

Sachdokumentation:

Signatur: DS 1127

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/1127



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.



Kampf den hohen Gesundheitskosten!

**Positionen der CVP Schweiz gegen die
steigenden Gesundheitskosten**

Die wichtigsten Forderungen im Überblick

1. Die CVP fordert eine Kostenbremse

Die Gesundheitskosten steigen rasant und in der Folge auch die Prämien: Beides kennt nur eine Richtung – nach oben! Diese Entwicklung muss gestoppt werden, indem die Akteure im Gesundheitswesen verstärkt in die finanzielle Mitverantwortung eingebunden werden.

2. Eine einheitliche Finanzierung setzt die richtigen Anreize für eine effiziente integrierte Versorgung.

Die CVP setzt sich für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ein. Damit wird sichergestellt, dass nicht die Finanzierung, sondern die medizinische Indikation für die Behandlungsform entscheidend ist. Wenn die öffentliche Hand bei ambulanten Leistungen mitfinanziert, werden die Prämien für integrierte Versorgung günstiger.

3. Wo die Tarifpartnerschaft versagt, muss die subsidiäre Kompetenz des Staates für eine adäquate Vergütung sorgen.

Wir fordern die Tarifpartner auf, die Vertragsautonomie des KVG zu nutzen und sowohl die Tarife zeitgemäss zu gestalten als auch verbindliche Massnahmen gegen die Mengenausweitung zu vereinbaren. Gelingt dies nicht, muss der Bundesrat intervenieren und *Kostenbegrenzungsmaßnahmen* durchsetzen.

4. Es braucht verbindliche Transparenz über die Qualität, von der Indikation bis zum Ergebnis.

Die Erfassung von Indikations- und Ergebnisqualität, der transparente Ausweis sowie Sanktionsmöglichkeiten sind gesetzlich verbindlich zu regeln.

5. Verstärkter Einsatz neuer Technologien

Die Digitalisierung muss auch im Gesundheitswesen positiv genutzt werden. Sie bringt Effizienzsteigerungen, mehr Qualität und mehr Informationen für Versicherte und Patienten.

6. Die hohen Medikamenten- und MiGeL-Preise müssen gesenkt werden.

Kriterien zur Festsetzung der Medikamenten- und MiGeL-Preise sind zu reformieren (inkl. Prüfung neuer Modelle wie zum Beispiel „Pay for Performance“). Neue Medikamente dürfen grundsätzlich nur befristet und mit Auflagen für die zu erbringenden Kosten-/Nutzen-Nachweise auf die Liste aufgenommen werden. Bei *Indikationserweiterung und Mengenzunahmen* müssen die *Preise gesenkt* werden.

7. Die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten muss gestärkt werden.

Alternative Versicherungsmodelle sind zu fördern (Franchisen, Modelle der integrierten Versorgung). Das Territorialitätsprinzip ist für die im grenznahen Ausland bezogenen medizinischen Leistungen, Medikamente und Hilfsmittel zu lockern.

8. Verstärkung und Anpassung des Steuerabzugs für die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung

Die steuerliche Abzugsmöglichkeit der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung ist zu vergrössern und regelmässig anzupassen.

