



Bundesamt für Gesundheit
Versicherungsaufsicht
3003 Bern

Per Mail:

Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 28. Januar 2021

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur erwähnten Vernehmlassung Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung.

Gerne übermitteln wir Ihnen unsere Bemerkungen und Anträge mittels dem zur Verfügung gestellten Formular.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband

Präsident

Kurt Fluri, Nationalrat
Stadtpräsident Solothurn

Direktorin

Renate Amstutz

Kopie Schweizerischer Gemeindeverband

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)
Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Organisation : Schweizerischer Städteverband

Abkürzung der Organisation : SSV

Adresse : Monbijoustrasse 8, 3001 Bern

Kontaktperson : Franziska Ehrler

Telefon : 031 356 32 47

E-Mail : franziska.ehrler@staedteverband.ch

Datum : 28. Januar 2021

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe des Entwurfs oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Besten Dank für Ihre Mitwirkung !

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) Vernehmlassungsverfahren

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen _____ 2

Bemerkungen zum Entwurf der Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Weitere Vorschläge _____ Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen	
Name	Bemerkung/Anregung
SSV	Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur Gesetzesänderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz. Die Prämienverbilligung hat eine wichtige Funktion in der Prävention von Armut und ist deshalb für die Städte von grosser Bedeutung.
SSV	<p>Grundsätzliche Einschätzung:</p> <p>Die vorgeschlagene Gesetzesänderung stellt einen indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» dar. Der Städteverband teilt das Grundanliegen der Initianten, dass die Prämienbelastung für Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen reduziert werden muss. Entsprechend begrüsst der Städteverband, dass der Gesetzgeber die Belastung der Haushalte durch steigende Krankenkassenprämien ebenfalls anerkennt und die Gesamtausgaben für die Prämienverbilligung in der Schweiz erhöhen möchte.</p> <p>Die Krankenkassenprämien sind in den letzten Jahren stark überproportional zu den Einkommen angestiegen. Die Prämienverbilligung hat diesen Effekt höchstens teilweise kompensiert, so dass die durchschnittliche Prämienbelastung der Schweizer Haushalte gemäss Monitoring des BAG von 10 Prozent des durchschnittlichen verfügbaren Einkommens im Jahr 2010 auf 14 Prozent im Jahr 2019 angestiegen ist. Die steigende Prämienbelastung stellt ein Armutsrisiko dar und erhöht den Nichtbezug von notwendigen Gesundheitsleistungen. Ein erhöhtes Armutsrisiko gepaart mit erhöhten Gesundheitsrisiken führt zu Mehrbelastungen der städtischen Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich. Der Städteverband stimmt deshalb dem Grundanliegen der Initiative zu, dass Bund und Kantone die Prämien in einem Ausmass verbilligen, dass Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen deutlich entlastet werden.</p>
SSV	<p>Kostenteilung Bund und Kantone:</p> <p>Für den Städteverband ist zentral, dass die Gesamtausgaben für die Prämienverbilligung erhöht werden, um die Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen stärker zu entlasten und dass ein fairer Verteilschlüssel zwischen dem Bund und den Kantonen gefunden wird. Eine</p>

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)
Vernehmlassungsverfahren**

