



## Redetexte (Es gilt das gesprochene Wort)

### Marina Carobbio, conseillère nationale (TI), vice-présidente du PS Suisse

Depuis des années nous dénonçons les difficultés pour beaucoup de ménages face la croissance des primes. Au cours des 20 dernières années, les primes d'assurance-maladie ont plus que doublé. La question de savoir comment payer les primes d'assurance-maladie est devenue un des principaux problèmes pour nombreux ménages.

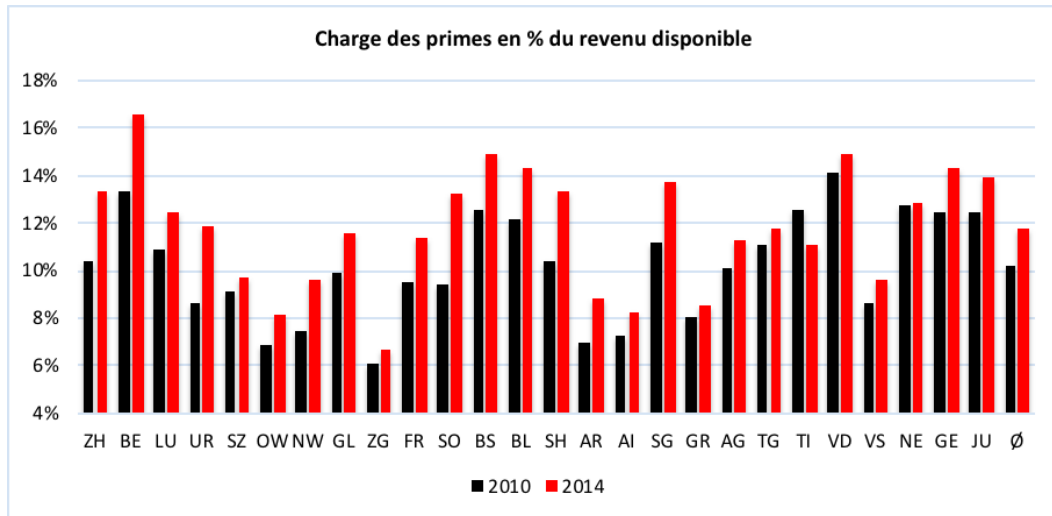
Comme parti, nous avons fait plusieurs propositions concrètes pour contrôler l'évolution de coûts, nous nous battons pour plus de régulations et moins de concurrence entre les hôpitaux ainsi que dans le secteur ambulatoire. Nous nous engageons en faveur d'un renforcement de la qualité. Nous souhaitons endiguer l'appât du gain. Nous militons en faveur d'un système de santé qui place l'intérêt général au centre des préoccupations, et non pas les intérêts particuliers. Nous étions là, à la table des discussions avec les assureurs et des cantons lorsqu'il fallait trouver une solution aux primes payées en trop. Nous avons également soutenu la démarche de révision du Tarmed proposée par le Conseil fédéral, nous voulons une régulation de l'admission dans le secteur ambulatoire. Et nous soutenons la démarche du Conseil fédéral, qui a envoyé en consultation un paquet de mesures pour la maîtrise des coûts vendredi dernier.

Mais aujourd'hui nous ne sommes pas ici pour refaire l'histoire des propositions et interventions du Parti socialiste aux niveaux cantonal et fédéral. **Nous sommes là pour présenter une initiative populaire afin de faire face à l'immobilisme du parlement en matière de réforme du système de santé et ses attaques répétées à l'encontre des intérêts des assuré-e-s.**

Ces dernières années, la concurrence et la recherche du profit ont favorisé l'accroissement du volume des prestations, et donc des coûts. D'autre part, de nombreux cantons ont massivement diminué les subventions aux primes d'assurance-maladie. En conséquence, le poids des primes n'est plus supportable pour de nombreux ménages. **Il est urgent de trouver des solutions et de limiter la charge des primes de l'assurance obligatoire. Notre proposition permettra d'alléger les ménages face à la croissance des primes de l'assurance-maladie. Elle contraindra aussi la politique à agir sur les coûts.**

