März 2007
- 2006: Umsetzung des Protokolls mit der Pharmaindustrie: Senkung der Medikamentenpreise und Förderung der Generika; Einspareffekt mindestens SFR 250 Millionen pro Jahr
- 2006: Botschaft des Bundesrates zur Initiative Komplementärmedizin; wird zur Zeit vom Nationalrat (SGK-N) beraten

NEIN ZUR SCHEINLÖSUNG EINHEITSKASSE

NEIN zum Verlust der Wahlfreiheit!

NEIN zu schlechterer Qualität im Gesundheitswesen!

NEIN zu neuen Gesundheitssteuern!

**NEIN
DANKE!**

11. März 2007



QUALITÄTS- UND LEISTUNGSABBAU?

Wie wirkt sich eine staatliche Einheitskasse auf die Leistungsqualität im Gesundheitswesen aus?

- 122 Die staatliche Einheitskasse als Monopolistin eliminiert alle Sparanreize. Die Kostenspirale wird sich noch rascher drehen. So entstehen mit der Einheitskasse Defizite und Schulden. In der Folge müssten die Leistungen bei den Patienten abgebaut werden.
- 123 Die schmerzhafteste Erfahrung mit der IV und Beispiele von ausländischen Einheitskassen zeigen es deutlich: Staatliche Sozialversicherungen sind ineffizient und anfällig für Schulden. Die Folge: Langwierige Sanierungsmassnahmen, sinkende Qualität im Gesundheitswesen und spürbare Leistungseinschränkungen für die Patienten.



Die Einheitskasse führt zu einer deutlichen Verschlechterung der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz.

EINHEITSKASSE BIETET KEINE LÖSUNG



«Die Einheitskasse schafft das Verursacherprinzip ab, denn die Prämien richten sich nur noch nach dem Einkommen. Zudem verlieren die Versicherten die Möglichkeit, ihre persönliche Prämie mit der Wahlfranchise zu beeinflussen. Der mangelnde Anreiz zur Eigenverantwortlichkeit der Versicherten treibt die Kosten mit der Einheitskasse noch schneller in die Höhe.»

Charles Favre, Nationalrat, FDP, Präsident H+



«Mit der Einführung einer Einheitskasse beträgt die zusätzliche Steuerbelastung rund 15 Prozent des massgeblichen steuerbaren Einkommens. Davon betroffen sind insbesondere die mittleren Einkommenschichten, die mit einem markanten Prämienanstieg konfrontiert sein werden.»

Lucrezia Meier-Schatz, Nationalrätin, CVP, St.Gallen

«Sympathisch tönen die einkommensabhängigen Prämien, die zusammen mit der Einheitskasse eingeführt werden sollen: Wer viel verdient, soll höhere Prämien zahlen, wer wenig verdient, entsprechend tiefe. Aber: Wie werden diese einkommensabhängigen Prämien ausgestaltet, damit der Mittelstand nicht über Gebühr zur Kasse gebeten wird? Die Stiftung für Konsumentenschutz SKS empfiehlt deshalb, andere Wege zu prüfen.»

Stiftung für Konsumentenschutz SKS im K-Tipp Nr. 11 / 2006

Eidgenössisches Komitee «Nein zur Scheinlösung Einheitskasse»

Dem Komitee gehören über 130 eidg. Parlamentarierinnen und Parlamentarier an.

Im Co-Präsidium sind:

Roland **Borer**, Kestenholz. Martine **Brunschwig Graf**, Genève. Didier **Burkhalter**, Neuchâtel. Christophe **Darbellay**, Martigny-Croix. Jean Henri **Dunant**, Basel. Felix **Gutzwiller**, Zürich. Christiane **Langenberger**, Romanel-sur-Morges. Hansjörg **Hassler**, Donath. Thérèse **Meyer**, Estavayer-le-Lac. Guy **Parmelin**, Bursins. Fulvio **Pelli**, Lugano. Jean-François **Rime**, Bulle. Claude **Ruey**, Nyon. Urs **Schwaller**, Tafers. Philipp **Stähelin**, Frauenfeld. Andreas **Zeller**, Flawil.



SCHEINLÖSUNG EINHEITSKASSE

- 29 Die 87 Krankenversicherer würden durch eine einzige, staatliche Monopolkasse ersetzt.
- 34 Die Krankenkassenprämien sollen durch eine neue Gesundheitssteuer einkommensabhängig erhoben werden.

Damit wird Versicherten und Stimmbürgern vorgegaukelt, die Einheitskasse zeige eine Lösung für die Probleme des Gesundheitswesens auf. Das Gegenteil ist der Fall. Die Scheinlösung Einheitskasse schafft nur neue und teure Probleme.