	<p>Mehrheit ist der Ansicht, dass der Bundesbeitrag höher sein sollte als er aktuell ist, da die Bundesgesetzgebung die Prämien ebenfalls beeinflusst. Insbesondere wird dabei die Reservenbildung seitens der Krankenkassen genannt. Eine Minderheit ist der Meinung, dass es korrekt ist, dass ausschliesslich die Kantone dazu verpflichtet werden, mehr Mittel zur Verfügung zu stellen.</p>
SSV	<p>Gezielte Entlastung der tiefen und mittleren Einkommen:</p> <p>Der Gesetzgeber schlägt vor, die Beiträge des Bundes und der Kantone an die Gesamtkosten zu koppeln anstatt an die Haushaltseinkommen, wie es die Initiative vorschlägt. Er begründet dies damit, dass ein grösserer Anreiz zur Kostendämmung besteht. Im Gegensatz zur Initiative fällt das Element der gezielten Entlastung der Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen beim Gegenvorschlag weg. Der Gegenvorschlag überlässt es abgesehen von den bereits geltenden Regelungen vollständig den Kantonen festzulegen, welche Haushalte in welchem Ausmass entlastet werden. Eine Mehrheit der Städte, die sich geäussert haben, würde es begrüssen, wenn der Gesetzgeber, neben der Erhöhung des Gesamtbetrags für die Prämienverbilligung, auch regelt, wie dieser gezielt den Haushalten mit tiefen und mittleren Einkommen zukommt, indem beispielsweise eine der folgenden Massnahmen oder eine Kombination aus beiden ergriffen wird:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Anstatt der durchschnittlichen Prämienbelastung aller Haushalte, sollte die durchschnittliche Prämienbelastung der Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen massgebend sein (beispielsweise das durchschnittliche Einkommen der untersten drei Einkommensquintile).2) Der Bund verpflichtet die Kantone, ein differenziertes Modell der Prämienverbilligung einzuführen, das die tiefen und mittleren Einkommen gezielt entlastet. Denkbar ist ein Modell analog zum differenzierten Modell der Prämienverbilligung, wie es in der 2. und 3. KVG-Revision ursprünglich vorgesehen war. <p>Begrüssst wird, dass sich der Gegenvorschlag am verfügbaren Einkommen orientiert, da dieses für das Haushaltsbudget ausschlaggebend ist.</p> <p>Zudem ist es dem Städteverband ein Anliegen, dass die Gesetzesänderung nicht dazu führt, dass Kantone, die aktuell mehr als den vorgeschlagenen Anteil bezahlen, ihren Beitrag kürzen.</p>

Eidgenössisches Departement des Inneren
Inselgasse 1
3003 Bern

E-Mail-Adressen:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

4. Februar 2021

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 21. Oktober 2020 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur «Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative)» teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne im beiliegenden Antwortformular aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ausführlicher Stellung.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen im Voraus bestens. Bei Fragen oder für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

1) Problemstellung

Die Sozialdemokratische Partei hat mit der Prämien-Entlastungsinitiative die Forderung gestellt, dass alle Haushalte nicht mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) verwenden müssen. Hintergrund ist die Aufgabenverflechtung von Bund und Kantonen in der Prämienverbilligung (IPV). Durch die unklare Verantwortlichkeit zogen sich einige Kantone bei den Prämienverbilligungsgeldern zurück. Der Kanton Bern beispielsweise hat seit 2010 seine Beiträge um fast 20 Prozent gekürzt. Der Bund dagegen erhöhte in dieser Periode seine Beiträge generell um gut 4 Prozent. Dieses Missverhältnis führte zu Mehrbelastungen für gewisse Haushalte, was die SP mit Ihrer Initiative adressieren will.

Position economisesuisse

Wir lehnen die SP-Initiative ab, weil sie keine nachhaltige Lösung darstellt. Die Belastung der Haushalte steigt durch die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Diese Kostenentwicklung ist durch die solidarische Finanzierung mitverschuldet: Sie schafft einen Anreiz

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

beim Patienten und beim Leistungserbringer, unnötige Leistungen der Allgemeinheit anzulasten. Ökonomen nennen das Phänomen auch «moral hazard» (moralisches Risiko). Das Phänomen des moralischen Risikos ist in allen Versicherungsmärkten belegt. Dagegen hilft die Kostenwahrheit in Form von höheren Prämien oder von Kostenbeteiligungen. Durch die IPV werden die Prämien künstlich gesenkt, was die Kostenwahrheit schwächt. Moralisches Risiko gefährdet auch die Solidarität selbst und treibt die Kosten in die Höhe. Wenn die SP nun vorschlägt, die Finanzierung noch stärker zu solidarisieren, dann wird das moralische Risiko ebenfalls verschärft. Das ist kontraproduktiv. Dennoch adressiert die Initiative ein Fehlkonstrukt im Krankenversicherungssystem, nämlich die duale Finanzierung der Prämienverbilligungen. Bund und Kantone teilen sich diese Aufgabe. Wenn Aufgaben geteilt werden, so sind die Verantwortlichkeiten nicht mehr klar zugeordnet. Diese Verflechtung hat dazu geführt, dass sich die Kantone bei den Prämienverbilligungen nicht mehr voll verantwortlich fühlten und deshalb im Bereich IPV gespart haben. Sie schwächten damit die soziale Abfederung. Heute hinken die Prämienverbilligungen der Prämienentwicklung hinterher. Die Initiative ignoriert jedoch den neuesten Bundesgerichtsentscheid gegen die rückwirkende Kürzung der individuellen Prämienverbilligungen im Kanton Luzern. Demnach muss der Kanton Luzern die Einkommensgrenze für die Prämienverbilligungen erhöhen.