Ausgangslage

- Seit der Einführung des KVG im Jahre 1996 haben sich die **Kosten pro versicherte Person mehr als verdoppelt** (1996: 1'547 Franken, 2006: 2'758 Franken, 2016: 3'763 Franken pro versicherte Person). Innerhalb 10 Jahren sind diese um gut ein Drittel gestiegen. Das Gesundheitswesen der Schweiz ist damit weltweit eines der teuersten. Heute wendet die Schweiz rund 11 Prozent ihrer Wirtschaftsleistung für das Gesundheitswesen auf. Dieser Anteil wird gemäss Prognosen des Bundes künftig weiterhin zunehmen.
- Das Gesundheitswesen hat sich in der Schweiz gleichzeitig zu einem Beschäftigungsmotor entwickelt: Fast jeder 12. Arbeitsplatz findet sich im Gesundheitsbereich, was schweizweit rund einer halben Millionen Personen entspricht. Durchschnittlich arbeiten in der Schweiz 4,2 Ärzte pro 1000 Einwohner. Bezüglich der Ärztedichte liegt die Schweiz damit über dem Durchschnitt der OECD-Länder (3,3). 1996 waren 26'626 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, 2016 waren es 36'175. Das Beschäftigungswachstum der Schweiz nimmt europaweit am stärksten zu, während die Anzahl der Beschäftigten bei vergleichsweise gleicher Ausgangslage am höchsten ist. Das gibt zu denken: **Wie effizient ist unser Gesundheitswesen?**
- Die Ursachen des Kostenwachstums sind hinlänglich bekannt und liegen im medizintechnischen Fortschritt, in der demografischen Entwicklung, in der Mengenausweitung, in der Anspruchshaltung der Versicherten **und nicht zuletzt in den nachhaltig falschen Anreizen bei der Finanzierung und der Tarifierung.**
- **In der Schweiz herrscht Überversorgung:** Beispielsweise werden in der Schweiz jährlich 16'000 Meniskusoperationen ohne unfallbedingte Verletzung entsprechend unnötig durchgeführt. Die Kosten reichen pro Eingriff je nach Behandlungsart von 2'350 Franken (ambulant) bis 15'000 (stationär). Fast drei Viertel der Operationen werden hierzulande stationär vorgenommen, während die Meniskusoperation in den USA zu 99 Prozent ambulant durchgeführt wird. Dadurch entstehen Mehrkosten von 70 Millionen Franken jährlich, die ohne Nachteil für den Patienten eingespart werden könnten.
- Diese **Kostenentwicklung widerspiegelt sich in den Prämien.** Speziell gross ist die Belastung für mittelständische Personen und Familien, welche knapp nicht in den Genuss von Prämienverbilligung kommen. Im Schnitt geben Schweizer Haushalte rund 7 Prozent ihres Bruttoeinkommens für Krankenkassenprämien aus. Vor allem Haushalte tieferer Einkommensklassen oder Familien werden überproportional belastet. So bezahlt eine vierköpfige Familie pro Jahr rund 15'000 Franken an Krankenkassenprämien. Private Haushalte tragen über 61 Prozent der Gesundheitskosten. Der grösste Teil davon wurde dabei an Sozialversicherungen entrichtet.
- **Die CVP konnte 2017 eine Entlastung von Familien erreichen.** Dank der CVP werden die Prämien für Kinder, die in Haushalten mit unteren und mittleren Einkommen leben, neu um 80 Prozent verbilligt statt wie bisher um 50 Prozent. Ausserdem wird die Prämie für junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren markant gesenkt. Diese wichtigen Neuerungen bringen den Familien eine gewisse Entlastung. Im Jahr 2016 lagen die Ausgaben für die Prämienverbilligung bei 4,31 Milliarden Franken, wovon der Bund 57,5 Prozent (2,48 Milliarden Franken) finanzierte. **In den letzten Jahren stiegen die Krankenkassenprämien jedoch stärker an als die Prämienverbilligung.** Nun gilt es die Ursachen der steigenden Prämien, die stetig steigenden Gesundheitskosten, anzupacken.

Ziele der CVP

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und sie will, dass kranke Menschen einen schnellen Zugang zu wirksamen Therapien erhalten. Wir wollen aber die Verschwendung stoppen, Überversorgung verhindern und die Mitverantwortung aller Akteure stärken.

Mit dem Manifest und den darin definierten Schwerpunkten nimmt die CVP alle Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht und zeigt verschiedene Handlungsfelder auf mit dem Ziel, das Wachstum der Gesundheitskosten zu bremsen.

Der im Herbst 2017 im Auftrag des Eidgenössische Departement des Innern (EDI) veröffentlichte Expertenbericht bestätigt die Richtigkeit der thematischen Schwerpunktsetzung und der Massnahmen im Bereich der Gesundheitskosten, welche die CVP Schweiz im vorliegenden Manifest vorschlägt.

Schwerpunkte

1. Kostenbremse

Viele bereits bekannte Forderungen der CVP früheren Datums sind bis heute nicht umgesetzt. Das zeigt: Nur ein generelles Instrument wie die Kostenbremse auf oberster strategischer Ebene kann Abhilfe schaffen. Die CVP fordert daher die Einführung einer Kostenbremse im Gesundheitswesen: Sobald die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt stärker steigen als die Entwicklung eines noch genauer zu definierenden Indikators (Nominallöhne, Preisindex etc.), muss der Bundesrat zwingende Kostenbegrenzungsmaßnahmen ergreifen. Die Umsetzung hat in Absprache mit den Kantonen und den Tarifpartnern zu geschehen. Die Kostenbremse ist damit ein Mittel, die Ineffizienzen und Fehlanreize im Gesundheitswesen auszumerzen und damit die geschätzten 20 bis 30 Prozent der heute nutzlos eingesetzten Mittel einzusparen. Sie ist somit gleichsam als Katalysator – namentlich für die nachstehend genannten Massnahmen – zu verstehen.