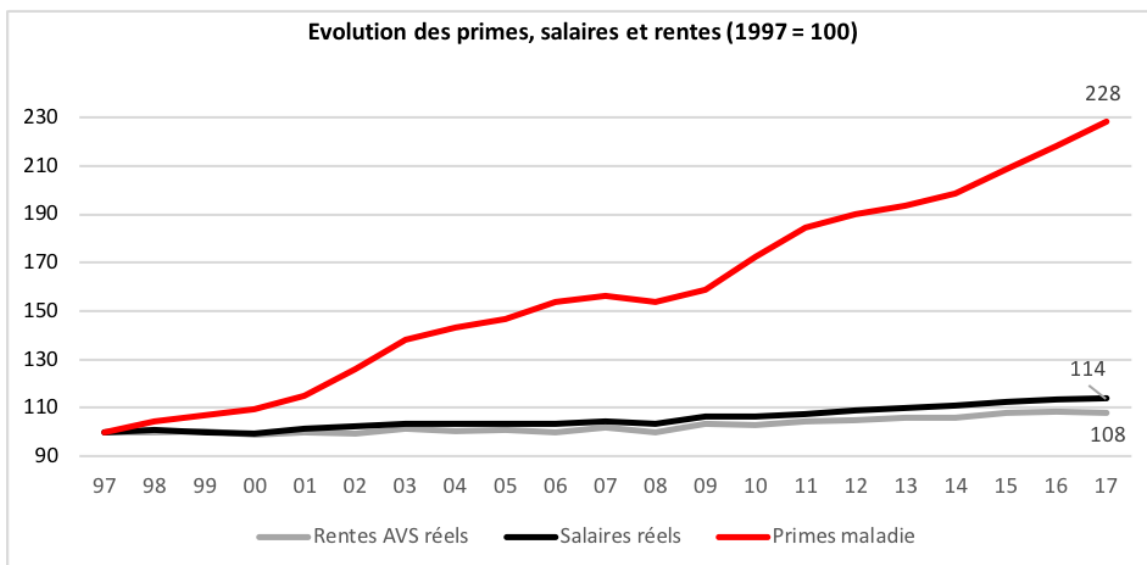
Es lohnt sich deshalb ein paar Fakten und Zahlen zu erinnern:

- Das soziale Ziel bei der Einführung des KVG – also, dass die Prämienbelastung eines Haushalts nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens betragen darf – wurde nie wirklich erreicht.
- Im Gegenteil: Die Prämienbelastung nahm seit 2010 im Durchschnitt über alle Kantone hinweg von 10 auf knapp 12 Prozent zu. Es gibt sogar Haushalte, die zum Teil mehr als 20 Prozent ihrer Einkommen für Krankenkassenprämien ausgeben müssen.



Grafik 1: Monitoring des BAG

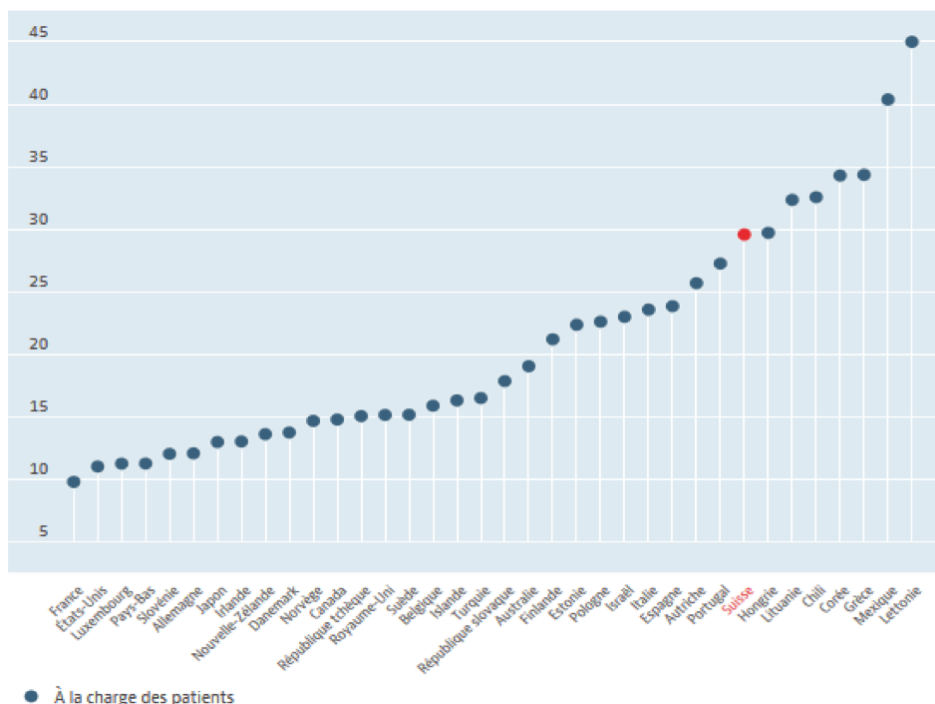
Es lohnt sich deshalb, die Entwicklung der Prämien mit jener der Renten und der Löhne zu vergleichen: Nach der Einführung des KVG sind die Prämien im Vergleich explodiert! Während die Prämien sich mehr als verdoppelt haben, sind die Löhne und Renten nur leicht gestiegen.



