

Medienmitteilung vom 25. Februar 2003

Volksabstimmung vom 18. Mai 2003: Bundesrat eröffnet Abstimmungskampagne gegen die "Gesundheitsinitiative"

Bundespräsident Pascal Couchepin hat in Bern die bundesrätliche Abstimmungskampagne gegen die Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben" eröffnet. Die Initiative will die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung grundlegend ändern. Dazu soll die Mehrwertsteuer (MWST) erhöht werden, und die Beiträge der Versicherten sollen von deren wirtschaftlicher Situation abhängen. Zudem sollen kantonale Steuerkompetenzen auf den Bund übergehen. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab, weil sie für alle die MWST erhöht und damit viele Versicherte, die heute eine Prämienverbilligung erhalten, stärker belastet. Daneben werden die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten fast vollständig abbaut.

Im Rahmen einer Medienkonferenz hat Bundespräsident Pascal Couchepin die Abstimmungskampagne des Bundesrates gegen die "Gesundheitsinitiative" eröffnet und die Gründe des Bundesrates gegen die Initiative der Sozialdemokratischen Partei dargelegt.

Der Bundesrat vertritt die Ansicht, dass die "Gesundheitsinitiative" das heutige System zur Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung auf den Kopf stellt. Sie verursacht eine erhebliche Erhöhung der Mehrwertsteuer (MWST) um bis zu 5 Prozentpunkte und wirkt wie eine zusätzliche Einkommens- und Vermögenssteuer. Überdies werden viele Versicherte mit tiefen Einkommen mit der Initiative schlechter fahren, da Prämienverbilligungen nach heutigem Modell nicht mehr möglich wären. Auf die drängende Frage, wie die Gesundheitskosten kontrolliert werden können, gibt die Initiative nach Ansicht des Bundesrates keine befriedigende Antwort. Vielmehr baut sie sogar Kostenbewusstsein und Wettbewerb massiv ab.

Der Bundesrat zieht das heutige System vor, weil es auch auf Wettbewerb und auf Anreize zu kostenbewusstem Verhalten aller Beteiligten setzt. Er hat auf der Kostenseite gehandelt und tut es weiterhin: Für die kostenträchtigen Spitalbehandlungen hat er dem Parlament ein einfacheres und transparenteres Finanzierungssystem vorgeschlagen. Dieses erlaubt längerfristig eine bessere Kostensteuerung. Auch Projekte zur Sicherung der Qualität und zur Eindämmung unnötiger Behandlungen hat der Bund bereits initiiert.

Auf der Finanzierungsseite will der Bundesrat den Mittelstand stärker entlasten. Mit geeigneten gesetzgeberischen und umsetzungstechnischen Massnahmen soll die Prämienbelastung insbesondere von Familien mit mittleren Einkommen, die heute von der Prämienverbilligung nicht erfasst werden, reduziert werden.

EIDG. DEPARTEMENT DES INNERN
Presse- und Informationsdienst

Auskünfte:

Tel. 031 322 80 16
Jean-Marc Crevoisier, Kommunikationschef
Eidg. Departement des Innern EDI

Tel. 031 322 90 04
Fritz Britt, Vizedirektor
Bundesamt für Sozialversicherung

Beilagen:

- Argumentarium gegen die "Gesundheitsinitiative"
- Fragen & Antworten zur "Gesundheitsinitiative"

Aktuell - Pressemitteilungen - Top

Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Tel. 031/322 90 11
Fax. 031/322 78 80
[Feedback](#)

NEIN zur Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)»

Am 18. Mai 2003 stimmen die Bürgerinnen und Bürger über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben», die «Gesundheitsinitiative» der Sozialdemokratischen Partei ab. Die Initiative will die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung grundlegend ändern. Dazu sollen zusätzliche Mehrwertsteuerprozent (MWST) eingesetzt werden, und die Höhe der Beiträge der Versicherten soll vom Einkommen, vom Vermögen und von den Familienlasten abhängen. Zudem sollen kantonale Planungs- und Steuerungskompetenzen auf den Bund übergehen. Bundesrat und Parlament lehnen die Initiative ab, weil sie die MWST erhöht, viele Versicherte, die heute eine Prämienverbilligung erhalten, stärker belastet und die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten fast vollständig abbaut.