Die Wirtschaft lehnt die SP-Initiative ab, weil sie das Grundproblem der Entwicklung nicht löst, sondern teure Symptombekämpfung ist. Ein Gegenvorschlag wäre sinnvoll, aber dieser sollte zu einer Entflechtung des Systems der Prämienverbilligung führen: Die Aufgabe muss entweder beim Bund oder bei den Kantonen liegen. Vermischte Verantwortlichkeiten provozieren genau jene Probleme, welche im Kanton Luzern zu beobachten waren.

2) Gegenvorschlag des Bundesrates

Der Bundesrat lehnt die Initiative ebenfalls ab und präsentiert einen Gegenvorschlag. Dieser löst das Problem der unklaren Verantwortlichkeiten, aber ändert leider nichts an der Aufgabenverflechtung. Der vorgeschlagene Modus scheint kompliziert und schränkt den Handlungsspielraum der Kantone unnötig ein.

Position economiquesuisse

Die Wirtschaft begrüsst einen Gegenvorschlag. Wir schlagen aber eine einfachere Regelung vor. Mit einer Aufgabenentflechtung hin zu den Kantonen und dem Prämienverbilligungsmonitoring, das heute bereits besteht, könnte der Bund das Krankenversicherungsgesetz durchsetzen, ohne direkt in die Kantonshoheit einzugreifen. Dadurch würde das Subsidiaritätsprinzip gestärkt. Die finanzielle Verflechtung würde aufrecht erhalten bleiben, weil der Bund sich an der Kostenentwicklung des Bundesgesetzes KVG weiterhin beteiligen soll.

3) Gegenvorschlag der Wirtschaft

Der Gegenvorschlag der Wirtschaft bezweckt, falsche Anreize bei den Prämienverbilligungen abzubauen, keine neuen administrativen Aufwendungen zu schaffen, und die Aufgaben zwischen Bund und Kantonen zu entflechten.

Der Gegenvorschlag der Wirtschaft sieht vor, dass die Kantone die Verantwortung für die Prämienverbilligungen übernehmen. Der Bund setzt die Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes über direkte finanzielle Anreize durch. Die Kantone legen nach kantonalen Gegebenheiten die Höhe der Prämienverbilligungen fest und entlasten die Haushalte eigenverantwortlich.

Konkret bedeutet dies: Die Kantone übernehmen rund die Hälfte der IPV wie bis anhin. Der Bund erstattet die heutigen 2'827 Millionen (Stand 2019) Prämienverbilligungsgelder an die Kantone zurück. Er verpflichtet sich, im Rahmen der Kosten- und Einkommensentwicklung diese Gelder zu erhöhen. Die Auszahlung der Mittel an die Kantone kann entweder über den Risikoausgleich oder im Rahmen