Direkt am Ziel vorbei – kein Kostenrückgang zu erwarten!

Die grössten Kosten im Gesundheitswesen verursachen nicht die Krankenversicherer, sondern Spitäler, Medikamente und Ärzte.

Kostenfaktoren im Schweizer Gesundheitswesen (2005):

Arztkosten 23%

Medikamente (ohne Spital) 21%



Spitem 10%

Spital 37%

Übrige 9%
(z.B. Labor, Physiotherapie etc.)

Die Verwaltungsaufwände der in Konkurrenz stehenden Krankenversicherer (inklusive aller Werbe- und Wechselkosten) betragen gerade noch 5,4 Prozent der Gesamtkosten in der Grundversicherung – Tendenz seit Jahren sinkend!

Neue Gesundheitssteuern belasten gerade mittlere Einkommen zusätzlich. Die Einheitskasse führt zu neuen Gesundheitssteuern von 15 Prozent des steuerbaren Einkommens. Sie würde damit gerade diejenigen zusätzlich treffen, die sie zu entlasten vorgibt, nämlich die mittleren Einkommen.

Unser heutiges System ist sozial. Ein Drittel der Bevölkerung profitiert heute von der individuellen Prämienverbilligung. 40 Prozent der Grundversorgung werden zudem schon heute über Steuern finanziert. Dadurch wird ein Grossteil der Schweizer Gesundheitskosten schon heute von den besser Verdienenden getragen.

SICH FREIWILLIG DER EINHEITSKASSE AUSLIEFERN?

Eine Einheitskasse würde unser Recht, die Krankenversicherung selbst zu wählen, abschaffen.

- Die Einheitskasse wäre für die Versicherten die einzige Anlaufstelle. Aus Kunden werden Bittsteller, die der Einheitskasse vollkommen ausgeliefert wären.
- Sie könnten nicht mehr die für Sie passende Krankenversicherung aussuchen. Das Prämiensparen mit Wahlfranchisen oder Hausarztmodell wäre nicht mehr möglich.
- Die Möglichkeit des Kassenwechsels zwingt die Krankenversicherer heute zu hoher Servicequalität und Effizienz. Die Einheitskasse hätte diese Anreize nicht mehr.

GELD VERSCHLEUDERN UND ARBEITSPLÄTZE OPFERN?

Was bedeutet die Einheitskasse für die knapp 10000 Mitarbeitenden der Krankenversicherer?

- Die Initianten haben keine Vorstellung, wie der Übergang zur Einheitskasse bewerkstelligt werden soll. Sicher müsste allen Krankenversicherungsangestellten gekündigt werden. Wo und wie viele Betroffene von der Einheitskasse wieder eingestellt würden, ist offen. Vor allem die knapp 4000 Arbeitsplätze in den regionalen Sektionen und Agenturen würden durch eine zentralisierte Einheitskasse gefährdet.
- Für einen solch radikalen Systemwechsel wäre ein beträchtlicher Reorganisationsaufwand notwendig, den wir mit unseren Prämien bezahlen müssten.

NEUE GESUNDHEITSSTEUER FÜR DEN MITTELSTAND?

Die Einheitskasse führt zu einer neuen Gesundheitssteuer.

- Die neue Gesundheitssteuer würde rund 15 Prozent des Einkommens ausmachen.
- Nicht die Reichen hätten die Hauptlast der neuen Gesundheitssteuer zu tragen, sondern die mittleren Einkommen (steuerbares Einkommen 60 000 – 120 000 Franken).
- Die Initianten weigern sich, ihre Finanzierungsmodelle offenzulegen. Denn mit der Einheitskasse werden genau jene Bevölkerungsschichten zusätzlich belastet, welche die Initianten zu entlasten vorgeben.

Prämienbelastung vorher – nachher

Konkrete Auswirkung z.B. in Luzern: Familie mit einem Kind, 100 000 Franken Bruttojahreseinkommen, ohne Vermögen, wohnhaft in der Stadt Luzern, mit Wahlfranchise (Vater: Fr. 1500.–, Mutter: Fr. 1000.–, Kind: Fr. 0.–).*		
Heutiges System		bei Annahme der Initiative
5290.80	Nettoprämie bzw. Steuerzuschlag	7995.–



* Weitere Beispiele und Berechnungsgrundlagen finden Sie auf www.einheitskasse.ch.