Was will die Initiative?

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

Die Zielsetzung der Initiative – tragbare Prämienlast für die Versicherten und eine verbesserte Kostenkontrolle – deckt sich im Wesentlichen mit jener von Bundesrat und Parlament. Die zur Zielerreichung von der Initiative vorgesehenen Mittel erachtet der Bundesrat aber als unsozial, systemfremd, etatistisch, in Details unklar und widersprüchlich.

Was spricht gegen die Initiative?

- ▶ **Die Initiative ist unsozial: die untersten Einkommen werden durch die höhere Mehrwertsteuer stärker belastet.**

Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer belastet alle, verhältnismässig aber am stärksten Personen mit tiefen Einkommen. Zur Kasse gebeten würden damit mindestens jene Versicherten, die heute dank der Prämienverbilligung keine Prämie bezahlen. Die Prämien wie bisher zu verbilligen wäre mit dem neuen System indes nicht vereinbar. Die durch die Mehrwertsteuererhöhung entstandene Mehrbelastung könnten auch nicht zurückerstattet (d.h. durch Prämienverbilligungen erleichtert) werden.

Fraglich ist überdies, inwiefern die Initiative geeignet ist, den Mittelstand wirksam zu entlasten. Unter Berücksichtigung der Freigrenze von 20'000.- (Einkommen) bzw. 1'000'000.- Franken (Vermögen) würde rund die Hälfte aller Versicherten keine Prämie bezahlen. Der gesamte neu prämiertenfinanzierte Anteil der Gesundheitskosten müsste somit von der anderen Hälfte der Versicherten allein getragen werden. Selbst bei einkommensabhängiger Ausgestaltung dürfte die Belastung allein für die Prämie eher ansteigen.

► **Die Initiative führt auf Bundesebene eine Vermögenssteuer ein.**

Die von der Initiative vorgesehene einkommens- und vermögensabhängige Prämiengestaltung wirkt wie eine zusätzliche Einkommens- und Vermögenssteuer. Auf Bundesebene wird aber das Vermögen heute nicht besteuert. Der Bundesrat lehnt einen solchen indirekten Eingriff in das Steuersystem ab. Dieses ist Bestandteil einer bewährten Finanzpolitik und darf deshalb nur gezielt und koordiniert umgebaut werden.

► **Die Mehrwertsteuer ist kein Selbstbedienungsladen.**

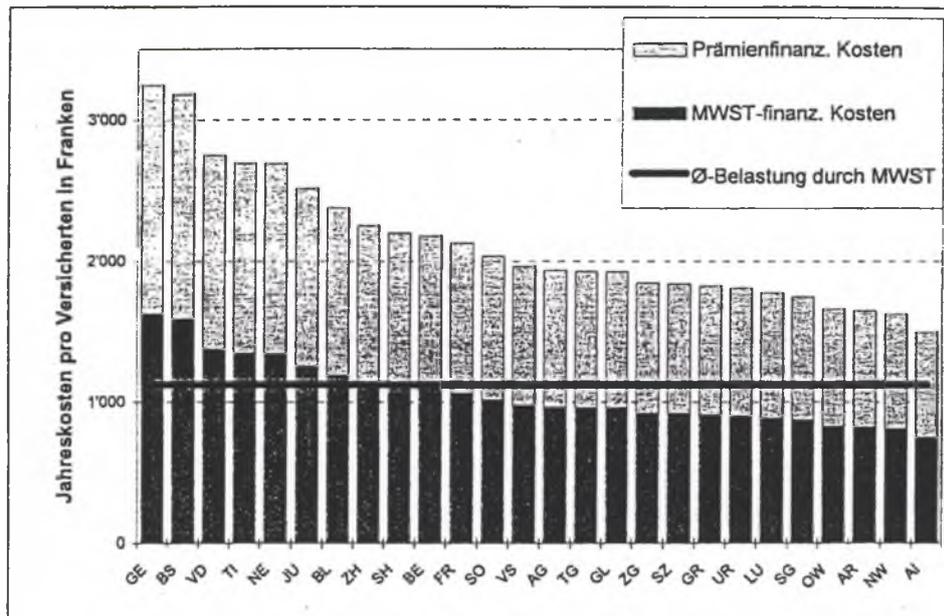
Die Initiative lässt offen, zu welchen Teilen die obligatorische Krankenversicherung aus der MWST, aus Beiträgen der Versicherten und aus Beteiligungen der Kantone finanziert werden soll. Geht man davon aus, dass die Hälfte über die MWST finanziert wird, so sind rund 8,5 Milliarden Franken Mehreinnahmen erforderlich. Dies entspricht einer Erhöhung der MWST um etwa 3,6 Prozentpunkte. Mit der Initiative könnte die heutige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ganz wegfallen. Dann wären sogar gegen 12 Milliarden zusätzliche MWST-Einnahmen und damit eine Erhöhung um rund 5 Prozentpunkte erforderlich. Bundesrat und Parlament waren bisher bei der Erhöhung der MWST sehr zurückhaltend. Sie haben MWST-Erhöhungen ganz bewusst für besondere Aufgaben, insbesondere nämlich die Finanzierung der AHV und der Invalidenversicherung, reserviert. Die Mehrwertsteuer als Heilmittel für alles könnte zu einer unkontrollierbaren Dynamik führen.

