

## Das Wichtigste in Kürze

### Gute Versorgung mit sozialer Finanzierung

Die obligatorische Krankenversicherung garantiert heute der ganzen Bevölkerung den Zugang zu den nötigen medizinischen Behandlungen in hochstehender Qualität. Finanziert werden diese aus den individuellen Prämien, aus Franchise und Selbstbehalt sowie zu einem Drittel aus Steuergeldern (kantonale Spitalsubventionen). Zur sozialen Abfederung erhält ein Drittel der Versicherten auf Grund ihrer wirtschaftlichen Situation eine gezielte Prämienverbilligung. Viele von ihnen bezahlen gar keine Krankenversicherungsprämie mehr.

### Was will die initiative?

Hauptanliegen der von der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz lancierten Initiative ist eine grundlegend neue Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung. Diese soll aus Beiträgen der Versicherten und neu bis zur Hälfte aus zusätzlichen Mehrwertsteuerprozenten 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 liegen.

### Wortlaut der Eidgenössische Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben»

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

*Art. 117*

<sup>1</sup> Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung.

<sup>2</sup> Die obligatorische Krankenversicherung erfolgt durch gemeinnützige Krankenversicherer. Sie garantiert allen Versicherten eine qualitativ hochstehende, bedarfsgerechte und kostengünstige medizinische Versorgung.

<sup>3</sup> Die obligatorische Krankenversicherung wird insbesondere finanziert aus:

- a. zusätzlichen, zweckgebundenen Einnahmen aus der Mehrwertsteuer in gesetzlich festgelegtem Umfang;
- b. in mindestens gleich hohem Umfang durch Beiträge der Versicherten; diese Beiträge werden im Verhältnis zum Einkommen und zum realen Vermögen sowie unter Berücksichtigung der Familienlasten festgelegt.

<sup>4</sup> Die Krankenversicherer erhalten pro versicherte Person Beiträge aus den unter Absatz 3 genannten Mitteln. Dabei werden die unterschiedlichen Risiken der Versicherer ausgeglichen. Ueberschüsse werden den Versicherten zurückerstattet.

<sup>5</sup> Bund und Kantone sorgen für eine wirksame Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Der Bund trifft dazu insbesondere folgende Massnahmen:

- a. Er regelt die Spitzenmedizin und koordiniert die Gesundheitsplanungen der Kantone.
- b. Er bestimmt die Maximalpreise der in der obligatorischen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Einschluss der Medikamente.
- c. Er erlässt Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbringer und sorgt für eine wirksame Qualitätskontrolle.
- d. Werden übermässige Leistungsmengen erbracht, ergreift er nach Sparten und Regionen differenziert weitere Kostendämpfungsmassnahmen.

Die Kantone können im Bereich der Gesundheitsplanung weitergehende Massnahmen treffen.

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

*Art. 197 Ziff. 2 (neu)*

*2. Übergangsbestimmung zu Artikel 117 (Kranken- und Unfallversicherung)*

<sup>1</sup> Die Leistungen des Bundes und der Kantone für das Gesundheitswesen haben mindestens dem teuerungsbereinigten Stand des Jahres 1997 zu entsprechen.

<sup>2</sup> Der Ertrag nach Artikel 117 Absatz 3 der Bundesverfassung entspricht mindestens dem gesamten Prämienvolumen der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr vor Inkrafttreten der Ausführungsgesetzgebung.

<sup>3</sup> Falls das Ausführungsgesetz zu Artikel 117 nicht innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft gesetzt werden kann, erlässt der Bundesrat die notwendigen Ausführungsbestimmungen zu den Absätzen 3 und 5 von Artikel 117 auf dem Verordnungsweg.

<sup>4</sup> Er berücksichtigt dabei insbesondere folgende Grundsätze:

- a. Für die Beiträge der Versicherten gemäss Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b gilt ein Freibetrag von 20'000 Franken für das Einkommen und von 1'000'000 Franken für das reale Vermögen.
- b. Die in Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b vorgegebenen Beiträge der Versicherten im Verhältnis des realen Vermögens belaufen sich auf mindestens ein Viertel der gesamten Beiträge der Versicherten gemäss Artikel 117 Absatz 3 Buchstabe b.

## Folgen der Initiative

Mit dem neuen Finanzierungssystem dürften zwar die Prämien vieler Versicherter sinken. Dies ist aber nur auf den ersten Blick sozialer als heute; denn die erhebliche Erhöhung der Mehrwertsteuer trifft ausnahmslos alle. Verhältnismässig am stärksten trifft sie jene Einkommensschichten, die heute dank Prämienverbilligung reduzierte oder gar keine Krankenkassenprämien bezahlen. Notwendig wäre eine Erhöhung um bis zu 3,6 Prozentpunkte, was Mehreinnahmen von rund 8,5 Milliarden Franken entspricht. Falls zusätzlich die Kantone die grundversicherten Leistungen nicht mehr mitfinanzieren würden, müsste die MWST sogar um bis zu 5 Prozentpunkte erhöht werden. Die einkommens- und vermögensabhängigen Prämien wirken wie eine zusätzliche Einkommens- und Vermögenssteuer. Die Initiative führt zur Querfinanzierung der Gesundheitskosten unter den Kantonen. Prämien, die den kantonal erheblich unterschiedlichen Konsum von Gesundheitsleistungen widerspiegeln, sind praktisch nicht mehr möglich. Wettbewerb und Anreize zu kostenbewusstem Verhalten werden massiv abgebaut.

## Standpunkt von Bundesrat und Parlament

Für Bundesrat und Parlament bringt die Initiative eine fragwürdige Finanzierung der Krankenversicherung. Zudem gibt sie keine befriedigende Antwort auf die drängende Frage, wie die steigenden Gesundheitskosten besser kontrolliert werden können. Versicherte mit tiefen Einkommen, die heute keine Prämien bezahlen müssen, werden in Zukunft durch die höhere Mehrwertsteuer deutlich stärker belastet.