Noch extremer zu Ungunsten der Versicherten failen die Prämien bei Haushalten ohne Kinder aus!



santésuisse

„Nein zur Einheitskasse“

Nein zu Scheinlösungen im Gesundheitswesen – Nein zur Einheitskasse

Argumentarium Version Maxi

Nein zu höheren Prämien und zu steigenden Kosten. Die Einheitskasse eliminiert Sparanreize und erhöht die Kosten:

- **Der Einheitskasse als Monopolistin fehlen Sparanreize:** Die Einheitskasse hätte keinen Grund mehr, Kosten zu sparen. Die Versicherten verfügen über eine gewisse Marktmacht, an denen heute die Versicherungen im Wettbewerb nicht vorbeikommen. Die Einheitskasse beraubt die Versicherten der Wahlfreiheit. Damit entfällt der Kosten dämpfende Erwartungsdruck auf die Versicherer.
- **Einheitskasse heisst höhere Prämien:** Fehlende Konkurrenz unter den Kassen treibt Kosten und Tarife in die Höhe. Die Einheitskasse wird die Kostensteigerung im Gesundheitswesen noch weiter verschärfen und hätte damit höhere Prämien für die Versicherten zur Folge.
- **Einheitskasse schafft das Verursacherprinzip ab:** Mangelnde Anreize zur Eigenverantwortlichkeit der Versicherten treiben Kosten und Tarife in die Höhe. Wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von deren Bezahlung völlig entkoppelt, entfällt der Anreiz, sich zurückzuhalten. Der Versicherte hat damit auch keinen Einfluss mehr auf seine persönliche Prämie, die er im heutigen System z.B. über eine Wahlfranchise beeinflussen kann.
- **Die Einheitskasse geht mit schlechten Karten in die Tarifverhandlung:** Einer Einheitskasse mit Vertretern der Leistungserbringer in Verwaltungs- und Aufsichtsrat befindet sich in einem Rollenkonflikt. In der Konsequenz fehlen sowohl der Anreiz als auch der Konkurrenzdruck, um die tiefstmöglichen Tarife auszuhandeln.

Nein zu massiven, zusätzlichen Steuerbelastungen, zu neuen Ungerechtigkeiten und zu höheren Belastungen des Mittelstandes. Die Zeche der Einheitskasse zahlt grossmehrheitlich der Mittelstand - die Krankenversicherung ist schon heute sozial finanziert:

- **Nein zu zusätzlichen Belastungen des Mittelstandes:** Um die Steuerflucht vermögender Personen zu vermeiden, wäre bei einer Einheitskasse mit einkommensabhängigen Prämien eine Plafonierung der Einkommensbeiträge nach oben sehr wahrscheinlich, um eine Reichtumssteuer zu vermeiden. Resultat: einmal mehr wird

der arbeitende Mittelstand die Zeche zahlen und zusätzlich belastet. Dies belegt die Studie des Sozialwissenschafters Stefan Spycher¹.

- **Nein zu zusätzlichen Steuern in der Höhe von 15 PROZENT des steuerbaren Einkommens.** So hoch sind einkommensabhängige Prämien unter der Annahme, dass die Beiträge bei einem steuerbaren Einkommen von 120'000 Franken plafoniert werden.

Für eine Familie aus dem **Kanton Bern** mit 2 Kindern, **100'000 Franken Jahreseinkommen**, ohne Vermögen hätte die Annahme der Initiative spürbare Auswirkungen, wie das folgende Beispiel zeigt.

Heutiges System		Bei Annahme der Initiative
9'312.-	Prämie 2006	6'902.-
3'240.-	Prämienverbilligung	0.-
6'072.-	Nettoprämie	6'902.-

Weit **schmerzhafter** wäre die Einführung einer Einheitskasse für eine fünfköpfige Familie aus dem Kanton Zug (wovon ein Kind über 18 Jahre), die über ein **Jahreseinkommen von 70'000 Franken** verfügt. Sie hätte rund **1400 Franken mehr** zu berappen.

Heutiges System		Bei Annahme der Initiative
9'744.-	Prämie 2006	2'320.-
8'820.-	Prämienverbilligung	0.-
924.-	Nettoprämie	2'320.-
250.-	Steuern fürs KVG	250.-
1'174.-	Total	2'570.-

Eine reiche Familie aus dem Kanton Zug mit 3 Kindern (davon eines über 18 Jahre), 10 Mio. Franken Jahreseinkommen (inkl. Vermögensertrag) und 20 Mio. Franken Vermögen würde dagegen kaum spürbare Veränderungen erleiden.