2. Eine einheitliche Finanzierung setzt die richtigen Anreize für eine effiziente integrierte Versorgung

Heute sind ambulante und stationäre Leistungen unterschiedlich finanziert. Stationäre Aufenthalte werden vom Kanton zu 55 Prozent mitfinanziert, ambulante Leistungen gehen voll zu Lasten der Krankenversicherung. Zudem sind gleiche Leistungen unterschiedlich tarifiert, je nachdem ob sie ambulant (TARMED) oder stationär (DRG) erbracht werden. Die falschen Anreize werden durch die Zusatzversicherungen verstärkt, wo die Leistungen im stationären Bereich teilweise massiv überbezahlt sind. Beispielsweise kostet eine Krampfaderoperation ambulant rund 2'500 Franken, deren Kosten die Versicherung übernimmt. Stationär liegt die Höhe der Behandlungskosten bei 6044 Franken (Versicherung: 2'720 Franken / Kanton: 3'324 Franken) und Zusatzversichert sogar bei 10'073 Franken. Dies führt dazu, dass Eingriffe nicht immer dort gemacht werden, wo es aus medizinischer und volkswirtschaftlicher Sicht am sinnvollsten wäre, sondern eben da, wo die Leistung am lukrativsten vergütet wird. Ärztenetze, die mit guter Betreuung Spitalaufenthalte vermeiden, werden in diesem System benachteiligt, weil die volkswirtschaftlichen Effizienzgewinne nicht anteilig dem Netzwerk angerechnet werden können. Mit einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen würden integrierte Versorgungsmodelle noch attraktiver, weil durch die Kostenbeteiligung des Kantons die Prämien entsprechend gesenkt werden könnten.

Massnahmen:

- Die **CVP setzt sich für eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ein**. Damit wird sichergestellt, dass Versicherer und Kanton unabhängig vom Ort der Leistungserbringung nach ein und demselben Verteilschlüssel finanzieren. Mit der Übereinstimmung der Interessen werden neue Entschädigungsformen (gleicher Preis für gleiche Leistung) möglich und die integrierte Versorgung wird gestärkt. Der Kantonsanteil an den Gesundheitskosten bleibt insgesamt gleich hoch, weil die Kantone weniger an stationäre Behandlungen bezahlen.
- Die **integrierten Versorgungsnetze sind regional zu fördern**. Die Effizienzgewinne derjenigen Ärztenetze, die mit guter Betreuung Spitalaufenthalte reduzieren, können in Form von höheren Prämienrabatten an die Versicherten weitergegeben werden. Das steigert die Attraktivität der alternativen Versicherungsmodelle. Der zunehmende Leistungswettbewerb unter den Krankenversicherern und unter den Leistungserbringern führt zu Innovation in der integrierten Versorgung.
- **Pflegefachpersonen** müssen gemäss Ihrer Ausbildung sowohl ambulant wie stationär **mehr Autonomie und Entscheidungsbefugnis** bekommen, insbesondere auch in integrierten Versorgungsmodellen.
- Mit einem **Pilotartikel in der Krankenversicherung** sowie der zusätzlichen Möglichkeit, in der integrierten Versorgung auch über das KVG hinausgehende Leistungen zu vergüten, können neue und innovative Versorgungsmodelle gefördert werden.
- Die von einzelnen Kantonen vorgegebene **Liste für ambulante Eingriffe** muss **gesamtschweizerisch einheitlich** geregelt werden, um eine Ungleichbehandlung der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Parallel zu den ambulanten Listen müssen stationäre Spitalkapazitäten abgebaut werden.