## Auskünfte

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

## Weitere Informationen

- Botschaft des Bundesrates zur Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» vom 31. Mai 2000 (<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2000/4267.pdf>)
- Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» vom 5. Dezember 2002 (<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2002/8149.pdf>)
- Argumentarium EDI/ BSV gegen die «Gesundheitsinitiative»
- Fragen und Antworten EDI/ BSV zur «Gesundheitsinitiative»

## **Gute Gründe gegen die «Gesundheitsinitiative»**

### **Die Initiative ist unsozial.**

Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer belastet alle, verhältnismässig aber am stärksten Personen mit tiefen Einkommen, da die MWST regressiv wirkt. 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. Heute werden einem Drittel aller Versicherten die Prämien gezielt verbilligt; rund 400'000 Personen (darunter die knapp 210'000 BezügerInnen von Ergänzungsleistungen EL) bezahlen dank Prämienverbilligung gar keine Prämie.

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 prämiensfinanzierte Anteil der Gesundheitskosten in der Höhe von mindestens 8,5 Milliarden Franken (bei einem Finanzierungsanteil der MWST von 50%) müsste somit von der anderen Hälfte der Versicherten allein getragen werden. Durch den von der Initiative geforderten einheitlichen Besteuerungssatz auf dem Einkommen würde die Belastung durch die Bundessteuer für tiefe und mittlere Einkommen deutlich erhöht (heute ist die direkte Bundessteuer progressiv ausgestaltet und belastet die unteren Einkommenschichten weniger stark als hohe).

### **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.

Überdies wurde eine allfällige Plafonierung der Beitragssätze auf Einkommen und Vermögen (z.B. um Steuerflucht vermögender Personen zu verhindern) in erster Linie den Mittelstand treffen.

### **Die Mehrwertsteuer ist kein Selbstbedienungsladen.**

Die Initiative lässt zu, dass maximal die Hälfte der Kosten der obligatorische Krankenversicherung über die MWST finanziert werden soll. In diesem Fall sind rund 8,5 Milliarden Franken MWST-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 haben MWST-Erhöhungen ganz bewusst für besondere Aufgaben, insbesondere nämlich die Finanzierung der AHV und der Invalidenversicherung, reserviert.

### **Kostenausgleich unter den Kantonen.**

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. 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.

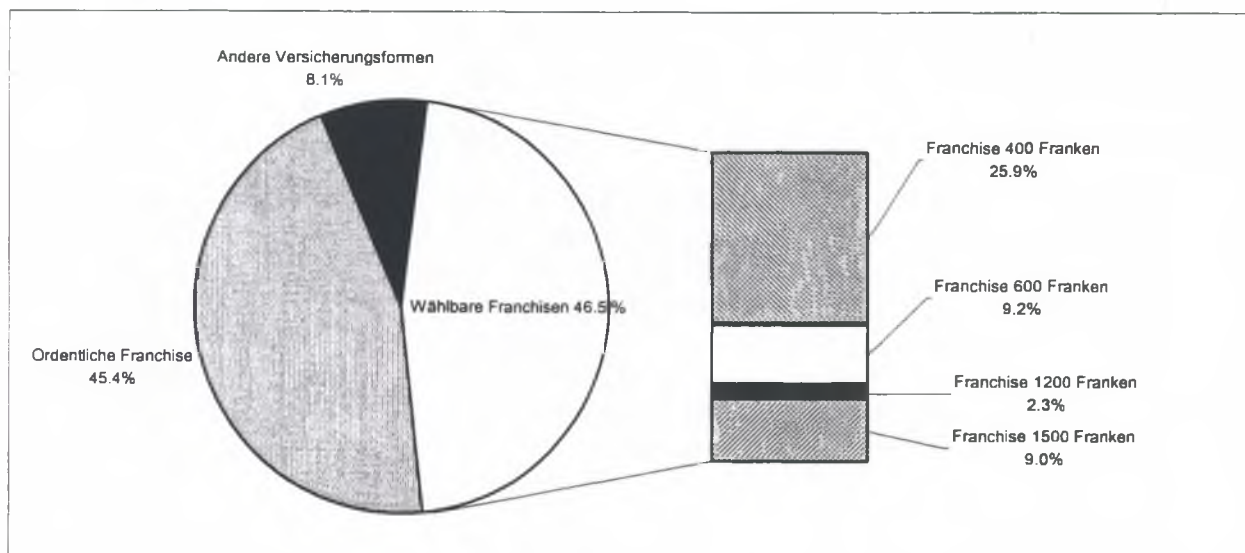
Zur Kostenkontrolle soll der Bund laut Initiative zusätzliche Kompetenzen erhalten. Im Kern soll er Planungs- und Steuerungsaufgaben von den Kantonen übernehmen und Maximalpreise festlegen. Die Initiative verlangt Massnahmen, die teilweise schon Realität sind (Medikamentenpreise), die schon diskutiert 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.

### Die Initiative unterdrückt Kostenbewusstsein und Wettbewerb.

Die neue Finanzierung hebt die Konkurrenz unter den Krankenkassen fast vollständig auf und zentralisiert die Krankenversicherung weitgehend. Die Kassen haben kein Interesse mehr daran, die Gesundheitskosten zu kontrollieren.

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.