Grafik 1: Statistiken der OKP, Zahlen SGB

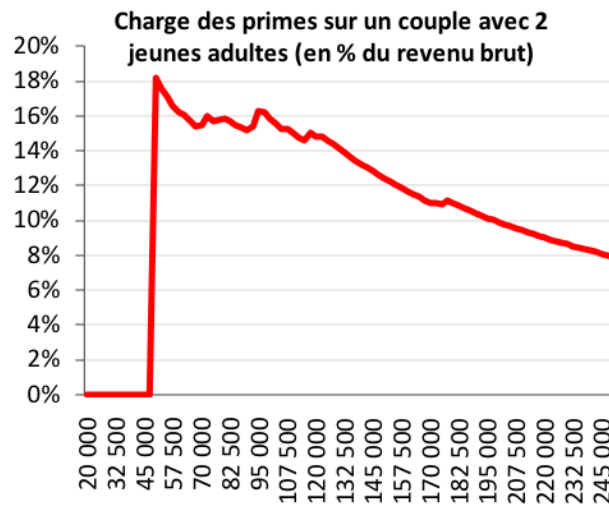
Mit der Einführung der individuellen Prämienverbilligungen beabsichtigte der Gesetzgeber, eine soziale Korrektur zu erreichen und damit nicht nur jene Personen zu unterstützen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind. Es liegt an den Kantonen, das Sozialziel zu bestimmen und für die Umsetzung der Prämienverbilligung zu sorgen. In der Folge resultieren beträchtliche kantonale Unterschiede; dies etwa beim Einkommen, welches zur Berechnung der individuellen Prämienverbilligung verwendet wird.

Aufgrund der unterschiedlichen Situation in den Kantonen bezüglich der individuellen Prämienverbilligung sowie der steigenden Kosten, die direkt von den Versicherten aufgenommen werden (die sogenannten *out of pocket*-Kosten), reduziert sich das verfügbare Einkommen. Diese Ausgaben kommen zusätzlich zu den hohen Krankenkassenprämien, den hohen Mieten und den Steuern hinzu. Laut OECD-Statistik von 2017 machen die *out of pocket*-Kosten 28 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Neben der Franchise und dem Selbstbehalt sind konkret die Kosten für nötige Medikamente – wie zum Beispiel Verbandmaterial und Wundverbände –, welche die Versicherten selber berappen müssen, eine grosse Last.



Grafik 3: OCDE (2018), Gesundheitsausgaben

All das hat zur Folge, dass die unteren Einkommen und immer mehr auch der Mittelstand wegen der Prämienbelastung stärker unter Druck geraten: Viele – insbesondere mittelständische – Haushalte, die keine oder kaum Prämienverbilligungen erhalten, müssen einen immer höheren Anteil ihres Einkommens für die Grundversicherung aufwenden.



Grafik 4: Prämienbelastung eines Paares mit zwei erwachsenen Kindern

Trotz gleichem Einkommen variiert die durchschnittliche Nettobelastung für eine Familie mit zwei Kindern zwischen 4 und 18 Prozent des Bruttoeinkommens. **Damit wird die Solidarität zwischen unterschiedlichen Einkommen in Frage gestellt. Es ist deshalb dringend, dass wir bei dieser gravierenden Situation korrigierend eingreifen. Wir können nicht wegschauen, wenn die Prämien konstant steigen und somit immer weniger Geld am Ende des Monats in den Händen der Versicherten bleibt.**

## Rebecca Ruiz, conseillère nationale (VD)

Mesdames et Messieurs les représentant-e-s des médias,

Je vais, pour ma part, évoquer la situation que l'on observe dans les cantons en matière de subsides, ainsi que son évolution récente. Je m'arrêterai enfin quelques instants sur le modèle vaudois qui a inspiré notre projet d'initiative.

