



„Gesundheit muss bezahlbar bleiben“
„La santé à un prix abordable“
„La salute a prezzi accessibili“

Pressekonferenz
Von Dienstag 11. Februar 2003 in Bern

„Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Eröffnung der Abstimmungskampagne

Werden referieren:

Franco Cavalli, Nationalrat, TI, SP Schweiz

Barbara Gassmann, Vizepräsidentin Schweizer Berufsverband der Kankenschwestern, SBK

Marianne Meyer, Generalsekretärin westschweiz. Konsumentenschutz, FRC

Colette Nova, Sekretärin Schweizerischer Gewerkschaftbund, SGB

Jean-François Steiert, Präsident, Verein „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

„Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Postfach 1437

1701 Freiburg

Telefon: 031 329 69 94

Telefax: 031 329 69 70

E-Mail: info@gesundheit-sante.ch

Internet: www.gesundheit-sante.ch

zugestimmt hat, ist es nun aufgerufen einen Anstieg um 1.5% für die Krankenversicherung zu akzeptieren. Berechnungen zeigen auf, dass die von der Initiative vorgeschlagene Lösung für beinahe alle Haushalte, die weniger als 100000 Franken pro Jahr verdienen, eine finanzielle Entlastung mit sich bringen würde, sogar in Kantonen, in welchen die heutigen Prämien für schweizerische Verhältnisse eher tief sind. Das heutige System der Prämienverbilligung würde aufs Nötigste reduziert werden und nur noch die Personen betreffen, deren Prämie bereits heute zu fast 100% übernommen wird (meistens durch die Sozialhilfe).

Die Initiative will nicht nur die Gesundheitskosten gerechter aufteilen, sondern will diese auch stabilisieren, indem effiziente Mittel eingeführt werden, um die Entwicklung der Kosten in den Griff zu bekommen, ohne die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems zu beeinträchtigen. Im Gegenteil, Qualität und Effizienz werden verbessert. Absatz 5 der Initiative plant Massnahmen in diese Richtung: Gesundheitsplanung und Ermächtigung zur Koordination zwischen den Kantonen, Reglementierung der Spitzenmedizin, Bestimmung des Maximalpreises der Leistungen, Qualitätskontrollen und Möglichkeiten, Massnahmen zur Einschränkung der Kosten im Falle einer übermässigen Erhöhung des Leistungsvolumens zu ergreifen.

Bei einer Annahme der Initiative werden die Kantone praktisch keine Subventionen für die Krankenversicherung mehr ausschütten müssen. Die Initiative will, dass diese Gelder benutzt werden, um Behandlungen am Wohnsitz der Bedürftigen zu ermöglichen.

Am 18. Mai wird das Schweizervolk endlich die Möglichkeit haben einen radikalen Wechsel in der Finanzierung des Gesundheitssystems herbeizuführen, ohne dass die Qualität und der Leistungskatalog vermindert werden. Man muss dieser Initiative zustimmen. Man muss zur Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ JA sagen, weil:

- Die grosse Mehrheit der Bevölkerung weniger Prämien bezahlen wird
- Die Initiative Familien finanziell entlastet
- Die Initiative eine gerechte Finanzierung sicherstellt
- Die Initiative allen qualitativ hochstehende Leistungen garantiert
- Die Initiative eine Zweiklassenmedizin ablehnt
- Die Initiative die Gesundheitskosten stabilisiert
- Die Initiative Behandlungen am Wohnsitz fördert

Die Volksinitiative « Gesundheit muss bezahlbar bleiben » stellt allen Versicherten den Zugang zu einem hochwertigen Gesundheitswesen sicher. Sie muss also unterstützt und verteidigt werden. Wir zählen auf Ihre Unterstützung !