3. Wo die Tarifpartnerschaft versagt, muss die subsidiäre Kompetenz des Staates für eine adäquate Vergütung sorgen

Im heutigen KVG ist der regulierte Wettbewerb verankert. Es zeigt sich allerdings, dass sich die Tarifpartner im System mit Vertragszwang häufiger denn je nicht auf neue Vergütungen einigen können. Die Blockaden führen dazu, dass durch die medizinisch-technische Entwicklung möglich gewordene Effizienzvorteile nicht an die Versicherten weitergegeben werden. Trotz stabiler Preise steigen die Kosten, die Mengenausweitung schreitet ungebremst voran.

Massnahmen:

- Die Tarifpartner sind zu verpflichten, verbindliche Massnahmen gegen die Mengenausweitung zu vereinbaren. Sollte das nicht gelingen, **müssen verbindliche Kostenbegrenzungsmassnahmen (Interventionsmechanismus)** eingeleitet werden, sobald die Kostenentwicklung deutlich über der Einkommensentwicklung liegt. Die Festsetzung der Kostensenkungsmassnahmen liegt in der Kompetenz des Bundes, die Umsetzung in der Kompetenz der Kantone.
- Dort, wo sich die Tarifpartner nicht auf adäquate Tarife und WZW-konforme¹ Vergütungsregeln einigen können, muss der Bund oder der Kanton genügend rasch subsidiär eingreifen. **Die CVP unterstützt deshalb den aktuellen Tarifeingriff des Bundesrates beim TARMED**. Sie verlangt

¹ Das [Bundesgesetz über die Krankenversicherung](#) setzt voraus, dass ärztliche oder ärztlich angeordnete Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen, damit sie von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt oder erstattet werden. Die Wirksamkeit muss mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Die WZW-Kriterien werden periodisch überprüft.

darüber hinaus, dass sich der Bundesrat zur subsidiären Festsetzung von Tarifen auf Verhandlungsergebnisse von Tarifpartnern abstützt – verhandeln muss sich lohnen.

- Wo sich die Tarifpartner auf Tarifwerke, Pauschalen oder andere innovative Vergütungsformen einigen, die eine effiziente Versorgung zum Ziele haben, braucht es keine zwingende behördliche Tarifgenehmigung. Diese verursacht nur unnötigen administrativen Aufwand und hemmt Innovationen.
- Die **Rechnungsstellung** für medizinische Leistungen muss **für die Patienten kontrollierbar** sein (Angabe von Leistung und aufgewendeter Zeit).

4. Es braucht verbindliche Transparenz über die Qualität, von der Indikation bis zum Ergebnis

Das Schweizer Gesundheitswesen zeichnet sich durch einen fast uneingeschränkten Zugang aus. Über die Qualität unserer Versorgung wissen wir aber wenig, es fehlt an Transparenz. Es ist erwiesen, dass auch unnötige Leistungen erbracht und in Anspruch genommen werden – auf Kosten der Allgemeinheit.

Massnahmen:

- Es braucht verbindliche Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer. Dazu sind die **Erfassung und Steuerung von Indikations- und Ergebnisqualität**, der **transparente Ausweis** sowie allfällige **Sanktionsmöglichkeiten** gegenüber jenen, die gegen die Auflagen verstossen, auf Gesetzesebene verbindlich zu regeln.
- Die freie Spitalwahl und der Abbau der Bürokratie muss mit der Einführung von schweizweit einheitlichen Kriterien für die Spitalplanung und von einheitlichen Vorgaben für die Datenlieferung (BfS, BAG, Kantone) durchgesetzt werden.
- Bei den kantonalen Direktsubventionen (Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen ohne vertraglich geregelter Zusatzleistung) muss Transparenz hergestellt werden mit Preisreduktion bei undifferenzierter kantonaler Direktsubvention.
- Empfehlungen aus HTA / Swiss Medical Board (Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Eingriffen) müssen verpflichtend durchgesetzt werden. Initiativen für „Smarter Medicine“ / „Choosing Wisely“ (Listen mit unwirksamen Eingriffen) sollen aktiv unterstützt und gefördert werden.

5. Verstärkter Einsatz neuer Technologien

Das Zeitalter der Digitalisierung hält auch im Gesundheitswesen unweigerlich Einzug. Mit dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) sind zwar wichtige Voraussetzungen geschaffen, mit der Freiwilligkeit für Ärzte aber gleichzeitig eine Chance verpasst worden. Das elektronische Patientendossier dient der Qualitätssicherung sowie einer Verhinderung von Über- und Falschbehandlungen.