**Grafik 1: Anteil der Versicherungsformen, erwachsene Versicherte 2001**



### Auskünfte

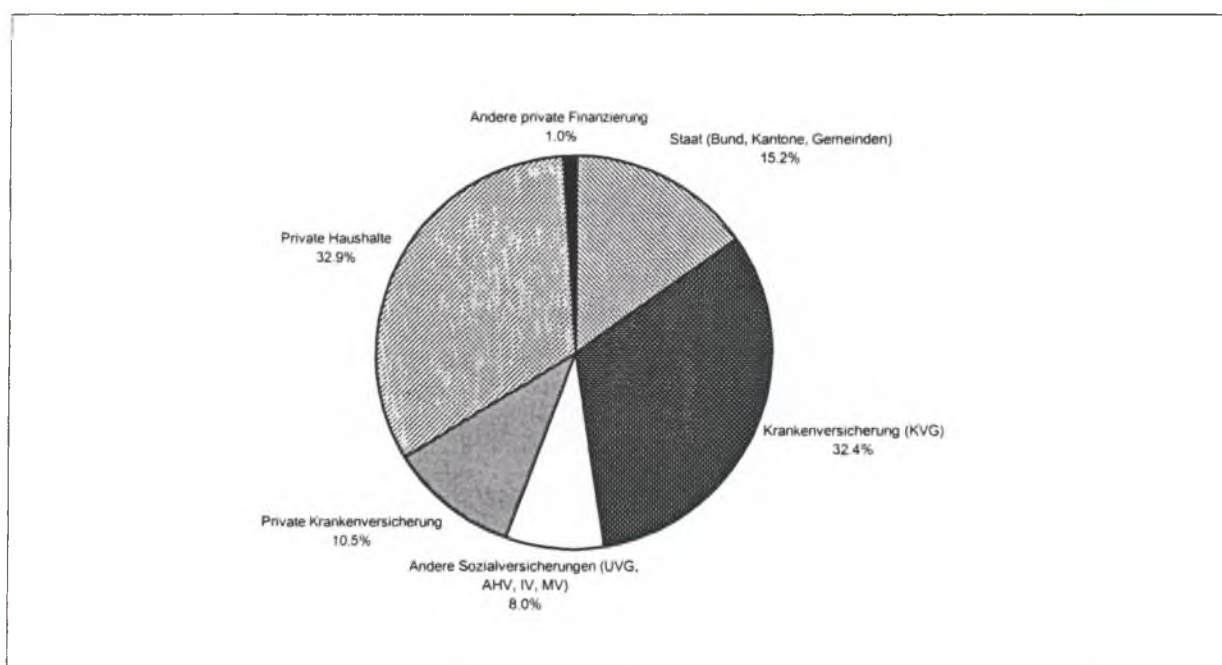
- Fritz Britt, Vizedirektor, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 322 90 04

## Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz betragen 2002 über 46 Milliarden Franken. Aus der Sicht der Finanzierung stehen die Sozialversicherungen mit einem Anteil von rund 40% klar an erster Stelle, wobei die obligatorische Krankenversicherung (Grundversicherung) allein für 32% der Leistungen und die anderen Sozialversicherungen für die restlichen 8% aufkommen. Der Staat beteiligt sich – im Wesentlichen durch die Kantone – mit einem Anteil von 15% an den Kosten. Der Anteil der Haushalte beträgt ein Drittel (33%) und setzt sich zusammen aus Zahlungen für Leistungen, die nicht von den Versicherungen abgedeckt werden («Out of pocket»), v.a. Pflege in Altersheimen, Zahnbehandlungen und Spitex, und den Kostenbeteiligungen im Rahmen der Krankenversicherung.

### Grafik 1: Finanzierung des Gesundheitswesens

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



### Tabelle 1: Leistungen der Grundversicherung

(brutto) in Mio Fr. nach Kostengruppen 2001 (Total: 16,4 Mia. Fr.)

Die Kosten der von der Grundversicherung erbrachten Leistungen teilen sich wie folgt auf:

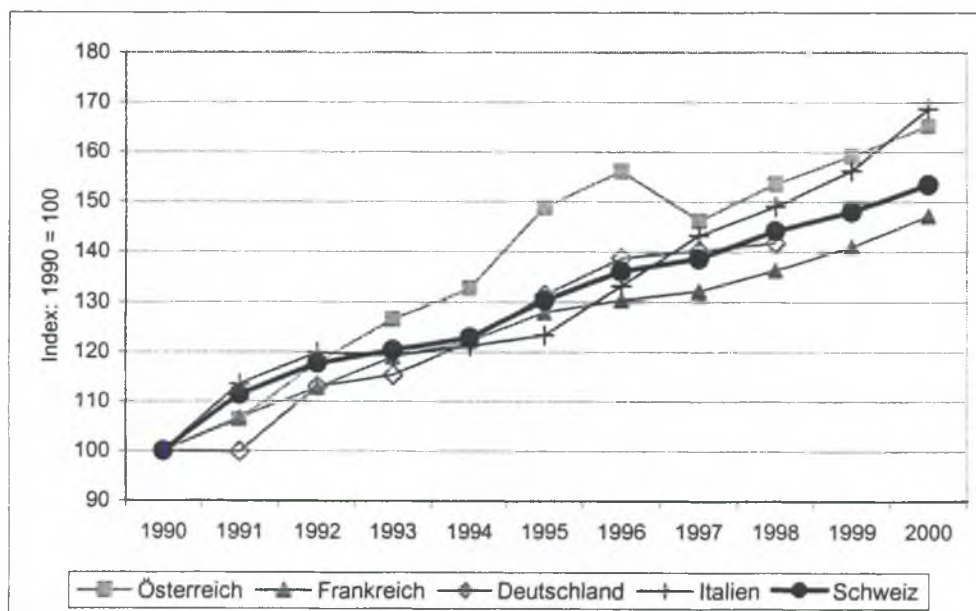
Kostengruppen	Total	Anteil in %
Arzt ambulant	4'012	24.5%
Spital stationär	3'798	23.2%
Medikamente Apotheke	2'242	13.7%
Spital ambulant	1'926	11.8%
Medikamente Arzt	1'271	7.8%
Pflegeheim + Spitex	1'528	9.3%
Physiotherapeut	480	2.9%
Labor	463	2.8%
Übrige Leistungen	666	4.0%
<b>Leistungen Total</b>	<b>16'386</b>	<b>100.0%</b>

## Die Schweiz im internationalen Vergleich

In der Schweiz und in sämtlichen umliegenden Ländern sind die Gesundheitsausgaben\* pro Einwohner seit 1990 deutlich angestiegen. Die Entwicklung verlief in der Schweiz ähnlich wie in den Nachbarländern.