Für zusätzliche Informationen:

Jean-François Steiert, « Gesundheit muss bezahlbar bleiben », 079 204 13 30

Franco Cavalli, SP Schweiz, 079 621 79 79

Colette Nova, SGB, 031 377 01 24

Marianne Meyer, FRC, 076 348 62 49

Barbara Gassmann, SBK-ASI, 031 388 36 36

Prämienzahler zurückgeben in Form einer Verminderung der Kinderprämien und dank der Fixierung der Bundesbeiträge an der Zunahme der Gesundheitskosten beitragen: (wären diese z.B. um 5% gestiegen, dann hätte der Bund 5% mehr Subvention für die Prämien ausschütten müssen). Es waren diese soziale Errungenschaften die am Ende FDP und SVP als Vorwand benutzt haben, um die gesamte KVG-Revision bachab zu schicken.

Gerade deswegen wird jetzt die Abstimmung über unsere Initiative am 18.5. eine noch entscheidendere Weichenstellung. Alle sind nunmehr davon überzeugt, dass der typisch schweizerische Kompromiss der zum KVG geführt hat (etwas Planung und etwas Wettbewerb) angesichts der explodierenden Prämien, die für die Schweizer ein grösseres Übel als die Steuern geworden sind, sich nicht länger wird halten lassen. Entweder wird man etwas mehr Richtung Planung und soziale Finanzierung gehen, oder dann werden die Bürgerlichen es erreichen, dass das ganze System via Wettbewerb geregelt wird, was unweigerlich zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges, zur Einführung der monistischen Spitalfinanzierung und zu einem Abbau des Leistungskataloges in der Grundversicherung mit sich bringen wird. Also werden wir am Ende eine Lage haben, in der die Krankenkassen die ganze Macht haben werden, und daneben eine spektakuläre Form der Zweiklassenmedizin. Wer diese Entwicklung nicht will, hat nur eine Möglichkeit zur Auswahl: am 18.5. Ja zur Gesundheitsinitiative zu stimmen.

Umverteilung der Lasten? Nicht wirklich: Die von den Initianten erstellten Szenarien zeigen, dass dank dieser neuen Berechnungsmethode und trotz Erhöhung der Mehrwertsteuer und der wohlbekannten Folgen für das Haushaltbudget – diese Mehrkosten sind berücksichtigt worden – ein Waadtländer Ehepaar mit zwei Kindern und einem steuerbaren Einkommen von 80'000 Franken ca. 6'685 Franken pro Jahr einsparen würde. (Berechnungsgrundlage: durchschnittliche kantonale Prämie 2003). Prämienbefreiungen sind vorgesehen: Bei Einkommen bis 20'000 Franken pro Jahr werden keine Prämien bezahlt, und Vermögen bis zu einer Million Franken werden nicht berücksichtigt, damit Wohneigentümer nicht benachteiligt werden.

Das Heft in die Hand nehmen

Die Initiative enthält mehrere Massnahmen, um die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Sie verlangt unter anderem, dass der Bund die teure Spitzenmedizin reglementieren und die Sanitätsplanung der Kantone koordinieren soll, damit Überkapazitäten abgebaut werden können. Was die Preise anbelangt, sieht die Initiative vor, dass der Bund für medizinische Leistungen und Medikamente Höchstpreise festlegt. Im Bereich der Leistungserbringer erlässt der Bund Richtlinien für die Zulassungsbedingungen, damit das Angebot den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst werden kann. Er kann die Zahl der Leistungserbringer beschränken, die zulasten der Krankenversicherung arbeiten, wenn zu viele in derselben Region arbeiten.

Es besteht Handlungsbedarf

Zwar sind sich alle einig, dass gehandelt werden muss, aber die Vorschläge sind oft einfalllos und – schlimmer – bestrafen die Versicherten: Im Zentrum der Debatte stehen bunt gemischt die Reduzierung des Leistungskatalogs, das Ende der freien Arztwahl, die Aufhebung der Versicherungspflicht, die Erhöhung der Kostenbeteiligung (höherer Selbstbehalt), eine Versicherung für besondere Pflege, die nur durch Personen über 50 getragen würde, usw.