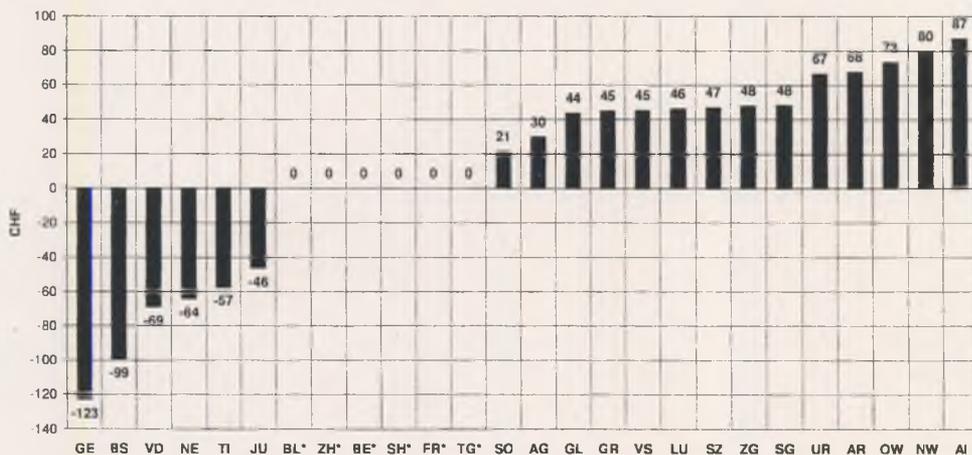
Heutiges System		Bei Annahme der Initiative
9'744.-	Prämie 2006	14'500.-
0.-	Prämienverbilligung	0.-
9'744.-	Nettoprämie	14'500.-
240'000.-	Steuern fürs KVG	240'000.-
249'744.-	Total	254'500.-

- **Nein zu höheren Prämien in kostengünstigen Kantonen:** In Kantonen mit niedrigen (unterdurchschnittlichen) Gesundheitskosten würde die grosse Mehrheit der Bevölkerung mit der Einheitskasse deutlich höhere Prämien bezahlen als heute. Mehr noch: Der

¹ Co-Leiter des Büros für arbeitspolitische und sozialpolitische Studien in Bern BASS und häufig eingesetzter Experte für das Bundesamt für Gesundheit

Prämienausgleich zwischen den Kantonen bestraft sparsame kantonale Gesundheitsversorgungen und treibt die Kosten in die Höhe („Race to the Top“-Effekt). Den Kantonen wird jede Motivation genommen, weiterhin auf die Kosten zu achten. Dies läuft dem Verursacherprinzip entgegen und ist unsinnig.

Monatliche Mehr- oder Minderprämien eines Erwachsenen mit ordentlicher Franchise bei einer hypothetischen gesamtschweizerischen Einheitsprämie von CHF 262.- (2005)

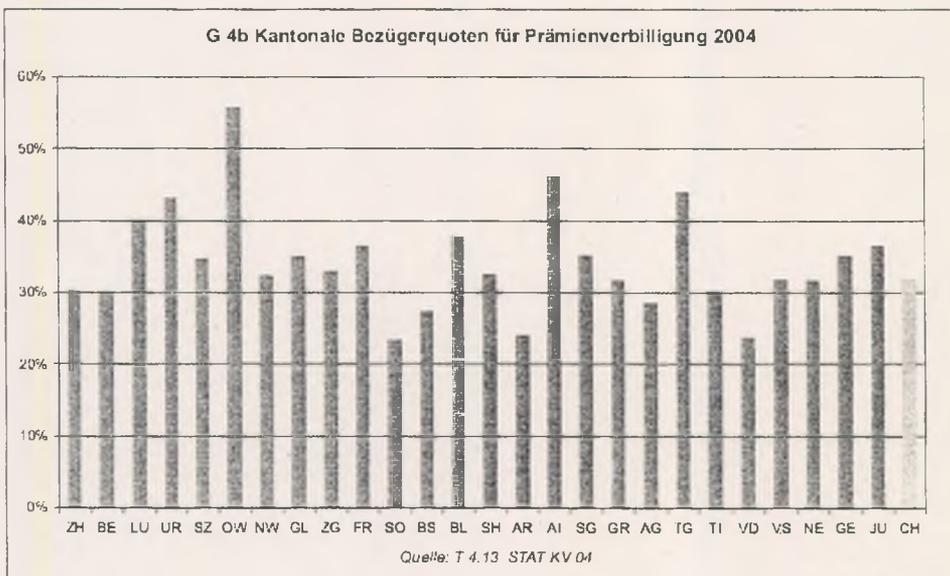


Quelle: santésuisse

* Kantone mit vernachlässigbaren Abweichungen von der gesamtschweizerischen Einheitsprämie

- **Schon heute wird ein grosser Teil der Gesundheitskosten mit Steuern finanziert:** Eine Sekretärin bezahlt auch heute weniger für die Krankenversicherung als ein Millionär. Die Finanzierung der Grundversicherung setzt sich zu 60 Prozent aus Prämien und 40 Prozent aus Steuern zusammen.
- **Die Kopfprämien sind sozialverträglich abgedeckt:** Die individuelle Prämienverbilligung, finanziert über Steuern von Bund und Kantonen, stellt schon heute sicher, dass Versicherte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen bedarfsgerecht entlastet werden. Die laufende KVG-Revision hat mit dem Ausbau der Prämienverbilligung zudem eine zusätzliche Verbesserung gebracht. Ab 2007 werden Familien mit Kindern stärker entlastet als bisher (Reduktion der Prämie für Kinder und Jugendliche in Ausbildung um 50 Prozent).