Pour commencer, rappelons que près de deux millions d'assuré-e-s bénéficient dans notre pays de subsides afin de parvenir à payer leurs primes d'assurance-maladie, ce qui correspond à un taux de bénéficiaires de 27 %. Le budget alloué aux réductions individuelles de primes se monte aujourd'hui à 4,3 milliards de francs par année, payés par la Confédération et par les cantons.

L'article 65 de la LAMal constitue la base légale qui contraint les cantons à accorder une réduction de primes aux assuré-e-s de condition économique modeste. L'existence de subsides pour les personnes ou les familles qui ne parviennent pas à payer seules leur prime faisait, il faut le rappeler, partie intégrante du contrat, des engagements pris au moment de l'introduction de l'obligation d'assurance.

Le constat que l'on peut en faire depuis quelques années est inquiétant.

Comme vous le verrez dans les graphiques 2, 3, 4 et 5, on observe un désengagement progressif de la part des cantons depuis 2011. Ce désengagement est lié au fait que les dépenses que les cantons consentent à faire pour aider les assuré-e-s à payer leurs primes ne suivent plus l'évolution des primes depuis l'année 2011. Par conséquent, un écart de 20 % entre l'évolution des subsides et celle des primes est observé.

Aussi, lorsqu'on compare les pratiques cantonales, on voit des différences importantes en fonction des régions. Seuls cinq cantons affichent une part de financement plus élevée que celle de la Confédération.

Ces différences se reflètent également dans l'évolution des dépenses cantonales étant donné que quelques cantons se situent (largement) au-dessus de la moyenne nationale, alors que la plupart n'ont pas connu cette même évolution et sont même en dessous de cette même moyenne.

Plus inquiétant encore, certains cantons ont réduit leurs dépenses par rapport à 2007 en chiffres absolus.

En résumé, que nous démontrent ces chiffres ? Eh bien simplement, qu'en Suisse, on aide de moins en moins la partie de la population qui a des difficultés à payer ses primes. Les primes sont de plus en plus chères, et ceux qui doivent les payer sont de moins en moins aidés. Cette situation est intenable pour bien des foyers dans notre pays. Des gens qui travaillent, mais des gens qui ne peuvent plus payer leurs primes, ainsi que celles de leurs enfants quand il y en a.

Des assuré-e-s, des patient-e-s qui, parfois, renoncent à se soigner : voilà la conséquence de cette politique et de cette évolution. Je rappelle à cet égard qu'une étude récente de l'observatoire de la santé suisse a mis en évidence que la part de répondant-e-s déclarant qu'il leur est arrivé de ne pas s'être rendus chez le médecin pour des raisons de coûts est passée de 6,2 % en 2010 à 16,2 % en 2016, plaçant ainsi notre pays au second rang, après les États-Unis, des pays où un tel renoncement est le plus souvent mentionné. De plus, l'on sait que les économies réalisées de cette manière, pour l'assuré-e ou la société, ne sont des économies qu'à court terme, puisque plus l'on tarde à se soigner, plus c'est cher.

En résumé : les subsides baissent, alors que les besoins augmentent. De nombreux ménages, et ce sont bien souvent ceux de la classe moyenne, doivent assumer des primes LAMal qui dépassent les 10 % de leurs ressources, même après l'octroi d'un subside. C'est plus que pour l'alimentation. Et l'augmentation de la franchise, si elle peut se justifier pour certaines personnes, n'est pas envisageable pour tout le monde.

Pour remédier à une situation devenue critique pour trop d'assuré-e-s, nous proposons dès lors de plafonner le taux d'effort, soit le rapport entre la prime payée et le revenu disponible, à 10 %, cet objectif faisant déjà l'objet d'une politique publique entrée en vigueur dans le canton de Vaud le 1er septembre où le taux d'effort sera de maximum 12 % à partir de maintenant et sera diminué à 10 % en 2019.