Für die FRC haben die Beherrschung der Kostensteigerung im Gesundheitsbereich und der gleichberechtigte Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen Priorität. Wunderlösungen gibt es nicht, Zeit und guter Wille sind nötig. Ein gutes Beispiel dafür, wie Kosten eingespart und zugleich die Qualität der Behandlungen verbessert werden können, sind die Erfahrungen mit den Qualitätszirkeln. Bis sich solche Praktiken allgemein durchsetzen oder eine Gesundheitskarte eingeführt wird, muss auf anderer Ebene gehandelt werden: Das dringendste Problem bleibt die finanzielle Belastung der Haushalte. Die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ schlägt ein originelles Modell vor für einkommensabhängige, durch die Mehrwertsteuer reduzierte Prämien.

Die FRC unterstützt die Initiative, weil sie sich positiv auf das Gesundheitsbudget der Versicherten auswirken wird – insbesondere für zahlreiche Familien in der Westschweiz – und weil sie Massnahmen zur Dämpfung der Kostensteigerungen enthält.

als der Hälfte der Kantone ist die Belastung alleinstehender Rentner/innen zu hoch, in den meisten Kantonen hat sie sich erhöht. Ihre Situation verschlechtert sich rapide, weil ihre Renten mit den Prämien erhöhungen bei weitem nicht Schritt halten können (Mischindex) und ihr verfügbares Einkommen zusammenschmilzt. Zur Belastung durch die Prämie kommt noch die direkte Kostenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall, die in der Schweiz europaweit ebenfalls am höchsten ist. So kann und darf es nicht weitergehen. Die Krankenversicherungsprämien dürfen kein Armutsrisiko mehr sein. Es muss nun endlich gehandelt werden.

Sieben Jahre nach Inkrafttreten des KVG ist die Gesundheitsinitiative immer noch der einzige ernsthafte und realistische Ansatz, die Kopfsteuer „Krankenkasseprämie“ durch ein System zu ersetzen, das sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Haushalte bemisst. Deshalb unterstützt der SGB die Gesundheitsinitiative.

Kosten dämpfen – ohne Leistungsabbau

Fast alle reden von Kostendämpfung – die meisten meinen damit jedoch etwas ganz anderes. Die Standesorganisationen der Ärzte spricht offen von Rationierung. Viele Bürgerliche wollen dasselbe, verpacken es aber schamhaft in technischen Begriffen. Die SVP hat gar eine Volksinitiative lanciert, die sie ehrlicherweise „für Rationierung in der Grundversicherung“ oder „für schlechtere Leistungen in der Grundversicherung“ nennen sollte. So vage und unverbindlich der SVP-Text auch ist, die Absicht ist doch klar: Leistungsabbau in der Grundversicherung. Medizinisch notwendige Leistungen sollen in die unsoziale Privatversicherung verlagert werden. Feigerweise hat sich die SVP bisher darum gedrückt, klar zu sagen, welche Leistungen nicht mehr durch die Grundversicherung gedeckt sein sollen. Klar ist aber: Die Prämien würden vielleicht billiger. Das Preis-Leistungsverhältnis würde aber nicht besser, sondern schlechter. Wer kein Geld für eine Zusatzversicherung hat, dem könnten die für sein Leiden notwendige medizinischen Massnahmen verweigert werden.

Ein Abbau des Leistungskatalogs der Grundversicherung ist kein Rezept gegen die hohen Kosten. Er würde keinen Rappen einsparen und erst recht nicht die zu hohe Belastung der kleinen und mittleren Einkommen begrenzen. Im Gegenteil: Vermögende könnten sich Zusatzversicherungen leisten; kleine und mittlere Einkommen müssten ihre Behandlung im Krankheitsfall hingegen selber bezahlen. Ein Abbau der Leistungen der Grundversicherung würde also die Belastung der bereits zu hoch Belasteten noch erhöhen. Er würde die sozialen Gegensätze, die mit der Kopfprämie bereits sehr gross sind, noch verschärfen. Die Schweizer Bevölkerung ist sich dessen sehr wohl bewusst: In jeder Umfrage bekräftigt sie, wie wichtig ihr ein guter Leistungskatalog ist.