G 4b Kantonale Bezügerquoten für Prämienverbilligung 2004



Quelle: T 4.13 STAT KV 04

- **Die Einheitskasse bringt Qualitätsverschlechterungen für Grundversicherte ohne Zusatzversicherung:** Wer heute von den Prämienverbilligungen profitiert und mit der Initiative je nach Ausgestaltung des Finanzierungsmodells zusätzlich von Krankenkassenprämien entlastet würde, wird Nachteile in Form von Qualitätsverschlechterungen in Kauf nehmen müssen. Im System Einheitskasse wird eine qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung jenen vorbehalten, die sich eine teure Privatversicherung leisten können.

Nein zu schlechteren Dienstleistungen und zur Abschaffung der Wahlfreiheit. Die Einheitskasse bringt Patienten und Versicherten Verschlechterungen - innovative Versicherungsmodelle sind kaum mehr möglich:

- **Einheitskasse heisst Monopol:** Zukunftstaugliche und Kosten sparende Innovationen im Gesundheitswesen wie z.B. die Managed Care-Modelle (Hausarztssysteme, HMOs, telefonische Beratungsdienste) entstehen nicht durch Monopole. Der Systemwechsel zur Einheitskasse verhindert solche, für den Versicherten freiwillige, Modelle.
- **Einheitskasse heisst keine Wahlfranchisen mehr:** Das heutige System ermöglicht es den Versicherten, mit der Wahl einer höheren Franchise mehr Eigenverantwortung wahrzunehmen. 55 Prozent der Bevölkerung machen davon Gebrauch. Im System der Einheitskasse mit einkommensabhängigen Prämien wären Wahlfranchisen systemfremd und dadurch nicht realisierbar.
- **Einheitskasse heisst Abschaffung der Wahlfreiheit:** Rund 2 bis 5 Prozent der Versicherten wechseln jährlich den Versicherer. Das sind zwischen 150'000 und 375'000 Personen. Die Versicherten können damit selber Kosten sparen und setzen die Versicherer gleichzeitig unter Druck, möglichst tiefe Prämien anzubieten.
- **Die Einheitskasse lässt Kunden zu Bittstellern werden:** Die Schweizerinnen und Schweizer sind mit ihren Krankenversicherungen zufrieden. Ein Monopolist hingegen wird die Versicherten nicht mehr wie Kunden, sondern wie Bittsteller behandeln.
- **Die Einheitskasse senkt die Dienstleistungsqualität:** Einer staatlichen Einheitskasse sind die Versicherten machtlos ausgeliefert. Dies senkt den Anreiz für den Monopolisten, einen guten Service zu bieten und eröffnet auch die Möglichkeit, die Versicherten ungleich zu behandeln. Selbst wenn auch bei einem Monopolisten gute Dienstleistungsqualität möglich ist, so garantiert der Wettbewerb einen besseren Kundenservice.

Nein zur Abschaffung eines funktionierenden Systems. Die Versicherten wollen keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens, welche Finanzierungslücken und Zweiklassenmedizin mit sich bringt:

- **Der Nutzen des Wettbewerbs ist viel höher als sein Preis:** Der Wettbewerb unter den Versicherern kostet etwas. Es fallen Wechsel- und Werbekosten an. Diese Ausgaben machen aber im Verhältnis zu den gesamten Verwaltungskosten der Krankenversicherer nur einen geringen Anteil aus. Gemessen an den Gesamtkosten der Krankenversicherung liegen die Wettbewerbskosten deutlich unter einem Prozent. Demgegenüber stehen die Kosteneinsparungen, die der Wettbewerb generiert. So entlastet die konsequente Kostenkontrolle der Krankenversicherer die obligatorische Grundversicherung um über eine Milliarde Franken.
- **Die Versicherten sind zufrieden mit dem heutigen System:** Umfragen kommen immer wieder zum Schluss, dass die Versicherten sowohl mit dem Gesundheitssystem wie auch mit den Krankenversicherern zufrieden sind. Mit einer Einheitskasse ginge die die

Wahlfreiheit des Versicherers sowie die Wahl zwischen verschiedenen, Kosten sparenden Versicherungsformen und den wählbaren Franchisen verloren.