\* Die Gesundheitsausgaben gemäss Definition der OECD umfassen weit mehr als die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung (z.B. Zahnarztkosten, selber gekaufte Medikamente oder die durch die Kantone getragenen Spitalkosten).

**Grafik 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Einwohner 1990 - 2000**



### Auskünfte

- Herbert Känzig, Kompetenzzentrum Grundlagen, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 322 91 48

### Weitere Informationen

- Botschaft des Bundesrates zur Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» vom 31. Mai 2000 (<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2000/4267.pdf>)
- Argumentarium gegen die «Gesundheitsinitiative»
- Fragen und Antworten zur «Gesundheitsinitiative»

## Massnahmen von Bund, Parlament und Kantonen

Es ist unbestritten, dass das heutige System der Krankenversicherung noch Schwächen und Mängel aufweist, die zu beheben sind. So ist die Belastung der Familien mit mittleren Einkommen, die heute nicht von der Prämienverbilligung erfasst werden, zu reduzieren. Gleichzeitig gilt es, das Instrumentarium zur Kostendämpfung auszuweiten und zu verfeinern. 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.

### Massnahmen zur Entlastung der Familien

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. Für den Mittelstand, namentlich für Familien mit mittlerem Einkommen (die heute von der Prämienverbilligung nicht erfasst werden), ist die Prämienlast heute indes 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. Die im Rahmen der 2. Teilrevision vorgeschlagenen mittelfristigen Korrekturen bilden derzeit Gegenstand der parlamentarischen Beratungen. Bei der Prämienverbilligung beschloss der Ständerat anlässlich der Behandlung der 2. KVG-Teilrevision in der Frühjahrssession 2003 im Sinne des Vorschlags des Bundesrates, dass die maximale Prämienbelastung für Familien mit Kindern je nach Haushaltseinkommen zwischen 2 und 10 % betragen soll, für die andern Versicherten kann sie zwischen 4 bis 12 % liegen. Zusätzlich wird die Prämie für das zweite Kind halbiert und ab dem dritten Kind entfällt sie. Die Bundesbeiträge für die Prämienverbilligung sollen ab 2004 um 150 Mio. Franken auf 2,534 Mrd. erhöht werden und danach vom Bundesrat in Berücksichtigung der Finanzlage angepasst werden.

### Massnahmen zur Kosteneindämmung

Der übermässigen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen will der Bundesrat mit Anpassungen im Bundesrecht und mit wirksamerem Einsatz der im geltenden Recht vorhandenen Instrumente Einhalt gebieten.

Die im KVG zur Kostendämpfung 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 (inklusive Medikamente). Damit steigen die Kosten jährlich um über 5 Prozent – dies bei Preisindizes, die seit 1994 bei 0-1 Prozent stagnieren.

**Kurzfristige Massnahmen** wurden zum Teil schon realisiert. Zum Beispiel muss vor der Durchführung bestimmter medizinischer Massnahmen vermehrt die Meinung von Vertrauensärzten eingeholt werden.

**2. Teilrevision des KVG:** In der Frühjahrssession 2003 hat der Ständerat die Revision verabschiedet, die nun wieder in den Nationalrat geht. Eine transparentere und einfachere Spitalfinanzierung soll Anreize zu kostendämpfenden Tarifvereinbarungen geben, kostentreibende Anreize der Kantone abbauen und längerfristig eine bessere Kostensteuerung erlauben. Dies wird im Wesentlichen durch eine leistungsbezogene Finanzierung und klare Kostenaufteilung zwischen Krankenversicherung und Kantonen erreicht. In der zentralen Frage der Abschaffung des Vertragszwangs zwischen Versicherten und Leistungserbringern im ambulanten Bereich stimmte der Ständerat dem neuen Modell stillschweigend zu. Danach sollen die Kantone festlegen, wie viele Leistungserbringer wie z.B. Ärzte und Ärztinnen der einzelnen Sparten es auf ihrem Gebiet braucht, wobei sie auch das Angebot der Nachbarkantone berücksichtigen müssen. Nur noch mit mindestens dieser Zahl von Leistungserbringern muss jeder im Kanton tätige Krankenversicherer zusammenarbeiten. Die Verträge dauern jeweils vier

Jahre und können auf 18 Monate gekündigt werden. Wer bereits zu Lasten der sozialen Krankenversicherung praktiziert, hat beim Inkrafttreten Anrecht auf einen Vertrag von vier Jahren. Neu geregelt wurde schliesslich die Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten. Versicherte, die besondere Versicherungsformen (z.B. HMOs) wählen, sofern letztere angeboten werden, zahlen zwar weiterhin nur 10 % Selbstbehalt, alle übrigen jedoch 20 %. Damit sollen die Netzwerke gefördert werden. Die jährliche Grundfranchise (derzeit 230 Fr.) soll der Bundesrat festlegen.

Auch ausserhalb der 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 soll bei den Kantonen bleiben. Gemäss Botschaft ist dieser Bereich obligatorischer Bestandteil der interkantonalen Zusammenarbeit mit Lastenausgleich. Nun hat der Ständerat auch dieses Thema in die laufende KVG-Revision aufgenommen. Er folgte der Kommissionsmehrheit, wonach die Kantone zur gemeinsamen Planung der Spitzenmedizin verpflichtet sind, wobei der Bund subsidiär tätig werden soll, falls die Kantone nichts tun. Der Minderheit mit ihrem Vorschlag, dass der Bundesrat Grundsätze zur kantonalen Planung erlassen kann, wurde nicht gefolgt.