Andere behaupten, die Prämien zu senken, indem sie die Franchise erhöhen. Technisch gesehen stimmt das zwar. Doch die Kosten werden dadurch überhaupt nicht gesenkt, sondern nur anders zwischen Gesunden und Kranken verteilt. Ausserdem kann man dadurch nicht, wie die Promotoren dieses Systems behaupten, die Versicherten von unnötigen Behandlungen abhalten. Denn alle müssten diese höheren Franchisen bezahlen, egal, ob sie banale oder behandlungsbedürftige Krankheiten haben. Und höhere Franchisen wären vor allem für diejenigen unerträglich, die heute schon unter dem unsozialen Finanzierungssystem leiden.



**Sperrfrist : 11. Februar, 11.00 Uhr
Es gilt das gesprochene Wort**

Verein « Gesundheit muss bezahlbar bleiben »

**Pressekonferenz vom 11. Februar 2003
« Gesundheit muss bezahlbar bleiben »**

**Referat von : Herr Jean-François Steiert
Präsident Verein « Gesundheit muss bezahlbar bleiben »**

Tiefere Prämien für mehr als 80% der Versicherten!

Unser Verein, der nicht nur zur Lancierung der Initiative beigetragen hat, sondern auch inzwischen auch zu den grösseren Patientenorganisationen der Schweiz zählt, befürwortet die Initiative hauptsächlich aus zwei Gründen: Das neue Finanzierungssystem, das gut 80 Prozent der Versicherten entlasten sollte sowie die Massnahmen, die dank der Vermeidung unnötiger Leistungen die Kostenspirale bremsen können.

Für die grosse Mehrheit der Versicherten sind die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung eine schwere Belastung. Seit 1996 hat die durchschnittliche Jahresprämie für erwachsene Versicherte um über 1200 Franken aufgeschlagen. Tausende von Anrufen von unseren Mitgliedern und anderen interessierten Personen haben uns gezeigt, dass das heutige Prämienverbilligungssystem nicht zufriedenstellend funktioniert und dass zahlreiche Versicherte sowie insbesondere Familien Mühe bekunden, ihre Prämien regelmässig zu bezahlen.

In dieser schwierigen Situation schlägt die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ endlich eine Lösung vor, die eine grosse Mehrheit der Versicherten entlastet. Sie ersetzt die unsoziale Kopfprämie durch ein System, das die Prämienlast im Verhältnis zum Einkommen verteilt, wie dies in den meisten europäischen Staaten bereist der Fall ist:

- Mit seinem Vorschlag, 75 Prozent des heutigen Prämienvolumens über eine einkommens- und vermögensbezogene Prämie zu decken, hat das Initiativkomitee ein Modell vorgestellt, dessen Auswirkungen dem europäischen Standard entsprechen. Die vorgeschlagene Lösung ist zudem administrativ höchst einfach: Sie setzt nur eine zusätzliche Zeile auf der Steuererklärung voraus, um den Prämienanteil von im Schweizer Durchschnitt 3,4 Prozent des steuerbaren Einkommens zu ermitteln. Die Möglichkeit, diesen Satz unter Berücksichtigung der realen Gesundheitskosten der verschiedenen Regionen oder Kantone zu differenzieren, ermöglicht es zudem, den unterschiedlichen Kostenstrukturen Rechnung zu tragen, auch wenn sich langfristig eine Annäherung abzeichnet. Die Versicherten kommen zudem in den Genuss der

Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“

Referat Barbara Gassmann, Vizepräsidentin SBK

Ohne Pflege kein Gesundheitswesen

Wir Pflegenden sind täglich mit den Auswirkungen von Sparmassnahmen und Ungerechtigkeiten im Verteilungskampf um die beschränkten Mittel im Gesundheitswesen konfrontiert. Es gehört zu unserem Selbstverständnis, uns wirksam für alle Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen einzusetzen. Dies muss heute auch politisch geschehen. Deshalb unterstützt der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK die Gesundheitsinitiative. Denn all denjenigen gute Pflege zu erbringen, die sie brauchen, ist schon heute nicht mehr selbstverständlich.