Massnahmen:

- **Mit Anreizen muss die Einführung des elektronischen Patientendossiers sowohl bei Versicherten als auch bei Ärzten beschleunigt werden.** Effizienzvorteile von eHealth-Anwendungen müssen in Form von Prämienrabatten an das betreffende Versichertenkollektiv weitergegeben werden, sofern sich die versicherten Personen auf Grund entsprechender Versicherungsbedingungen zur Nutzung dieser Technologien verpflichten (analog heutigen alternativen Versicherungsmodellen).

6. Die hohen Medikamenten- und MiGeL-Preise² müssen gesenkt werden

Die Therapiekosten mit neu zugelassenen, innovativen Medikamenten steigen extrem an. Jährlich vergüten die Krankenversicherer rund 550 Millionen Franken für ärztlich verschriebene medizinische Mittel und Gegenstände. Neue Medikamente kommen immer früher auf den Markt, obwohl diese gemäss WZW-Kriterien noch nicht ausreichend erprobt sind. Ärzte und Patienten wünschen sich den raschen Zugang zu neuen Therapie-Optionen. Im Vergleich zum Ausland kommen Schweizer Patienten später in den Genuss von innovativen Therapien.

Patentabgelaufene Medikamente sind in der Schweiz wesentlich teuer als im angrenzenden Ausland. Gleichzeitig haben wir im Vergleich zum Ausland eine schwache Durchdringung mit Generika.

Die Übermedikation und Medikamentenverschwendung ist gross. Eine bessere Compliance³ ist durchzusetzen.

Massnahmen:

- Die Prozesse beim BAG müssen sowohl bei der Zulassung von neuen innovativen Medikamenten wie auch bei der regelmässigen Überprüfung der Medikamentenpreise beschleunigt werden. Das Bundesamt für Gesundheit muss die **Kriterien zur Preisfestsetzung reformieren** (inkl. Prüfung neuer Modelle wie zum Beispiel „Pay for Performance“). Neue Medikamente dürfen grundsätzlich nur befristet und mit Auflagen für die zu erbringenden Kosten-/Nutzen-Nachweise auf die Liste aufgenommen werden. Bei **Indikationserweiterung und Mengenzunahmen** müssen die **Preise gesenkt** werden.
- Die Marktdurchdringung von Generika ist zu verbessern. Dazu braucht es einen Abbau von Zugangshürden sowie eine Fixmarge anstelle der heute preisabhängigen Marge.
- Für **patentabgelaufene Medikamente und Generika** ist ein **Referenzpreissystem** dahingehend einzuführen, dass die OKP pro Wirkstoff oder Wirkstoffklasse nur ein preisgünstiges Medikament vollständig vergütet.
Auf der MiGeL-Liste sollen nur die Pflichtleistungsprodukte aufgeführt sein. Die Preise sind wettbewerblich durch die Vertragspartner auszuhandeln. Für seltene kassenpflichtige Produkte sind Fixpreise vorzusehen, welche einer regelmässigen Prüfung zu unterziehen sind.
- Die Medikamentenverschwendung muss durch die Verbesserung der Verschreibungsqualität und die Überprüfung der Therapietreue reduziert werden.

7. Die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten muss gestärkt werden

Dem Grundsatz der Subsidiarität muss auch im Gesundheitswesen vermehrt Rechnung getragen werden. Versicherte und Patienten mit Wahlmöglichkeiten und Übernahme von Eigenverantwortung tragen entscheidend dazu bei, dass die Kosten zu Lasten der Allgemeinheit nicht noch stärker steigen. Die ungebremste Kosten- und Prämiensteigerung birgt das Risiko, dass die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten abnimmt. Je höher die Prämie, desto mehr Leistungen will man und im Krankheitsfall denken Versicherte nicht an die verursachten Kosten, sondern an die beste Behandlung. Speziell schwierig und sensibel ist die Situation bei schwerer Krankheit oder Gebrechlichkeit gegen das Lebensende hin. Patienten, Angehörige und Leistungserbringer stehen im Spannungsfeld zwischen

² Mittel- und Gegenständeliste

³ Bereitschaft eines Patienten oder einer Patientin zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen bzw. Therapietreue in Bezug auf vorschriftsgemässe Medikamenteneinnahme.

medizinisch Machbarem und menschlich Sinnvollem. Will der Patient oder die Patientin zur Lebensverlängerung alles medizintechnisch Mögliche, ungeachtet der Lebensqualität? Oder wollen Patientin und Patient ein möglichst schmerzfreies Abschiednehmen und ein würdiges Sterben mit anteilnehmender professioneller Begleitung?