► **Durch die Teiifinanzierung über die Mehrwertsteuer findet ein Kostenausgleich unter den Kantonen statt.**

Heute sind die Prämien unter den Kantonen sehr verschieden, weil je nach Kanton unterschiedlich viele Gesundheitsdienstleistungen beansprucht werden. Die Möglichkeit kantonal unterschiedlicher Prämien wird mit der Initiative stark eingeschränkt, wenn nicht sogar aufgehoben. Daraus resultiert eine Querfinanzierung der Gesundheitskosten unter den Kantonen.

Grafik 1: Kostenausgleich durch MWST-Finanzierung zwischen den Kantonen

(Annahme: Kantonale jährliche Durchschnittskosten pro Versicherten (2001), 50 Prozent über MWST finanziert)



Das vorgeschlagene Finanzierungssystem würde dafür sorgen, dass Versicherte in Kantonen mit heute tiefen Gesundheitskosten Versicherte in «teuren» Kantonen mitfinanzieren müssten.

► **Die Initiative sorgt für administrativen Mehraufwand.**

Laut Initiative sollen die Prämien nach der finanziellen Lage und den Familienlasten jeder versicherten Person festgelegt werden. Um dies zu verwirklichen, müssen die Einkommens- und Vermögensdaten nicht nur den Steuerbehörden mitgeteilt, sondern neu auch dem Organ zugänglich gemacht werden, das die Prämien erhebt. Überdies wird das Festlegen und Einnehmen der Prämien sehr kompliziert. Besonders schwierig und schwerfällig gestaltet sich die Verteilung der Gelder auf die einzelnen Kassen. Insgesamt dürften die Administrativkosten gegenüber heute ansteigen.

► **Die Initiative wirkt etatistisch: Planungs- und Preisfestsetzungskompetenzen, die bisher weitgehend den Tarifpartnern und den Kantonen vorbehalten waren, würden auf den Bund übertragen.**

Zur Kostenkontrolle soll der Bund laut Initiative zusätzliche Kompetenzen erhalten. Im Kern soll er Planungs- und Steuerungsaufgaben von den Kantonen übernehmen und Maximalpreise festlegen. Die Initiative verlangt Massnahmen, die teilweise schon Realität sind (Medikamentenpreise), die schon diskutiert werden (Planung der Spitzenmedizin, Zulassungsbestimmungen) oder die heute schon von den Kantonen ergriffen werden können (Kostenbremse bei Spitälern und Pflegeheimen). Heute sind primär die Kantone für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich. Sie kennen die Bedürfnisse und Verhältnisse vor Ort. Mit einer übermässigen Zentralisierung der Kompetenzen ginge diese Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern verloren. In Bezug auf die Kostenkontrolle bringt die Initiative keine überzeugende Lösung.