### **Auskünfte**

- Theodor Laubscher, Bereich Krankheit und Unfall, Bundesamt für Sozialversicherung, Tel. 031 32 2 91 09

### **Weitere Informationen**

- Wirkungsanalyse KVG  
[http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701\\_synthesebericht.pdf](http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01121701_synthesebericht.pdf)



## Stellungnahme des Bundesrates

Die «Gesundheitsinitiative» stellt das heutige System zur Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung auf den Kopf. Sie verursacht eine erhebliche Erhöhung der Mehrwertsteuer (MWST) und wirkt zudem wie eine zusätzliche Einkommens- und Vermögenssteuer. Viele Versicherte mit tiefen Einkommen fahren mit der Initiative schlechter. Auf die drängende Frage, wie man die Gesundheitskosten besser in den Griff bekommt, hat sie keine befriedigende Antwort. Sie baut sogar Kostenbewusstsein und Wettbewerb massiv ab. Der Bundesrat lehnt die Initiative insbesondere aus folgenden Gründen ab:

### 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. Damit die Ziele der Initiative erreicht werden können, muss ein grosser Teil der versicherten Leistungen aus der MWST finanziert werden. Geht man davon aus, dass dieser Teil die Hälfte ausmacht, so sind rund 8,5 Milliarden Franken Mehreinnahmen erforderlich. Dies entspricht einer Erhöhung der MWST um etwa 3,6 Prozentpunkte. Auf Grund des Initiativtextes ist sogar denkbar, dass die heutige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ganz wegfällt. In diesem Fall wären sogar bis zu 12 Milliarden zusätzliche MWST-Einnahmen nötig, das heisst eine Erhöhung der MWST um bis zu 5 Prozentpunkte. Bundesrat und Parlament waren bisher bei MWST-Erhöhungen sehr zurückhaltend und haben sie ganz bewusst für besondere Aufgaben, namentlich die Finanzierung der AHV und der Invalidenversicherung, reserviert. Die Mehrwertsteuer als Heilmittel für alles könnte zu einer unkontrollierbaren Dynamik führen. Daher lehnt der Bundesrat die vorgeschlagene Finanzierung ab.

### Keine Vermögenssteuer auf Bundesebene

Die von der Initiative vorgesehene 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 unserer bewährten Finanzpolitik und darf deshalb nur gezielt und koordiniert umgebaut werden.

### Tiefe Einkommen fahren schlechter

Eine Erhöhung der Mehrwertsteuer belastet alle, verhältnismässig aber am stärksten Personen mit tiefen Einkommen. Zur Kasse gebeten würden damit auch die Versicherten, die heute dank der Prämienverbilligung keine Prämie bezahlen. Die Prämien wie bisher zu verbilligen ist mit dem neuen System nicht vereinbar. Heute sind die Prämien unter den Kantonen sehr verschieden, weil je nach Kanton unterschiedlich viele Gesundheitsleistungen beansprucht werden. Die Möglichkeit kantonal unterschiedlicher Prämien wird mit der Initiative stark eingeschränkt, wenn nicht sogar aufgehoben. Resultat ist die Querfinanzierung der Gesundheitskosten unter den Kantonen.

### Zentrales Problem nicht gelöst

Das zentrale Problem der obligatorischen Krankenversicherung sind die steigenden Kosten unserer Gesundheitsversorgung. Sie wachsen vor allem, weil immer mehr Anbieter und Anbieterinnen von Gesundheitsleistungen auftreten und der Konsum parallel zum Angebot wächst. Dieses Problem lässt sich nicht beheben, indem das geltende Finanzierungssystem auf den Kopf gestellt und mehr Steuern erhoben werden.

### Keine überzeugenden Vorschläge zur Kostenkontrolle

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.

### **Kostenbewusstsein und Wettbewerb werden massiv unterdrückt**

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. Damit 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.

### **Einblick in Einkommens- und Vermögensdaten ausgeweitet**

Laut Initiative sollen die Prämien nach der finanziellen Lage und den Familienlasten jeder versicherten Person festgelegt werden. Damit dies verwirklicht werden kann, 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. Die Administrativkosten dürften gegenüber heute ansteigen.

### **Der Bund will im geltenden System die Kosten dämpfen**

Das Krankenversicherungsgesetz hat zu einer gesicherten und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung geführt. Die Finanzierung ist dank der Prämienverbilligung sozial abgefedert. Trotzdem werden die Versicherten durch die stetig steigenden Prämien immer stärker belastet. Der Bundesrat ist sich dieser Situation bewusst. Seiner Meinung nach ist diese Lage aber kein Grund dafür, die Finanzierung auf fragwürdige Weise umzubauen.

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

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

**Aus all diesen Gründen empfehlen Bundesrat und Parlament, die Initiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» abzulehnen.**

## Adressen, Informationen

### Komitees

#### Befürworter

Verein «Gesundheit muss bezahlbar bleiben»  
Postfach 837  
1701 Fribourg  
Telefon 031 329 69 94  
E-Mail: [info@gesundheit-sante.ch](mailto:info@gesundheit-sante.ch)  
<http://www.gesundheit-sante.ch>

#### Gegner

Komitee «NEIN zur Gesundheitssteuer-Initiative der SP»  
Postfach 6136  
3001 Bern  
E-Mail: [info@gesundheitssteuer-nein.ch](mailto:info@gesundheitssteuer-nein.ch)  
<http://www.gesundheitssteuer-nein.ch>

«santésuisse»  
Römerstrasse 20  
4500 Solothurn  
Tel: 032 625 41 41  
E-Mail : [info@santesuisse.ch](mailto:info@santesuisse.ch)  
<http://www.santesuisse.ch>

### Weitere Informationen

- [Botschaft des Bundesrates](#) zur Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» vom 31. Mai 2000
- [Bundesbeschluss](#) über die Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative)» vom 5. Dezember 2002

## Fragen und Antworten zur «Gesundheitsinitiative»

### Grundsätzliches

Was will die Initiative?

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

Weshalb will der Bundesrat am heutigen System grundsätzlich festhalten?

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

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

### Finanzierung

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

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

rung der grundversicherten Leistungen ganz wegfallen sollte, so wären sogar gegen 12 Milliarden zusätzliche MWST-Einnahmen und damit eine Erhöhung um rund 5 Prozentpunkte erforderlich.