- **Die Einheitskasse führt zu Finanzierungslücken:** Das schweizerische Gesundheitswesen ist heute dank den obligatorischen Reserven der Versicherer finanziell gesund. Die Einheitskasse ist ein erster Schritt zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Staatliche Gesundheitssysteme fördern Finanzierungslücken, wie das Beispiel Frankreich oder auch die Invalidenversicherung zeigen. Die Konsequenz sind Schuldenberge und letztlich der Abbau von Leistungen.
- **Die Einheitskasse bringt Zweiklassenmedizin:** Die Einheitskasse soll einkommensabhängig finanziert werden. Konkret bedeutet dies eine neue Steuer. Diese wird vom Parlament festgelegt. Da die Kostenentwicklung auch bei einer Einheitskasse weitergehen würde, müsste das Parlament theoretisch jedes Jahr die Steuern erhöhen. Dies ist politisch undenkbar. Die Konsequenz: Verschuldung der staatlichen Krankenkasse oder Rationierung des Leistungsangebotes. Die Zweiklassenmedizin würde vor allem bei schleppender Wirtschaftsentwicklung mit hohem Spardruck zur Realität: Wer nach wie vor Höchstqualität im Gesundheitswesen erwarten will, muss sich teure Privatversicherungen leisten können.
- **Die Einheitskasse führt zu Zentralisierung:** Die Initiative öffnet einer Zentralisierung des Gesundheitswesens Tür und Tor. Damit kann den markanten regionalen und kantonalen Unterschieden keine Rechnung mehr getragen werden.

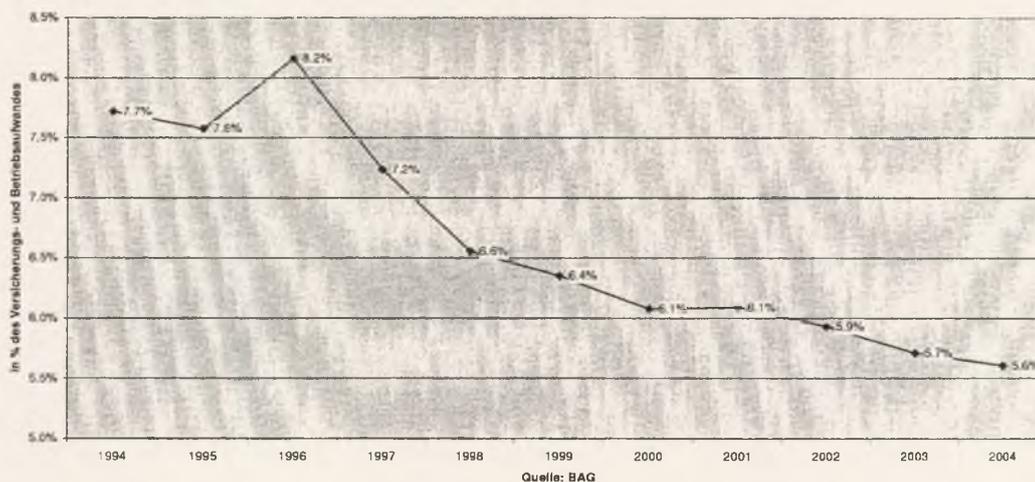
Nein zu populistischen Scheinargumenten und zu neuen ungelösten Problemen. Die Führungsstruktur der Einheitskasse nützt nur den Leistungserbringern - die Einheitskasse macht die Kombination von Grund- und Zusatzversicherung komplizierter:

- **Interessenskonflikte in der Führungsetage der Einheitskasse sind vorprogrammiert:** Gemäss Initiativtext sollen Aufsichts- und Verwaltungsrat zu je einem Drittel aus Leistungserbringern, Behörden und der Interessenvertretung der Versicherten zusammengesetzt sein. Diese so genannte „tripartite“ Führung würde sich gegenseitig neutralisieren, da jede Gruppe andere Interessen verfolgt. Dadurch wäre beispielsweise undenkbar, dass bei Tarifverhandlungen günstigere Verträge ausgehandelt werden könnten. Denn: Die Leistungserbringer in der Einheitskasse werden sich hüten, ihren Berufskollegen grosse Zugeständnisse abzurufen.
- **Grund- und Zusatzversicherung aus einer Hand sind nicht mehr möglich:** 80 Prozent der Versicherten haben eine Zusatzversicherung. Eine Einheitskasse würde somit fast alle Versicherten zwingen, ihre Krankenversicherung auf zwei Anbieter aufzuteilen: Die Grundversicherung auf die bürokratische Einheitskasse, die Zusatzversicherung auf einen privaten Krankenversicherer. Eine Betreuung aus einer Hand wäre im System Einheitskasse nicht mehr möglich – genau das ist es aber, was viele Versicherte schätzen.
- **Die Initiative lässt viele wichtige und zentrale Fragen unbeantwortet. Der Bürger kauft damit die Katze im Sack:** Die Initianten stellen falsche Behauptungen auf:
 - Monopolisten weisen in der Regel höhere Verwaltungskosten aus als Unternehmen, die sich im Wettbewerb bewähren müssen.