## Barbara Gysi, Nationalrätin, Vizepräsidentin SP Schweiz

### Ziele der Initiative

- Beim Tragen der Krankenkassenprämienbelastung sollen untere und mittlere Einkommen durch eine Begrenzung dieser Belastung auf maximal 10 Prozent des verfügbaren Haushalteinkommens – unter Berücksichtigung des Vermögens – entlastet werden.
- Harmonisierung der Prämienverbilligung unter den Kantonen. Heute existieren 26 verschiedene Varianten, wobei einzelne Kantone ihre Anteile reduzieren und ziehen sich aus der Mitfinanzierung zurückziehen.
- Die Mittel für die Prämienverbilligung sollen erhöht werden, damit deren finanzielle Ausstattung wieder mit den Prämien erhöhungen Schritt hält.
- Die Kosten werden klarer und fix dem Bund und den Kantonen zugewiesen: Der Bund trägt zwei Drittel, die Kantone ein Drittel der Kosten. Insgesamt fällt die Bundesfinanzierung höher aus.
- Entflechtung zwischen ordentlicher Prämienverbilligung, Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen. Zu viele Mittel müssen für Sozialhilfebeziehende und EL-Beziehende eingesetzt werden, so dass für ordentliche individuelle Prämienverbilligungen (IPV) immer weniger bleibt.
- Debatte über die Finanzierung des Gesundheitssystems

### Initiativtext

*Art. 117 BV (neuer Absatz 3)* Versicherte haben in der Krankenversicherung Anspruch auf Verbilligung der Prämien. Die von den Versicherten zu übernehmenden Prämien betragen höchstens zehn Prozent des verfügbaren Einkommens. Die Prämienverbilligung wird zu mindestens zwei Dritteln durch Leistungen des Bundes und im verbleibenden Betrag durch Leistungen der Kantone finanziert.

#### *Übergangsbestimmung*

Ist die Ausführungsgesetzgebung zu Artikel 117 Absatz 3 drei Jahre nach dessen Annahme durch Volk und Stände noch nicht in Kraft getreten, so erlässt der Bundesrat auf diesen Zeitpunkt hin die Ausführungsbestimmungen vorübergehend auf dem Verordnungsweg.

Der Initiativtext ist bewusst klar formuliert und kurz gehalten. Die Hauptzielsetzung ist, dass die maximale Belastung von 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien nicht überstiegen werden darf. Nebst dem schlanken Verfassungstext formuliert die SP in einem Umsetzungskonzept ihre Vorstellungen, wie die

Initiative angewendet werden soll. Wir wollen einen schlanken Verfassungsartikel, aber dennoch mit dem Umsetzungskonzept die Richtung der Ausgestaltung klar aufzeigen.

## **Umsetzungskonzept**

Das verfügbare Einkommen muss klar definiert werden. Unser Konzept zieht als massgebendes Einkommen die im Steuerrecht klar definierten steuerbaren Einkünfte (Nettolohn, Zinsen, Mieteinnahmen, etc.) heran. Abzugsfähig sollen einzig Kinder sowie Alleinerziehendenhaushalte sein. In unseren Berechnungen gehen wir von 7000 Franken pro Kind, resp. 3500 Franken für einen Alleinerziehendenhaushalt aus. Auch berücksichtigt wird ein Fünftel des Reinvermögens. Dieser wird zu den Einkünften hinzugezählt.

Als Referenzprämie für die Berechnung dient uns die Standardprämie gemäss BAG. Diese geht von einem normalen Versicherungsmodell mit Standardfranchise von 300 Franken (Erwachsene, junge Erwachsene) resp. 0 Franken (Kinder) aus.

Gleichzeitig wollen wir eine Anspruchsobergrenze zum Erhalt einer Prämienverbilligung definieren. Hier schlagen wir den maximalversicherten Verdienst in der obligatorischen UVG (148'200 Franken) vor.

## **Kostenschätzung**

In unseren Berechnungen gehen wir von geschätzten Mehrkosten gegenüber heute (Basis 2016) von rund 3,6 Milliarden Franken aus. Unsere Schätzungen bewegen sich zwischen 3,2 bis 4 Milliarden Franken, allerdings ohne Berücksichtigung der Vermögen, da diese Angaben nicht erhältlich sind. Damit würden die Ausgaben für die Prämienverbilligung auf total 7,5 bis 8,3 Milliarden steigen. Davon würden 5 bis 5,5 Milliarden auf den Bund und 2,5 bis 2,8 Milliarden auf die Kantone entfallen. Die Auswirkungen in den Kantonen würden unterschiedlich ausfallen, da deren Prämienverbilligungsbeteiligung heute sehr unterschiedlich ist.

## **Fahrplan**

Vorstellung in den Medien: 20. September 2018

Genehmigung des Abstimmungstextes und Lancierung durch die Delegierten am SP-Parteitag 1./2. Dezember 2018

Start der Unterschriftensammlung: Frühling 2019