► **Die Initiative unterdrückt Kostenbewusstsein und Wettbewerb.**

Die neue Finanzierung hebt die Konkurrenz unter den Krankenkassen fast vollständig auf und zentralisiert die Krankenversicherung weitgehend. Sparmodelle mit freiwilliger Einschränkung der Versicherten und Prämienrabatt als Gegenleistung (höhere Franchise, HMO, Hausarzt-Netz oder Bonus-Versicherung) sind im neuen Prämiensystem kaum realisierbar.

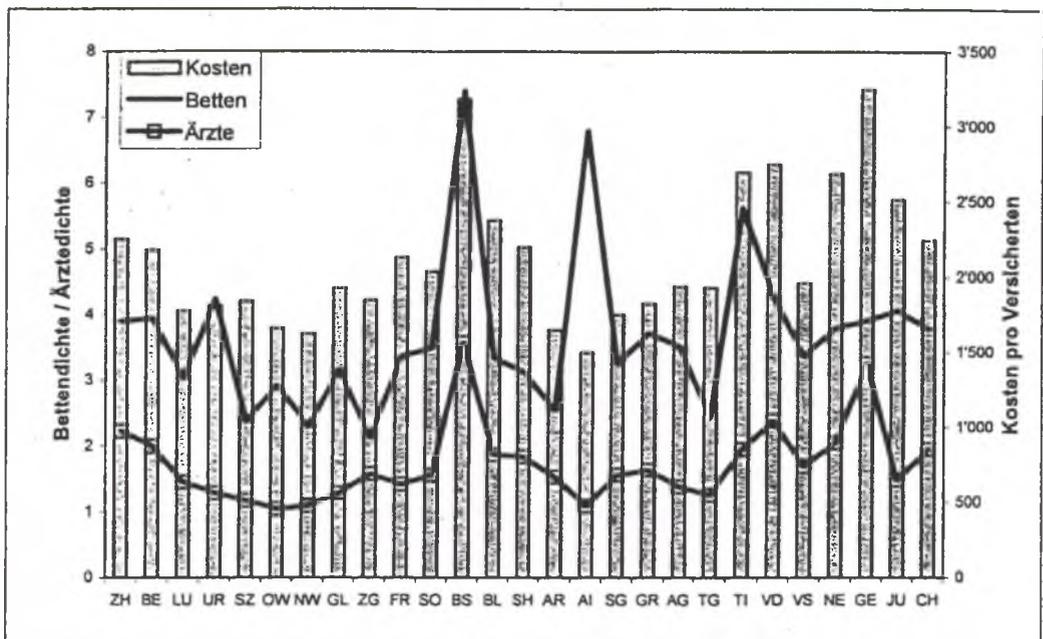
Durch die Entkoppelung der Prämienzahlung vom Leistungsbezug fallen für die Versicherten die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten weg, und die Kassen haben kein Interesse mehr daran, die Gesundheitskosten zu kontrollieren. Auch Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Medizinalindustrie sind nicht mehr an der Vereinbarung von besonders günstigen Tarifen oder Preisen interessiert. Bei wachsenden Gesundheitskosten müsste die Mehrwertsteuer mitsteigen, so dass die Sorge um die Finanzierbarkeit auf allen Seiten abnimmt. All dies wird die Kostenentwicklung noch mehr anheizen.

Das vorgeschlagene Finanzierungssystem würde den unterschiedlichen Kosten in den Kantonen (als Resultat des unterschiedlichen Konsums von Dienstleistungen des Gesundheitswesens) nicht mehr Rechnung tragen. Damit würde ein wichtiges Instrument für die Entwicklung eines Kostenbewusstseins auf kantonaler Ebene wegfallen.