Was brauchen Menschen, die erkranken? Sie werden aus ihrem Alltag hinausgeworfen. Plötzlich können sie Selbstverständliches nicht mehr. Diagnostik und Behandlung genügen nicht. Der Behandlungserfolg hängt häufig davon ab, ob Menschen lernen, ihren völlig neuen Alltag angemessen zu gestalten. Dazu braucht es fachkundige Pflege in Spital, Spitex und in der Langzeitbetreuung. Pflegende finden gemeinsam mit den Betroffenen heraus, wie sie trotz erschwerten Bedingungen wieder Lebensqualität und Leistungsfähigkeit erlangen.

Qualitäts- und Zulassungskriterien vom Bund verordnet

Es braucht eine Konzentration der Kräfte: die 26 kantonalen Gesundheitssysteme müssen wirksam koordiniert werden. Das wird erreicht, wenn der Bund regulierend eingreift. Er soll definieren, wer welche Leistungen erbringt. Teure Leistungen der Spitzenmedizin und der entsprechend aufwändigen Pflege sind zu konzentrieren. So werden hohe Investitions- und Betriebskosten eingespart.

Der Bund soll die Leistungserbringer zu Qualitätsmessungen verpflichten. Es darf nicht vorkommen, dass Kosten gesenkt werden, indem qualifiziertes Personal durch Hilfspersonal ersetzt wird. Im Gegenteil: innovative Pflegeangebote müssen gefördert werden.

Zugang für alle zu angemessener Pflege

Die Pflege muss weiterhin eine Leistung sein, die in der obligatorischen Krankenversicherung für alle zugänglich und bezahlbar bleibt. Wir erleben gerade jetzt, dass Krankenkassen versuchen, die Vergütung von Pflichtleistungen der psychiatrischen Spitexpflege zu verweigern. Dies ist als Tendenz beängstigend, weil es Menschen trifft, die sich schlecht wehren können. So droht für alle Bürgerinnen und Bürger unmerklich ein schleichender Leistungsabbau.



Die Pflege – ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung

Die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“
aus der Sicht des Berufsverbandes der Krankenschwestern und
Krankenpfleger (SBK)

Die Pflege - ein wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung

Die Pflege ist - wie die Diagnostik und Therapie - ein integraler Teil der Gesundheitsversorgung. Es ist die Aufgabe des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK sich für eine qualitativ hochstehende, bedarfsgerechte und kostengünstige medizinische Versorgung und Pflege aller Versicherten einzusetzen. Aus diesem Grund unterstützt der SBK die Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“.

Jede medizinische Leistung löst nachfolgend den Bedarf nach einer angemessenen Pflege aus. Nach der Diagnose, der darauf ausgerichteten Therapie ist die Pflege das dritte Element einer Behandlung. Unabhängig ob im Spital oder bei den Patienten zu Hause hat die Pflege eine zentrale Funktion bei der Sicherung des Behandlungserfolgs. Dazu gehören auch die Leistungen der pflegenden Angehörigen. Sie entlasten das Schweizerische Gesundheitswesen mit ihrem Einsatz um rund 12 Milliarden Franken pro Jahr. Obwohl erst das Zusammenwirken von Diagnose, Therapie und Pflege einen Behandlungserfolg bewirken, wird die Bedeutung sowohl der professionellen wie der freiwilligen Pflegeleistung zu wenig berücksichtigt. Im Gegenteil: die zunehmenden Pflegekosten werden gerne für den alljährlichen Prämienanstieg verantwortlich gemacht. Die Krankenkassen verweigern oft selbst bei ausgewiesenem Bedarf die Kostenpflicht für die Pflege. Und die pflegenden Angehörigen werden eher bestraft als belohnt, indem sie auch selber für die Betreuung während ihrer Ferienabwesenheit aufkommen müssen.

Der Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) setzt sich mit Nachdruck für eine gerechte Bewertung der professionellen und freiwilligen Pflegeleistungen ein.

verschiedener Probleme wie beispielsweise die soziale Isolation mit all ihren negativen Folgen zu vermeiden.