Selbst bei der Annahme, dass der MWST-basierte Finanzierungsanteil lediglich 25 Prozent betragen würde, ergäbe sich daraus ein Anpassungsbedarf bei den MWST-Sätzen von zwischen 1,8 und 2,5 Prozentpunkten.

Bei wachsenden Gesundheitskosten müsste die Mehrwertsteuer mitsteigen, so dass die Sorge um die Finanzierbarkeit auf allen Seiten abnimmt. All dies dürfte die Kostenentwicklung anheizen.

Bundesrat und Parlament waren bisher bei der Erhöhung der MWST sehr zurückhaltend. Sie haben MWST-Erhöhungen ganz bewusst für besondere Aufgaben, nämlich die Finanzierung der AHV und der Invalidenversicherung, reserviert. Die Mehrwertsteuer als Heilmittel für alles könnte zu einer unkontrollierbaren Dynamik führen.

---

Welche Gesundheitskosten werden heute durch die Krankenversicherung gedeckt?

Die im Rahmen einer Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, Geburtsgebrechen, Unfallfolgen – soweit diese nicht durch die obligatorische Unfallversicherung abgedeckt sind – von einem Leistungserbringer erbrachten Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Zudem werden Leistungen bei Mutterschaft erbracht.

Der Gesamtaufwand der aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entstehenden Kosten beträgt rund 24 Milliarden Franken (Hochrechnung für das Jahr 2002). Dies entspricht mehr als der Hälfte der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen von über 46 Milliarden Franken. Die 24 Milliarden Franken beinhalten den Kantonsanteil für die Spitalfinanzierung (ca. 7 Mia Fr.), die Kostenbeteiligung der Versicherten (2,4 Mia Fr.) sowie die Verwaltungskosten der Krankenversicherer (0,9 Mia Fr.). Die Nettoleistungen der Krankenkassen ohne die Kostenbeteiligung der Versicherten betragen im Jahre 2002 ungefähr 14 Mia Franken. Dabei handelt es sich um sämtliche Krankenpflegeleistungen, welche die Krankenkassen nach Abzug der Kostenbeteiligung bezahlt haben. Die Leistungen aus den Zusatzversicherungen sind hier nicht eingeschlossen.

---

Was würde bei Annahme der Initiative mit dem Kantonsanteil an die Finanzierung der Gesundheitskosten geschehen?

Die heutige Beteiligung der Kantone an der Finanzierung wird durch die vorgesehene Verfassungsregelung in Frage gestellt. Es ist nicht klar, ob bzw. in welchem Ausmass sich die Kantone weiterhin an der Finanzierung der krankensicherungsrelevanten Spalkosten –

---

heute jährlich rund 7 Mia. Franken – beteiligen sollen. Der Initiativtext spricht von einer Finanzierung, die insbesondere über Mehrwertsteuern sowie einkommens- und vermögensabhängige Prämien erfolgen soll. Von einer kantonalen Beteiligung ist nirgends die Rede. Eine Mitfinanzierung durch die Kantone im heutigen Ausmass ist unter diesen Vorgaben unwahrscheinlich.

---

## Durchführung

---

Wer legt meiner Kasse meine Einkommens- und Vermögensdaten zur Berechnung der einkommensabhängigen Prämien offen?

Laut Initiative sollen die Prämien nach der finanziellen Lage und den Familienlasten jeder versicherten Person festgelegt werden. Das heisst, die Einkommens- und Vermögensdaten müssen nicht nur den Steuerbehörden mitgeteilt, sondern neu auch dem Organ zugänglich gemacht werden, das die Prämien erhebt. Dieses Organ kann – muss aber nicht – der Krankenversicherer sein. Tritt an Stelle des Krankenversicherers eine zentrale Inkassostelle, muss man sich allerdings fragen, weshalb es überhaupt noch Krankenkassen bräuchte. Überdies wird das Festlegen und Einnehmen der Prämien sehr kompliziert. Besonders schwierig und schwerfällig gestaltet sich die Verteilung der Gelder auf die einzelnen Kassen. Mit tieferen Administrativkosten als heute ist sicher nicht zu rechnen

---

– Wie müsste man sich ein solches System vorstellen?

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

---

– Wie steht es diesbezüglich mit dem Datenschutz?

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

## Prämien

Müssen künftig die Innerschweizer die Prämien der Genfer mitfinanzieren?	Sicher wird es bei der Finanzierung über die MWST nicht im gleichen Ausmass wie heute eine klare auf die Gesundheitskosten in den Prämienregionen ausgerichtete Belastung geben. Aber auch bei den einkommens- und vermögensabhängigen Prämien wird eine regionale Abstufung schwierig und nicht systemkohärent sein.
– Sind kantonale Prämien, welche die unterschiedlichen kantonalen Gesundheitskosten abbilden, überhaupt noch möglich oder nähern wir uns der Einheitsprämie für die ganze Schweiz?	Das heutige Prinzip kantonal unterschiedlicher Prämien, welche den erheblich unterschiedlichen Konsum von Gesundheitsleistungen widerspiegeln, kann nur sehr beschränkt oder gar nicht aufrecht erhalten werden.
Was geschieht mit der Prämienverbilligung? Gibt es sie überhaupt noch?	Eine Prämienverbilligung ist mit dem vorgeschlagenen System, das von einer einkommens- und vermögensabhängigen Prämie ausgeht, nicht vereinbar; sowohl Prämienverbilligung wie einkommens- und vermögensabhängige Prämie berücksichtigen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten.
Wie hoch wird die Belastung für Versicherte, die heute dank der Prämienverbilligung keine Prämien mehr bezahlen?	Die vorgeschlagene Zusatzfinanzierung via Mehrwertsteuer belastet alle, verhältnismässig am stärksten Personen mit tiefen Einkommen. Zur Kasse gebeten würden damit tagtäglich über den Konsum von Lebensmitteln, Gütern und Dienstleistungen auch diejenigen Versicherten, die heute dank der Prämienverbilligung keine Prämie bezahlen. Die Prämien zu verbilligen ist mit dem neuen System nicht mehr vereinbar.
– Wie viele Versicherte wären davon betroffen?	Es kann davon ausgegangen werden, dass rund 400'000 Personen heute dank Prämienverbilligungen keine Prämie bezahlen. Darin enthalten sind knapp 210'000 Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL). Insgesamt gelangt ein Drittel aller Versicherten (2,38 Millionen Personen) in den Genuss einer Prämienverbilligung, die sich 2001 im Schnitt auf 1118 Franken belief.
Wird die zusätzliche Mehrwertsteuerbelastung jenen Versicherten, die nach dem heutigen System von einer Prämienbefreiung profitierten, zurückerstattet?	Nein