Krankenversicherer	5,6 Prozent (Quelle: BAG)
Suva	9,9 Prozent (Quelle: Suva)
Autohaftpflicht	35-30 Prozent (Quelle: BPV)
Pensionskassen und Sammelstiftungen	10 Prozent (Quelle: KV Schweiz)
Caritas	7 Prozent (Quelle: Caritas)

- Die Verwaltungskosten der Krankenversicherungen sind vergleichsweise niedrig und sinken gemessen am Gesamtaufwand kontinuierlich. Zusätzliches Sparpotenzial wird dank Wettbewerb laufend realisiert.

Verwaltungskosten & Abschreibungen in der Grundversicherung (OKP)

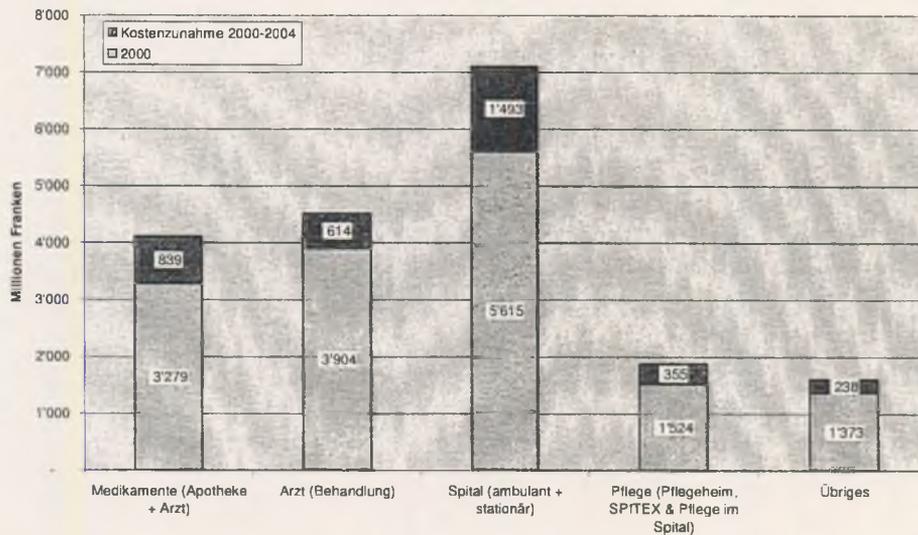


- Auch die Werbekosten der Krankenversicherungen fallen gemessen am Prämienvolumen kaum ins Gewicht. Die Werbung der Krankenversicherer ist massvoll. Um auswählen zu können, braucht der Kunde Informationen – die erhält er dank Werbung. Übrigens: Auch die Suva macht Werbung...

Die Probleme an den Wurzeln packen statt Symptome bekämpfen - Reformen im Rahmen der KVG-Revision setzen richtige Anreize zur kostenbewussten Gesundheitsversorgung und fördern den Wettbewerb:

- **Reformen müssen das Übel an der Wurzel packen.** Ein Grund für die ansteigenden Prämien sind nicht die Krankenversicherer, sondern die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die Kosten pro Versicherten sind seit KVG-Einführung 1996 um über 50 Prozent gestiegen. Am stärksten stiegen die Kosten im Spitalbereich, gefolgt vom Medikamentenbereich, den Ärzten und der Kosten der Alterspflege. Anspruchsmentalität der Patienten, demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt bewirken weitere Kostensteigerungen.

Bruttoleistungen in der Grundversicherung (2000 - 2004)



Quelle: santésuisse

- **Das heutige System setzt falsche finanzielle Anreize:** Gründe für diesen kaum bremsbaren Kostenanstieg sind nebst demografischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt insbesondere falsche finanzielle Anreize, namentlich im Spitalbereich. Dort will und muss die KVG-Revision ansetzen, indem Kosten dämpfende Mechanismen eingebaut werden.
- **Anstatt den Wettbewerb abzuschaffen, müssen wir ihn verstärken:** Anreize zur Kostendämpfung sind auch unter den Leistungserbringern wie z.B. durch die Aufhebung des Vertragszwangs oder durch die Reform der Spitalfinanzierung zu setzen.