Klare Zulassungskriterien und Qualitätskontrolle

Das Ziel der qualitativ hochstehenden und bedarfsgerechten Pflege ist durch eine klare, einheitliche Zulassungsregelung der Leistungserbringer – zum Beispiel Institutionen wie Spitäler und Spitex-Organisationen oder freiberuflich tätige Fachkräfte – sowie einer wirksamen Qualitätskontrolle zu erreichen. Auch hier ermöglicht die Initiative entsprechende Weichenstellungen. So können die Institutionen und freiberuflichen Fachkräfte verpflichtet werden, Qualitätsmessinstrumente einzusetzen. Reine Kostensenkungsübungen durch das Ersetzen von qualifiziertem Personal durch Hilfspersonal sind damit nicht mehr möglich. Vielmehr wird die Entwicklung innovativer Pflegeangebote gefördert.

Gerechte Finanzierung

Das Gesundheitswesen braucht mehr Mittel. Mit dem bestehenden Prämiensystem kann die Finanzierung nicht in einer sozialverträglichen Form gesichert werden. Der Übergang zu einkommensabhängigen Prämien ist in dieser Situation ein gangbarer Ausweg. Familien und sozial Schwächere werden entlastet, ohne dass sie von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind. Die Pflege muss schliesslich auch weiterhin eine Leistung sein, die über die obligatorische Krankenversicherung für alle zugänglich und bezahlbar ist. Ausserdem sind die pflegenden Angehörigen endlich zu entlasten.

Völlig undenkbar ist jedoch eine Pflegeversicherung für über 50jährige, die durch Zusatzprämien finanziert wird. Einerseits wird der Solidaritätsgedanken begraben, andererseits trifft man ein Segment, das heute einen Grossteil der freiwilligen Pflege von Angehörigen leistet. Wenn zur Zeit schon keine Anreize für die Übernahme solcher

Medienmitteilung

(Verein „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“, und SP Schweiz)



Sozialdemokratische Partei

Initiative „Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)“

Couchepin argumentiert mit Vermutungen, wir mit Zahlen

Der Verein „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“ und die SP Schweiz bedauern, dass Bundesrat Pascal Couchepin in seiner heutigen Pressekonferenz zur Gesundheitsinitiative nicht nur mit politisch zum Teil fragwürdigen Einschätzungen, sondern auch mit offensichtlich falschen Zahlen argumentiert hat.

Die Initianten haben mittels klaren Berechnungsgrundlagen die finanzielle Entlastung für fast 80 Prozent der Versicherten und schwerpunktmässig für Familien mit Kindern klar dargelegt. Gegenüber der Pressekonferenz vom 11. Februar wurden die Zahlen der InitiantInnen nochmals berechnet, was beim einkommensbezogenen Prämiensatz zu einer Korrektur von + 0.9 Prozent (neu 4.3%) geführt hat. Diesen konkreten Berechnungsgrundlage hat das Departement nur tendenziöse Vermutungen entgegenzustellen. Das Initiativkomitee ist weiterhin bereit, die Entlastungswirkungen der Initiative mit konkreten Zahlen zu belegen. Zu diesem Zweck wird es demnächst sein Modell kantonal differenzierter Prämien vorlegen.

Demgegenüber stehen Bundesrat Couchepins Versprechungen, die laufende KVG-Revision würde die gravierenden Mängel im heutigen Prämiensystem beseitigen, auf äusserst wackligen Füßen, wie der Nationalrat im Dezember mit der Ablehnung sämtlicher Entlastungen für Familien gezeigt hat. Auch die jüngsten Entscheide der Ständeratskommission ändern an dieser Ausgangslage nichts.

Die Schweizer Gesundheitsstatistik steht zwar auf schwachen Beinen und erleichtert präzise Vorschauen nicht. Was jedoch das Departement Couchepin heute anlässlich seiner Medienkonferenz veröffentlicht hat, geht weit über den zulässigen Interpretationsspielraum hinaus: Hier werden die Versicherten mit Annahmen, die zum Teil dem Wortlaut der Initiative formell widersprechen, bewusst in die Irre geführt.