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

einer neu zu beschliessenden, einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen erfolgen. Der Bund setzt das Krankenversicherungsgesetz durch, indem er seine Beiträge an einen Kanton kürzt, welcher bei den Prämienverbilligungen zu grosse Abstriche macht. Dazu führt der Bund das Prämienverbilligungsmonitoring wie bisher fort. Somit kann die Belastung der Haushalte gut beobachtet und mit den Vorjahren verglichen werden. Falls die Haushalte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen (Modellhaushalte fürs Prämienmonitoring) für die Prämien den gleichen Anteil wie in den Vorjahren bezahlen müssen, handeln die Kantone eigenverantwortlich. Das bedeutet eine Belastung der vulnerablen Modellhaushalte von höchstens 14%.¹ Steigt diese Zahl, dann kürzt der Bund die Rückzahlungen an den entsprechenden Kanton über das Finanzierungsgefäss. Damit stellt er sicher, dass die Belastung durch die Krankenversicherung für die Modellhaushalte stabil bleibt. Für einen Kanton ist es nämlich auf diese Weise nicht mehr lukrativ, die Prämienverbilligungsgelder zu kürzen, weil der Bund seine Zahlungen an den Kanton mit demselben Wert kürzt. Das bedeutet: einen Franken weniger IPV für den Kantonshaushalt senkt die IPV in der Bevölkerung um 2 Franken, weil sich der Bund zu 50% an der IPV beteiligt. Somit werden Prämien-Zahlungsausstände im sparenden Kanton wahrscheinlicher, die dann gemäss KVG Art. 64a zu 85 Prozent von kantonalen Geldern bezahlt werden müssen. Der Kanton kann somit seine Einsparungen nicht durchsetzen, weil es Mehrkosten in anderen Bereichen gibt. Durch diesen Kontrollmechanismus setzt der Bund das KVG durch und die Belastungsgrenze der Haushalte bleibt im Minimum auf dem heutigen Stand. Die Kantone haben wie bisher die Möglichkeit, die IPV über das Minimum hinaus grosszügiger zu gestalten.

Argumente für diesen Vorschlag

- Die relative Entlastung der Prämien durch die Prämienverbilligung bleibt gleich. Somit wird das moralische Risiko in der Krankenversicherung nicht verstärkt.
- Künftig steigt die IPV in etwa im Gleichschritt mit den Prämien. Damit ist auch in Zukunft ein tragfähiges IPV-System garantiert.
- Mit der Aufgabenentflechtung zwischen Bund und Kantonen wird eine Vorgabe des neuen Finanzausgleichs erfüllt. Damit herrschen in Zukunft klare Verantwortlichkeiten in der Prämienverbilligung. Die finanzielle Verflechtung ist in diesem Bereich zu akzeptieren, weil Bund (KVG-Regulierung) und Kantone (v.a. Regulierung des Spitalmarktes) Verantwortung gegenüber der Kostenentwicklung tragen.
- Das Subsidiaritätsprinzip gemäss Bundesverfassung wird gelebt. Die Kantone sind näher an den spezifischen Verhältnissen, insbesondere der Kostenentwicklung und den Präferenzen der Bevölkerung. Daher ergibt es Sinn, dass die Entlastung durch die Kantone umgesetzt wird.
- Durch die neue Regelung gibt es weniger Bürokratie. Der Bund muss nur noch überwachen, aber nicht mehr umsetzen.
- Der Gegenvorschlag der Wirtschaft verhindert eine stärkere Zentralisierung.

Wir danken für die wohlwollende Prüfung unseres Vorschlages.

Freundliche Grüsse
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung



Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

¹ Im Prämienmonitoring 2017 und 2019 bezahlten die Modellhaushalte 14 Prozent des verfügbaren Einkommens für die KVG-Prämie.

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3008 Bern

gever@bag.admin.ch

Bern, 3. Februar 2021

Vernehmlassung zum indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Im Folgenden nehmen wir dazu gerne Stellung.

Ausgangslage

Wie der SGB in seinem Verteilungsbericht¹ aufzeigt, hat sich die **Nettoprämienbelastung** (d.h. die Belastung nach Erhalt von Prämienverbilligungen) für die meisten Haushalte mit mittleren und tiefen Einkommen seit dem Jahr 2000 mindestens verdoppelt. Im Jahr 2019 haben gemäss OKP-Statistik des BAG nicht nur die mittleren Prämien zugenommen (um 1 Prozent, für einmal unterdurchschnittlich wenig), sondern auch die effektiv bezahlten **Kostenbeteiligungen** (ausschliesslich Franchise und Selbstbehalt), und dies um fast 3 Prozent. Mit Abstand am meisten gestiegen sind jedoch über die letzten Jahre stets die Selbstzahlungen für nicht KVG-gedeckte Leistungen, darunter hauptsächlich Zahnbehandlungen, die Langzeitpflege sowie Medikamente und Konsultationen, die nicht im Leistungskatalog der Grundversicherung inbegriffen sind: pro Kopf haben diese alleine im Jahr 2018² im Vergleich zum Vorjahr um 9.6 Prozent (!) zugenommen. Dies bei einem gesamten Volumen von nahezu 18 Milliarden (zum Vergleich: das Finanzierungsvolumen der Grundversicherung betrug im selben Jahr 29.6 Milliarden). Diese Zahlen machen deutlich, dass die für viele Versicherte bereits untragbare Prämienlast durch die Mitbetrachtung der darüber hinaus anfallenden Selbstzahlungen sogar noch wesentlich schwerer wiegt.