## Leistungen

---

Wird das Leistungsspektrum durch die Initiative beeinflusst?	Das Leistungsspektrum kann grundsätzlich das gleiche bleiben wie unter dem geltenden KVG. Allerdings wird es durch die Festsetzung von Maximalpreisen auch für jene Bereiche eine Positivliste geben müssen, für die heute keine abschliessende Liste besteht (z.B. ärztliche Behandlung). Das könnte sich auf den Leistungskatalog eingrenzend auswirken.
--	--

---

## Kostendämpfung

---

Sind Sparmodelle als Anreiz für kostenbewusstes Verhalten – und damit verbundenen tieferen Prämien – noch möglich?	Sparmodelle mit freiwilliger Einschränkung der Versicherten und Prämienrabatt als Gegenleistung (höhere Franchise, HMO, Hausarzt-Netz oder Bonus-Versicherung) sind im neuen Prämiensystem kaum realisierbar, da infolge der bis zu hälftigen Finanzierung über die Mehrwertsteuer und der übrigen Finanzierung über einkommens- und vermögensabhängige Prämien ein Rabattsystem vor allem für Versicherte mit tieferen Prämien nicht mehr attraktiv ausgestaltet werden könnte. Damit fallen für die Versicherten die Anreize zu kostenbewusstem Verhalten weg.
Kostenbeteiligung der Versicherten: Was passiert mit der ordentlichen Franchise, was mit dem Selbstbehalt?	Diese Frage lässt die Initiative offen. Nach Aussagen von Initianten könnte das System mit einer Kostenbeteiligung verbunden werden. Diese könnte wie die Prämien einkommens- und vermögensabhängig ausgestaltet werden. Allerdings würde dies ebenfalls zu administrativen Mehraufwendungen führen.
Welche Kosten dämpfenden Massnahmen sieht die Initiative vor? Welche der Kompetenzen sind überhaupt neu?	Zur Kostenkontrolle soll der Bund laut Initiative zusätzliche Kompetenzen erhalten. Im Kern soll er Planungs- und Steuerungsaufgaben von den Kantonen übernehmen und Maximalpreise festlegen. Der Bund müsste demnach sämtliche von der Krankenversicherung zu übernehmenden Leistungen – auch ärztliche Leistungen – verbindlich festlegen und dafür Höchstpreise erlassen.  Die weiteren Vorschläge der Initianten – sind teilweise schon Realität (Maximalpreise: Analysenliste, Arzneimittelliste mit Tarif, MiGeL, Spezialitätenliste; Erlass von Zulassungsbestimmungen für die Leistungserbrin-

---



ger; die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrolle),

- wurden schon diskutiert und konnten sich bisher nicht durchsetzen (NFA: Planung der Spitzenmedizin soll bei den Kantonen bleiben; diese werden aber verpflichtet, mit anderen Kantonen die Planung gemeinsam vorzunehmen), oder
- müssen (Spitalplanung) bzw. können heute schon von den Kantonen ergriffen werden (ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung wie etwa Globalbudgets im stationären Bereich oder die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern).

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

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

Eine abschliessende Regelungskompetenz hat der Bund bei den Analysen, den Arzneimitteln, den Mitteln und Gegenständen (sowohl hinsichtlich Übernahmepflicht als auch Preise/Höchstpreise).

Die besonderen Leistungen bei Mutterschaft, die Leistungen bei Pflege zu Hause und in Pflegeheimen, zahnärztlicher Behandlung, Physio- und Ergotherapie, die Ernährungs- und Diabetesberatung, die Logopädie sowie die Massnahmen bei Prävention werden abschliessend, aber ohne Preise auf Bundesebene geregelt. Zudem hat der Bundesrat bei gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen sowie gesamtschweizerisch vereinbarten Tarifstrukturen eine Genehmigungspflicht.

---

Kostenkontrolle: Welche der neuen Bundeskompetenzen sind heute den Kantonen zugeschrieben?

Heute sind primär die Kantone für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung verantwortlich. Sie kennen beispielsweise hinsichtlich der Planung die Bedürfnisse und Verhältnisse vor Ort. Mit einer übermässigen Zentralisierung der Kompetenzen ginge diese Nähe zu den Bürgerinnen und Bürgern verloren.

Welche Kosten dämpfenden Massnahmen hat der Bund seit der Einreichung der Initiative 1999 ergriffen und welche sind in Vorbereitung?

Sowohl die Eidgenössischen Räte als auch der Bundesrat, das Eidgenössische Departement des Innern und das Bundesamt für Sozialversicherung haben bereits eine ganze Palette mit Kosten dämpfenden Massnahmen umgesetzt. Weitere sind kurz-, mittel- und langfristig geplant.