Bundesrat Couchepin bläht zu deckende Kosten künstlich auf.

Die Initiative hält explizit fest, dass die heutigen Beiträge des Bundes und der Kantone an das Gesundheitswesen nicht abgebaut werden müssen; sie erwähnt zudem mit keinem Wort, dass die Beteiligungen der PatientInnen gestrichen werden sollen. Dies führt angesichts der aktuellsten Zahlen (2002, z.T. provisorisch) zu einem Beitrag von 13.8 Milliarden Franken jährlich, der aufgrund der Einkommen und Vermögen sowie über zusätzliche Mehrwertsteuerprozente finanziert werden muss. Trotz des Wortlautes der Initiative geht das Departement von einer Streichung der Bundes- und Kantonsbeiträge aus, liefert damit eine verfassungswidrige Interpretation und bläht die zu finanzierenden Kosten je nach Variante um 3,1 bis 10,2 Milliarden Franken auf!

Departement und Santé suisse rechnen an den politischen Realitäten vorbei.

Das Initiativkomitee sieht vor, die notwendigen 13,8 Milliarden pro Jahr (aktueller Stand) zu 60% über einkommensbezogene Prämien, zu 25% über 1,5 Prozent zusätzliche Mehrwertsteuer (+ 0,4% auf dem reduzierten Satz für Güter des Grundbedarfes) sowie zu 15% über vermögensbezogene Prämien zu finanzieren. Bundesrat Couchepin wählt für sein Rechenmodell den höchstmöglichen Mehrwertsteueranteil und setzt zudem äusserst tiefe Mehrwertsteuererträge ein, was all seinen Aussagen aus seiner Zeit als Wirtschaftsminister widerspricht.

Übrigens: Damit Bundesrat und Parlament nicht zu stark auf die Mehrwertsteuer setzen, sieht der Verfassungstext ein Referendumsrecht gegen die Festlegung des Mehrwertsteuersatzes vor. Damit würde der soziale Teil des Parlamentes nach Annahme der Initiative über ein ausreichendes Druckmittel verfügen, um eine Verteilung der Einnahmen im Sinn der InitiantInnen durchzusetzen.

Die Lüge der Mehrbelastung der tiefen Einkommen

Bundesrat Couchepin behauptet, Haushalte mit tiefen Einkommen, deren Prämie heute um 100% verbilligt wird, würden durch die Mehrwertsteuerbelastung stärker belastet als heute. Tatsache ist: Die Initiative sieht ausdrücklich vor, dass die Beiträge von Bund und Kantonen nicht abgebaut werden dürfen. Experten schätzen, dass rund 10% der heutigen Prämienverbilligungsgelder bei weitem reichen, um bei Haushalten mit sehr tiefen Einkommen die Mehrwertsteuerbelastung zu kompensieren. Zudem werden Teil der betroffenen Haushalte bereits heute über andere soziale Zweige entlastet, die hier gar nicht in Betracht fallen.

Die Mär der kantonalen Gleichmacherei

Laut Bundesrat würde das vorgeschlagene Finanzierungssystem den unterschiedlichen Kosten in den Kantonen nicht mehr Rechnung tragen. Demgegenüber ist festzuhalten: Der Initiativtext ermöglicht es sehr wohl und auf äusserst einfache Weise, den kantonalen Gesundheitskosten Rechnung zu tragen. Der Anteil der künftigen Prämien, der im Verhältnis zum Einkommen berechnet wird und 60% des gesamten Prämienumfanges betragen soll, wird gemäss den neuesten Berechnungen des Initiativkomitees mit einem Satz von 4,3 Prozent finanziert. Dieser Satz kann unter zumindest teilweiser Berücksichtigung der kantonalen Gesundheitskosten von Kanton zu Kanton unterschiedlich festgelegt werden. Kein vernünftig denkender Mensch wird annehmen, dass das Parlament diesen Weg nicht beschreiten wird. Das Initiativkomitee hat entsprechende Modelle ausarbeiten lassen und wird sie demnächst vorstellen.