Trotz stetig steigender Prämien und Selbstzahlungen war die **BezügerInnenquote** für Prämienverbilligungen in den letzten Jahren fortwährend rückläufig. In den zehn Jahren zwischen 2009 und 2019 sank sie von 29.3 Prozent auf 27.2 Prozent der Versicherten. Doch es können nicht nur immer weniger Versicherte Prämienverbilligungen beziehen, Letztere fallen auch pro Kopf immer tiefer aus: Während die durchschnittliche **Verbilligung pro Kopf** im Jahr 2009 noch 40.5 Prozent betrug, waren es im letzten Jahr nur noch 37.5 Prozent³. Der Grund für diese Entwicklung ist einfach: Die Kantone haben sich über die letzten Jahre sukzessive aus ihrer gesetzlichen Ver-

¹ Siehe <https://www.sgb.ch/themen/wirtschaft/detail/dossier-140-verteilungsbericht-2020>

² Zahlen 2019 noch nicht verfügbar.

³ Diese Zahlen schliessen dabei sogar die Prämienrückstellungen an Beziehende von Sozialhilfe und Ergänzungsleistungen mit ein, welche zumeist dem gesamten Prämienbetrag entsprechen (d.h. einer Verbilligung von 100 Prozent).

pflichtung "den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen [zu gewähren]" (KVG Art. 65 Abs. 1) zurückgezogen. **So gaben im Jahr 2019 fünf Kantone sogar insgesamt weniger für Prämienverbilligungen aus als 10 Jahre zuvor** – und dies trotz eines Prämienwachstums von 48.0 Prozent und eines Bevölkerungswachstums von 10.5 Prozent in dieser Periode. Die interkantonalen Diskrepanzen sind dabei enorm: Während sich der Kanton Waadt heute mit insgesamt 66 Prozent an den Prämienverbilligungen beteiligt (bei einem Bundesbeitrag von 34 Prozent), steuert der Kanton Bern lediglich 11 Prozent bei (d.h. dort machen die gleichen Pro-Kopf-Beiträge des Bundes 89 Prozent aus).

Zu diesen kantonalen Budgetkürzungen kommt ein weiterer verschärfender Faktor hinzu: Aufgrund der demografischen und im weiteren Sinne auch sozialpolitischen Entwicklung nimmt die Zahl der Beziehenden von Sozialhilfe und insbesondere von Ergänzungsleistungen stetig zu. Diese haben jeweils Anspruch auf die (volle) Erstattung der Krankenkassenprämien, welche die Kantone ihrerseits aus dem Budgetposten der Prämienverbilligungen finanzieren. **Für die individuellen Prämienverbilligungen der Versicherten "in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen"** – das sind insbesondere Familien – bleiben somit nicht nur aufgrund der allgemeinen Budgetkürzungen, sondern zusätzlich wegen diesen, von den Kantonen mehrheitlich ignorierten "Verdrängungseffekts" **umso weniger Mittel übrig**. Daran ändert auch das im erläuternden Bericht erwähnte Bundesgerichtsurteil im Fall Luzern, bzw. dessen zaghafte Umsetzung der Kantone, nicht viel. Berücksichtigt man diesen Effekt, lässt sich feststellen, dass für die *individuellen* Prämienverbilligungen heute nicht nur fünf, sondern ganze 17 Kantone nominal weniger Mittel ausgeben also vor zehn Jahren. Das ist ein sehr gravierender Befund, der für viele Leute im Land ganz reale und schwerwiegende Auswirkungen hat. Dies wird etwa dadurch deutlich, dass **im Jahr 2019 über 412'000 Versicherte aufgrund von ausstehenden Zahlungen für Prämien und Kostenbeteiligungen betrieben** wurden.