Sozialpolitische und gesundheitsökonomische Korrektive des heutigen Systems und geplante Verbesserungen

Es ist unbestritten, dass das heutige System der Krankenversicherung noch Mängel aufweist, die zu beheben sind. Namentlich die **Belastung der Familien mit mittleren Einkommen**, die heute von der Prämienverbilligung nicht erfasst werden, ist dort zu reduzieren, wo sie einen zumutbaren Anteil des Haushalteinkommens übersteigt.

Auch hinsichtlich einer Ausweitung und Verfeinerung des Instrumentariums zur **Kostendämpfung** muss noch gearbeitet werden. Die im KVG hierzu vorgesehenen Instrumente sind den Akteuren im Gesundheitswesen noch zu wenig vertraut, als dass sie von ihnen wirksam eingesetzt werden konnten. Der Hauptgrund für die weiterhin über der Teuerung und der Lohnentwicklung liegenden Kostensteigerung bei den Krankenpflegeleistungen liegt indes bei der Mengenausweitung: Immer mehr Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen treten auf dem Markt auf, parallel dazu steigt der Konsum solcher Dienstleistungen. Damit steigen die Kosten jährlich um über 5 Prozent – dies bei Preisindizes, die seit 1994 bei 0-1 Prozent stagnieren. Die Mehrkosten infolge Zulassung neuer Pflichtleistungen liegen demgegenüber im Promillebereich.

Grafik 3: Kosten pro Versicherten, Ärzte- und Spitalbettendichte pro 1000 Einwohner


Beim Gesundheitsmarkt handelt es sich um einen Angebotsmarkt. Wegen ihres Informationsvorsprungs bestimmen die Anbieter die Nachfrage in erheblichem Mass; die Nachfrage wird dadurch beinahe unbeschränkt. Die Angebotsdichte widerspiegelt sich wiederum in den Durchschnittskosten, die pro Versicherten anfallen.

Bundesrat und Parlament sind bestrebt, im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG und der Folgearbeiten der Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002 das KVG zu optimieren. Der Bundesrat hielt damals fest, dass er die Krankenversicherung in drei Schritten reformieren wolle.

- **Kurzfristige Massnahmen** wurden zum Teil schon realisiert. Zum Beispiel muss vor der Durchführung bestimmter medizinischer Massnahmen vermehrt die Meinung von Vertrauensärzten eingeholt werden.
- Die im Rahmen der 2. Teilrevision vorgeschlagenen **mittelfristigen Korrekturen** bilden derzeit Gegenstand der parlamentarischen Beratungen. Der Bundesrat hat hinsichtlich der Prämienverbilligung Vorschläge erarbeiten lassen, die vermehrt Familien entlasten. Zudem soll eine transparentere und einfachere Spitalfinanzierung Anreize zu kostendämpfenden Tarifvereinbarungen geben, kostentreibende Anreize der Kantone abzubauen und längerfristig eine bessere Kostensteuerung erlauben.
- Für die **längerfristig geplanten Massnahmen**, die in einer weiteren KVG- Teilrevision ihren Niederschlag finden sollen, wurde vom Bundesrat ein grösseres Projekt in Auftrag gegeben, das vertiefte Abklärungen zu Themen wie Aufhebung des Kontrahierungszwangs, monistische Spitalfinanzierung, Managed Care-Modelle oder Nachfragesteuerung durch modifizierte Kostenbeteiligungen sowie auch zur Finanzierung der Pflege zum Gegenstand hat. Resultate und Vorschläge hierzu werden dem Bundesrat Mitte Juni 2003 unterbreitet.

Auch ausserhalb dieser gesetzgeberischen Vorarbeiten sind Projekte in Ausarbeitung, welche zu kostendämpfenden Resultaten führen sollen.