Kostenbewusstes Verhalten wird weiterhin gefördert

Im Gegensatz zu den bundesrätlichen Behauptungen wird auch nach Annahme der Initiative das kostenbewusste Verhalten der Patientinnen und Patienten gefördert. Versicherte, die besondere Versicherungsmodelle wählen, können mit tieferen Franchisen oder mit im Initiativtext explizit vorgesehenen jährlichen Rückerstattungen finanziell belohnt werden – und dies erst noch auf sichtbarere und damit auch attraktivere Art als heute. Wer Ende Jahr von seiner Kasse durch eine Rückerstattung belohnt wird, ist zusätzlich motiviert, weiterhin besonders gut auf seine Gesundheit zu achten.

Korrigierte Berechnungsgrundlage:

Das Initiativekomitee hat seine an der Pressekonferenz vom 11. Februar präsentierten Berechnungsgrundlagen korrigiert. Die Korrektur betrifft einzig den einkommensabhängigen Prämienteil, der neu mit 4.3% des steuerbaren Einkommens (nach Abzug von 20'000.- Fr.) festgelegt wurde. Dies ist eine Erhöhung um 0.9 Prozentpunkte. Die Auswirkung dieser Änderung auf die Entlastungswirkung der Initiative ist gering. Alle Familien mit zwei Kindern und einem steuerbaren Einkommen von unter 190'000 Franken werden dank der Gesundheits-Initiative entlastet. Die Entlastung beträgt beispielsweise bei einem steuerbaren Einkommen von 100'000 Franken 4500 Franken pro Jahr. Familien mit Einkommen von 50'000 Franken werden sogar um 7000 Franken pro Jahr entlastet. (Im Anhang ist die Entlastungswirkung für mehrere Beispiele berechnet).

SOZIALDEMOKRATISCHE PARTEI DER SCHWEIZ

Medien- und Informationsdienst

Spitalgasse 34, Postfach, CH – 3001 Bern

Fon: 031 329 69 82 oder 329 69 84

Fax: 031 329 69 70

E-Mail: presse@sp-ps.chInternet: <http://www.sp-ps.ch>**Bern, am Dienstag, 25. Februar 2003 – 11.00 Uhr****> Originalfassung deutsch**

Beilage

Gesundheitsinitiative: Belastung vorher / nachher
(Schweizer Durchschnittszahlen bei Mindestfranchise)

Steuerbares Einkommen	Zus. MWSt. pro Monat	Einkommensbezogene Prämie pro Monat (4.3% jährlich)	Total Kosten pro Monat	Jährliche Einsparung / Mehrbelastung			
				Familie mit 2 Kindern (dav. 1 > 18 J.)	Alleinstehende Person, 1 Kind < 18 J.	Paar ohne Kinder	Alleinstehende Person, kinderlos
20'000	17	0	17	-8496	-3492	-5676	-2736
30'000	23	43	66	-7908	-2904	-5088	-2148
40'000	26	72	98	-7524	-2520	-4704	-1764
50'000	31	107	138	-7044	-2040	-4224	-1284
60'000	36	143	179	-6552	-1548	-3732	-792
70'000	40	179	219	-6072	-1068	-3252	-312
80'000	46	215	261	-5568	-564	-2748	192
90'000	53	250	303	-5064	-60	-2244	696
100'000	58	286	344	-4572	432	-1752	1188
110'000	64	322	386	-4068	936	-1248	1692
120'000	70	358	428	-3564	1440	-744	2196
130'000	77	394	471	-3048	1956	-228	2712
140'000	84	430	514	-2532	2472	288	3228
150'000	92	465	557	-2016	2988	804	3744
160'000	98	501	599	-1512	3492	1308	4248
170'000	104	537	641	-1008	3996	1812	4752
180'000	108	573	681	-528	4476	2292	5232
190'000	113	609	722	-36	4968	2784	5724
200'000	117	644	761	432	5436	3252	-2736

Bemerkung: Das Nettoeinkommen ist im Schweizer Durchschnitt rund 25% höher als das steuerbare Einkommen.