Antwort auf die bundesrätliche Beurteilung der Prämien-Entlastungs-Initiative

Vor dem Hintergrund der oben dargelegten Situation ist für den Schweizerischen Gewerkschaftsbund die Einführung einer nationalen verbindliche Obergrenze für die Belastung der Privathaushalte durch Krankenkassenprämien absolut unerlässlich – **der SGB fordert eine solche schon seit Langem und hat bereits 2015 ein entsprechendes Modell vorgelegt**.⁴ Im Februar 2019 hat die Sozialdemokratische Partei der Schweiz zusammen mit dem Gewerkschaftsbund die "Prämien-Entlastungs-Initiative" lanciert, welche die Einführung eines Sozialziels für die Prämienbelastung von maximal 10 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens fordert.

Der Bundesrat bekundet im erläuternden Bericht, dass er das Anliegen der "10%-Initiative" zwar "nachvollziehbar" findet, er lehnt diese aber dennoch ab, was sehr zu bedauern ist. Diese Haltung ist allerdings nicht nur bedauerlich, sondern auch erstaunlich. Denn die Forderung eines gesetzlich verankerten Sozialziels für eine maximale Prämienlast hat ursprünglich auch der Bundesrat unterstützt – und zwar in der Botschaft zur Einführung Krankenversicherungsgesetzes vor bereits bald 25 Jahren. **Der Bundesrat schlug dazumal eine Begrenzung der Nettoprämienlast für die Privathaushalte auf höchstens 8 Prozent des steuerbaren Einkommens** vor. Dies hätte einem Sozialziel von durchschnittlich etwa 6 Prozent des verfügbaren Einkommens entsprochen und wäre damit wesentlich "grosszügiger" gewesen als die heutige Forderung der Initiative von 10 Prozent des verfügbaren Einkommens. **Bereits seit der Jahrtausendwende wird jedoch das damals formulierte Sozialziel des Bundesrates für die meisten Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen nicht mehr eingehalten.**

⁴ Siehe Dossier 108 "Höhere Prämienverbilligungen gegen die Krankenkassen-Prämienlast", SGB (2015)

Als Grund für die Ablehnung der Initiative führt der Bundesrat auf, diese hätte zur Folge, "dass die öffentliche Hand einen immer grösseren Anteil der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen müsste"⁵. Dem lässt sich eigentlich nur beipflichten. Denn es ist ja gerade das **Ziel der Initiative, den im internationalen Vergleich extrem tiefen Anteil der öffentlichen bzw. einkommensabhängig finanzierten Abgeltung der Gesundheitskosten wesentlich zu erhöhen**. Während der einkommensabhängige bzw. steuer- oder lohnfinanzierte Anteil der Gesundheitskosten in den meisten EU-Ländern bei rund 80 Prozent liegt, kommt die Schweiz nur auf knapp 30 Prozent⁶. Mit der Initiative sollen deshalb die durch eine Kopfsteuer belasteten PrämienzahlerInnen explizit "zu Ungunsten" der SteuerzahlerInnen entlastet werden, da Letztere ihrerseits über die Einkommenssteuern im Verhältnis zu ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit belastet werden. Darüber hinaus hätte die Initiative eine zweite positive Verteilungswirkung, nämlich dadurch, dass die zusätzlich im Gesundheitswesen einzusetzenden öffentlichen Mittel genau dort eingesetzt werden, wo ihre soziale Wirkung am zielgerichtetsten ist: bei den Prämienverbilligungen.