- Eines dieser Projekte soll das Angebot an medizinischen Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung näher durchleuchten und auf die Angemessenheit überprüfen. Die bessere **Steuerung der Leistungsmengen und der Angemessenheit der Leistungen** ist ein wichtiges Ziel. Mit geeigneten Mitteln ist beispielsweise der praktizierende Arzt in seiner Rolle als verantwortungsbewusster Anwender medizinischer Methoden und Therapien zu stärken. Dies kann über einen partnerschaftlichen Ansatz mit Guidelines und Expertensystemen oder über einen zwingenden Ansatz mit Zweitmeinungsmodellen oder einer Patientenkarte geschehen.
- Auch hinsichtlich **Qualitätssicherung** sind Bestrebungen im Gange, welche sich dämpfend auf die Kostenentwicklung auswirken werden. Zur Zeit wird zwischen den Verbänden der Spitäler und der Krankenversicherer ein neuer Vertrag zur Qualitätssicherung ausgehandelt. Dieser sieht für die ganze Schweiz die flächendeckende Messung von Qualitätsindikatoren vor. Andererseits wird das Thema «Erhöhung der Sicherheit der Patienten» in einem besonderen Programm zusammen mit Vertretern der Leistungserbringer bearbeitet.

Zur Frage einer besseren **Planung und Koordination der Spitzenmedizin** macht die Botschaft des Bundesrates zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) Vorschläge: Die Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung in der Spitzenmedizin und für Spezialbehandlungen bleibt bei den Kantonen. Der Bereich wird neu obligatorischer Bestandteil der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich. Dies hat zur Folge, dass eine interkantonale Vereinbarung über die Planung und Aufgabenteilung in der Spitzenmedizin zu erarbeiten sein wird. Bundesrechtliche Vorgaben werden keine vorgesehen.

Geltendes Krankenversicherungssystem mit Vorzügen ...

Das Krankenversicherungsgesetz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG)) sorgt dank dem Versicherungsobligatorium und einer vom Eintrittsalter unabhängigen Prämie für alle Bürgerinnen und Bürger für gleichen Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung. Das Versicherungssystem wurde deutlich verbessert, indem keine Diskriminierungen mehr stattfinden, wie dies vor 1996 der Fall war. Der Wechsel zu einem anderen Krankenversicherer ist unabhängig vom Gesundheitszustand und Alter ohne Benachteiligung möglich, und ein Ausschluss aus der Grundversicherung wegen Nichtbezahlens der Prämien ist nicht mehr zulässig. Versicherungsvorbehalte für bestehende und vorbestandene Krankheiten gehören im Bereich der Grundversicherung der Vergangenheit an.

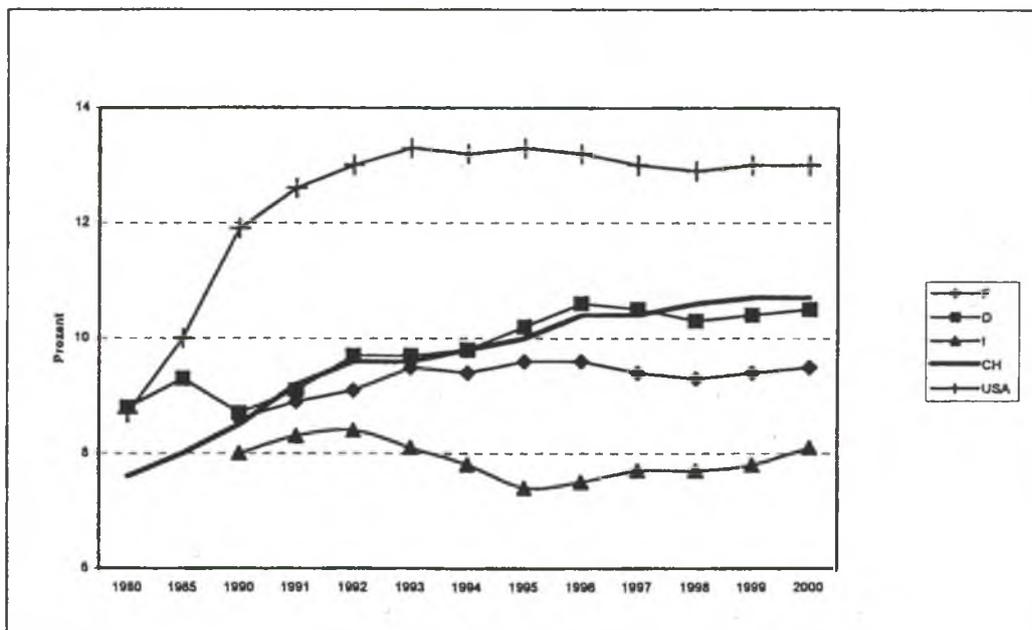
Die Prämienverbilligungen sorgen dafür, dass für den grössten Teil der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen die finanzielle Belastung durch die Krankenversicherung ganz oder teilweise entfällt. Heute kommt rund ein Drittel der Versicherten in den Genuss einer Prämienverbilligung.