Patientinnen und Patienten, die heute Medikamente oder andere medizinische Leistungen kostengünstig im grenznahen Ausland einkaufen, verstehen nicht, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung diese Leistungen nicht vergüten darf.

Massnahmen:

- Die **Prämienregionen** sollen die tatsächlich vorhandenen regionalen Kostenunterschiede der Gesundheitskosten widerspiegeln.
- Die freie Wahl von Alternativen bei den Versicherungsprodukten soll gezielt geschützt und gefördert werden (Franchisen, Modelle der integrierten Versorgung / alternative Versicherungsmodelle)
- Zur **Aufklärungspflicht** der Leistungserbringer gehört auch die Besprechung von Therapievarianten, deren Einfluss auf Lebensqualität und Lebensdauer sowie die Kostenfolgen.
- Patienten und ihre Angehörigen müssen gut informiert entscheiden können, wie weit am Lebensende noch medizintechnische Möglichkeiten eingesetzt werden sollen.
- **Patientenverfügungen** müssen für die Leistungserbringer verbindlich sein.
- In die palliative Medizin muss vermehrt investiert werden, ganz besonders für die Zeit unmittelbar vor dem Lebensende.
- Das Territorialitätsprinzip soll für die **im grenznahen Ausland bezogenen medizinischen Leistungen, Medikamente und Hilfsmittel gelockert werden**, sofern diese Leistungen günstiger und qualitativ ebenbürtig zur vergleichbaren in der Schweiz zugelassenen Leistung in der Schweiz sind und in der Schweiz verschrieben wurden.

8. Verstärkung und Anpassung des Steuerabzugs für die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung

Durch den jährlichen Prämienanstieg erleiden Schweizer Haushalte einen Reallohnverlust. Besonders hart trifft es mittelständische Personen und Familien, welche gerade nicht prämienvorbilligungsberechtigt sind. Für diese Personen muss der Steuerabzug verbessert werden. Das geltende Recht erlaubt den steuerlichen Abzug von selbstbezahlten Krankenkassenprämien je nach Kanton nur begrenzt. Aus diesem Grund fordert die CVP, die steuerliche Abzugsmöglichkeit der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung zu vergrössern, sei es auf kantonaler Ebene mit einem flächendeckenden Steuerabzug⁴ und auf Bundesebene mit einer Erhöhung des Versicherungsabzuges bei der direkten Bundessteuer und deren regelmässiger Anpassung an die reale Entwicklung der Prämienhöhe der obligatorischen Krankenversicherung.

⁴ Z.B. Krankenkassen-Volksinitiative der CVP Basel-Stadt

Fazit

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen schlagen sich in höheren Krankenkassenprämien nieder. Diese sind im Schnitt rund 4 Prozent pro Jahr gestiegen. Dieser Anstieg beeinflusst das verfügbare Einkommen negativ: Das potenzielle Wachstum des verfügbaren Durchschnittseinkommens schrumpfte von 2016 auf 2017 aufgrund des Prämienanstiegs um 0,3 Prozentpunkte. Dieser anhaltende Trend ist langfristig für Schweizer Haushalte nicht tragbar und bringt sie an ihre Grenzen. Gemäss Studien soll der Prämienanstieg bis 2040 3,2 Prozent pro Jahr betragen. Eine Entwicklung, die nicht finanzierbar ist und nach Lösungen verlangt. Die CVP hält es für realistisch, dass mit der Umsetzung der im Papier geforderten Massnahmen 10 Prozent der unnötigen Kosten im Gesundheitswesen ohne Qualitätseinbussen eingespart werden können. Gemäss aktuellen Studien⁵ sind Kosteneinsparungen von bis zu 30 Prozent möglich. Hier setzt die CVP an: Wir wollen unnötige Kosten vermeiden und das Kostenwachstum und damit den stetigen Prämienanstieg stoppen.

⁵ OECD Wasteful Spending 2017; D.M. Berwick, JAMA, 2012; V.L. Hood, Eur J Intern Med. 2012