Verabschiedet wurden mit der ersten Teilrevision der Krankenversicherung die folgenden Massnahmen:

- Generikasubstitution: Apotheker können Originalpräparate durch billigere Generika ersetzen, wenn der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe eines Originalpräparats verlangt. Generika sind Arzneimittel, die in der Zusammensetzung, Menge und Dosierung dem Originalpräparat entsprechen. Sie sind deutlich billiger als Originalpräparate, da dem Hersteller kein Forschungsaufwand abgegolten werden muss.
- Der Bundesrat kann, als Sondermassnahme und für eine beschränkte Zeitdauer von höchstens drei Jahren, die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dem Bedarfsnachweis unterstellen. Von dieser Befugnis hat der Bundesrat in der Zwischenzeit Gebrauch gemacht und die entsprechende Verordnung erlassen.

Auf dem Verordnungsweg wurden ferner namentlich die folgenden Vorkehrungen getroffen:

- Neues Abgeltungsmodell bei der Medikamentenabgabe durch die Apotheken (LOA) sowie Erweiterung des Länderkorbs für Preisvergleich sowie Beschleunigung von Wirtschaftlichkeitsüberprüfung und Aufnahmeverfahren bei den Medikamenten;
- Diverse Leistungen werden nur noch nach vorgängiger Bewilligung durch den Vertrauensarzt erbracht. Die Palette von Behandlungen, die einer Bewilligungspflicht unterstellt werden, wird in den kommenden Jahren nach sorgfältiger Evaluation laufend erweitert.
- Leitlinien für transparente Erfassung von Kosten und Leistungen in Spitälern und Pflegeheimen. Kostentransparenz auf der Basis einheitlicher Erfassungsgrundlagen ist eine wesentliche Bedingung für eine letztendliche bessere Vergleichbarkeit und somit Kostensteuerung.

Im Übrigen hat das BSV Weisungen an die Krankenversicherer erlassen, die eine wirkungsvollere Durchsetzung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungen zum Ziele haben.

Im Rahmen der weiteren vorgesehenen Teilrevisionen des KVG sind zudem verschiedene Kosten dämpfende Massnahmen geplant, so z.B. Förderung der Vertragsfreiheit sowie von Managed Care, Änderung der Spitalfinanzierung mit Kosten dämpfenden Anreizen, gezielte Einsetzung der Kostenbeteiligung der Versicherten und Neustrukturierung der Finanzierung der Pflegekosten im ambulanten wie im Stationären Bereich.

## Versicherer

Wie wirkt sich die Initiative auf das Verhältnis, die Konkurrenz zwischen den Versicherern aus?	Die neue Finanzierung hebt die Konkurrenz unter den Krankenkassen fast vollständig auf und zentralisiert die Krankenversicherung faktisch weitgehend.
Weshalb führt das System zu einer Zentralisierung?	<p>Durch die Regelung der Spitzenmedizin, die Koordination der kantonalen Planungen, die Festsetzung der Höchstpreise und die Erstellung von Positivlisten in allen Bereichen, erhält der Bund eine gegenüber heute deutlich erhöhte Steuerungs-, Planungs- und Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen.</p> <p>Die vorgesehene zentrale Inkassostelle sowie die verminderten Wettbewerbsanreize dürften darüber hinaus zu einem Konzentrationsprozess unter den Versicherern führen.</p>
Wäre eine zentrale Inkassostelle nicht ein erster Schritt zur Einheitskasse? Weshalb bräuchte es dann noch knapp 100 verschiedene Krankenversicherer?	Der Initiativtext sieht zwar ausdrücklich vor, dass die obligatorische Krankenversicherung durch gemeinnützige Krankenversicherer erfolgt. Es ist aber davon auszugehen, dass die Initiative zu einem weitgehenden Verschwinden der Wettbewerbsanreize unter den Krankenversicherern führen und damit der Konzentrationsprozess voraussichtlich angeheizt würde.
Machen Tarifverhandlungen als Wettbewerbselement noch Sinn? Inwiefern haben die Kassen noch Interesse an der Kostenkontrolle?	Die Kassen haben kein Interesse mehr daran, die Gesundheitskosten zu kontrollieren und mit Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Medizinalindustrie) besonders günstigen Tarifen oder Preisen zu vereinbaren. Bei wachsenden Gesundheitskosten müsste die Mehrwertsteuer automatisch mitsteigen, so dass die Sorge um die Finanzierbarkeit auf allen Seiten abnimmt. All dies dürfte die Kostenentwicklung anheizen.

---

## Übergangsregelung

---

Wann tritt die neue Regelung im Falle einer Annahme der Initiative in Kraft?

Die neue Regelung gilt erst, wenn die Ausführungsgesetzgebung in Kraft ist. Gelingt es dem Gesetzgeber nicht, das Ausführungsgesetz innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft zu setzen, erlässt der Bundesrat gemäss den Übergangsbestimmungen der Initiative die notwendigen Ausführungsbestimmungen. Diese Frist von drei Jahren ist angesichts des Systemumbaus sehr kurz.

Dass der Bundesrat die notwendigen Ausführungsbestimmungen auf dem Verordnungsweg erlässt, ist problematisch, bedenkt man, mit welcher Komplexität und materiellen Bedeutung ein solcher Systemumbau behaftet ist. Schon nur die Frage, welcher Anteil der Kosten über Mehrwertsteuern finanziert werden soll, bedürfte einer Mitsprachemöglichkeit des Parlaments. Umgekehrt können bundesrätliche Verordnungsbestimmungen gerichtlich überprüft werden, was eine rasche Umsetzung und damit die Rechtssicherheit stark behindern könnte.

---

Was gilt zwischen einer allfälligen Annahme der Initiative und dem Inkrafttreten des Ausführungsgesetzes

Das geltende Recht inklusive allfälliger Änderungen gilt weiterhin. Nach den Übergangsbestimmungen haben die Leistungen des Bundes und der Kantone für das Gesundheitswesen mindestens dem teuerungsbereinigten Stand des Jahres 1997 zu entsprechen.

Die tatsächlichen finanziellen Beteiligungen von Bund und Kantonen sind indes seit 1997 deutlich stärker gestiegen als die Teuerung. Überdies sieht die 2. Teilrevision des KVG eine erneute Erhöhung der Bundesbeiträge vor.