Die Einheitskasse führt zu höheren Kosten bei sinkender Leistung und schafft die Wahlfreiheit der Versicherten ab.



santésuisse

Communiqué

Solothurn, 15. Dezember 2006

santésuisse klärt Finanzierung der Informationsaktivitäten gegen die Einheitskassen-Initiative

santésuisse nimmt die Vorwürfe eines Ärztegutachtens zur Kenntnis, sich zu Unrecht in der Abstimmung gegen die Einheitskassen-Initiative zu engagieren. Der vorgesehene Mitteleinsatz wird vom Bundesrat als verhältnismässig taxiert. Da das Gutachten aber eine Reihe von Fragen aufwirft, die einer fundierten Abklärung bedürfen, haben die Schweizer Krankenversicherer vorsorgliche Massnahmen beschlossen und die Finanzierung der Abstimmungsaktivitäten gegen die Einheitskassen-Initiative neu geregelt.

Der Verwaltungsrat von santésuisse hat an seiner Sitzung vom 13. Dezember 2006 das Gutachten der Ärztevereinigung Consano zur Kenntnis genommen. santésuisse hält Folgendes fest:

1. santésuisse stützt ihre Aufklärungsarbeit im Grundsatz auf die Stellungnahmen von Bundesrat und Parlament ab:
 - Der Bundesrat attestiert (am 22. September 2006 in seiner Antwort auf eine entsprechende parlamentarische Anfrage) santésuisse das Recht, im Interesse der angeschlossenen Mitglieder politisch tätig zu sein und gegebenenfalls entsprechende politische Aktivitäten zu unterstützen. santésuisse sei diesbezüglich anderen Berufs- und Branchenorganisationen gleichzustellen. Den Mitteleinsatz beurteilt der Bundesrat „nicht als unangemessen“.
 - Bereits im Jahr 2005 lehnte der Nationalrat die Initiative Rechsteiner „Verwendung öffentlicher Gelder in Abstimmungskampagnen“ ab. Damit sprach er sich dagegen aus, den Krankenversicherern zu verbieten, sich an der Finanzierung von Kampagnen im Vorfeld von eidgenössischen Volksabstimmungen zu beteiligen.
2. Das Consano-Gutachten hält ausdrücklich fest, dass die Krankenversicherer in der Politik Position beziehen dürfen. Gemäss Gutachten muss der Positionsbezug transparent und verhältnismässig sein. Anders als der Bundesrat erachten die Gutachter den vorgesehenen Mitteleinsatz von 50 Rappen pro Versicherten als unverhältnismässig.
3. Es wird einige Zeit in Anspruch nehmen, um abzuklären, ob der vorgesehene Mitteleinsatz „unverhältnismässig“ sei oder nicht. Diese Fragen müssen vorab das Bundesamt für Gesundheit und der Bundesrat beantworten. Um klare Verhältnisse zu schaffen und eine einwandfreie Finanzierung der Abstimmungsaktivitäten sicher zu stellen, ist santésuisse bereit, bis zur Klärung dieser Frage den Mitteleinsatz aus dem Bereich der Grundversicherung einzufrieren. santésuisse wird für ihre weitere politische Arbeit im Zusammenhang mit

der Einheitskasse ausschliesslich Mittel aus den weiteren Finanzierungsquellen des Verbands einsetzen.

4. Die Abstimmungsaktivitäten von santésuisse gegen die Einheitskasse werden solange ausschliesslich über die Mitgliederbeiträge der Versicherungsgesellschaften aus den Zusatzversicherungen gedeckt. Hinzu kommen Mittel aus dem Verkauf von santésuisse-Dienstleistungen sowie die Zuwendungen anderer Partner aus der Wirtschaft.
5. Um der Öffentlichkeit und den Versicherten zu garantieren, dass kein Geld aus der Grundversicherung in die Abstimmungsaktivitäten von santésuisse fliessen, wird santésuisse die Finanzierung dieser Aktivitäten durch eine Revisionsgesellschaft prüfen lassen.

santésuisse hofft, dadurch zur Klärung dieser Frage beizutragen, und wird sich weiterhin gegen ein verstaatlichtes Gesundheitswesen ohne Wahlfreiheiten wehren.

Auskunft erteilt:

Peter Marbet

Leiter Abt. Politik und Kommunikation

Tel. 032 625 42 57

E-Mail: peter.marbet@santesuisse.ch

Diese Medienmitteilung können Sie im Internet abrufen unter: www.santesuisse.ch.