... und Mängeln

Für den Mittelstand, namentlich für Familien mit mittlerem Einkommen, ist die Prämienlast heute zu hoch; hier bedarf es einer Korrektur im Prämienverbilligungssystem. Bei Bund und Kantonen sind denn auch gesetzgeberische und umsetzungstechnische Bestrebungen im Gange, welche eine Entlastung vor allem der Familien mit mittlerem Einkommen zum Ziel haben.

Handlungsbedarf besteht überdies bezüglich der Kostenentwicklung, welche bisher nicht im beabsichtigten Ausmass eingedämmt werden konnte. Mit Anpassungen im Bundesrecht und mit wirksamerem Einsatz der im geltenden Recht vorhandenen Instrumente will daher der Bundesrat der übermässigen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen Einhalt gebieten.

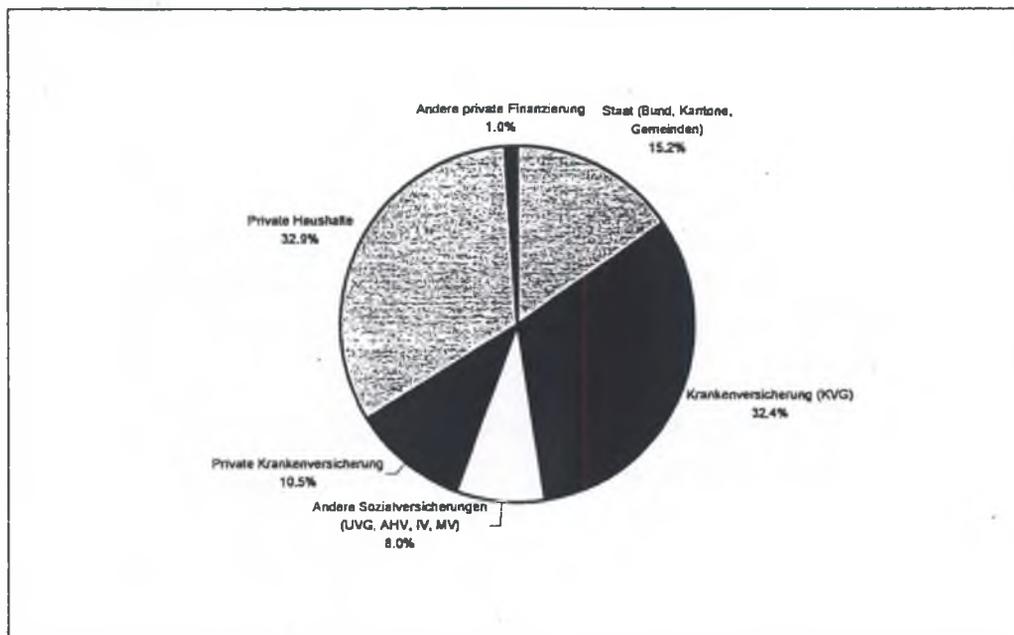
Grafik 2: Anteil der Gesundheitskosten am BIP (Quelle: OECD Healthdata 2002)



Der internationale Vergleich zeigt, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) in der Schweiz eher etwas über jenem der Nachbarländer, jedoch klar unter jenem der USA liegt.

Grafik 4: Finanzierung des Gesundheitswesens

(in % des geschätzten Totals für 2002 von geschätzten 46,6 Milliarden Franken)



Der Anteil von 32,8% der privaten Haushalte setzt sich zusammen aus den Kostenbeteiligungen der Versicherten für Sozial- und Privatversicherung sowie «Out of pocket»-Zahlungen.