Weiter bemängelt der Bundesrat an der Initiative, diese nehme sich nur der Finanzierungsseite an und blende die Kostenfrage aus. Auch das stimmt prinzipiell, nur ist es nicht redlich, dies als Grund für eine Ablehnung aufzuführen. Ebenso unredlich wäre es etwa, dem Bundesrat zum Vorwurf zu machen, die Revision des CO₂-Gesetzes beinhalte keine Massnahmen zur Förderung der erneuerbaren Energien. **Erstens müssen Volksinitiativen dem Grundsatz der Einheit der Materie entsprechen und zweitens lässt sich der von den InitiantInnen seit Jahren parallel zur Initiative geleistete Einsatz für eine wirksame Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen nicht negieren**. So hat etwa der SGB – um die jüngsten Beispiele zu nennen – aktiv an den Vernehmlassungen und Debatten zu den bundesrätlichen "Kostendämpfungspaketen 1 und 2" teilgenommen und in diesem Rahmen auch viele weitere Massnahmen vorgeschlagen, die vom Bundesrat bis anhin leider nicht aufgegriffen wurden (zum Beispiel die Eindämmung der Überversorgung durch ein Verbot missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife oder die Umsetzung einer aktiveren Verlagerungspolitik "ambulant vor stationär").

Neben dem Sozialziel lehnt der Bundesrat auch die von der Initiative gemachte Vorgabe, dass der Bund zu mindestens zwei Dritteln für die Prämienverbilligungen aufkommen soll, ab. Dies sei, gemäss Bundesrat, nicht vereinbar mit dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz: Da die Kantone grösstenteils die Hoheit über das Gesundheitswesen haben, sollen sie auch mehrheitlich für dessen Finanzierung aufkommen. Dazu gilt es einerseits anzumerken, dass eine Korrektur bzw. **Wiederherstellung der fiskalischen Äquivalenz im Zuge einer allfälligen Annahme der Initiative unsererseits sehr zu wünschen wäre**, und zwar dahingehend, dass dem Bund im Bereich der Steuerung und Organisation des Gesundheitswesens zusätzliche Kompetenzen zugeteilt werden. Jüngst hat auch die Covid-19-Pandemie eindrücklich gezeigt, dass dies ein sehr sinnvolles Unterfangen wäre. Darüber hinaus ist aber die Forderung der Initiative nach einer Zwei-Drittel-Beteiligung des Bundes an den gesamten Prämienverbilligungen völlig berechtigt. Denn nur so kann der chronischen Ungerechtigkeit entgegengewirkt werden, dass die Versicherten einerseits zwischen den Kantonen völlig unterschiedlich hohe Prämien bezahlen müssen – trotz schweizweit gültigem Versicherungsobligatorium und schweizweit exakt gleichem Leistungskatalog – und andererseits zusätzlich bei den Prämienverbilligungen noch unterschiedlich stark von der "Budgetlaune" der Kantone betroffen sind. **Dies ist für eine nationale Sozialversicherung – wie**

⁵ Ohne an dieser Stelle näher auf die Details der im erläuternden Bericht zitierten Berechnungen des SGB zur Umsetzung der Prämien-Entlastungs-Initiative einzugehen, ist es uns schleierhaft, wie das BAG seinerseits die Mehrkosten auf Basis der Daten des Jahres 2019 auf nur 0.7 Milliarden schätzt.

⁶ "Health at a Glance: Europe 2020", OECD (2020)

die Obligatorische Krankenpflegeversicherung eine ist – **ein unhaltbarer Zustand**. Durch eine höhere Beteiligung des Bundes und eine gleichzeitig schweizweit gültige Definition eines Sozialziels wird diese Ungerechtigkeit aufgehoben.

Der Bundesrat attestiert der Prämien-Entlastungs-Initiative immerhin, dass die Versicherten damit weiter einen Anreiz hätten, "sich für moderate Kosten im Gesundheitswesen einzusetzen" (weil sie ja die Franchisen weiterhin selbst bezahlen müssten). Das ist zwar nicht ganz von der Hand zu weisen, wir möchten dazu allerdings in Erinnerung rufen, dass die Schweiz trotz höchster privater Kostenbeteiligung aller OECD-Länder gleichzeitig – hinter den USA – im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung auch am meisten für das Gesundheitswesen ausgibt. **Die positive Korrelation zwischen privater Finanzierungslast und tiefen Gesundheitskosten existiert also ganz offensichtlich nicht** (oder zumindest nicht im heutigen Schweizer Gesundheitssystem). Ein Grund dafür könnte der im erläuternden Bericht erwähnte, immer häufiger auftretende Leistungsverzicht sein: Wenn Versicherte in Anbetracht einer für sie im Krankheitsfall nicht finanzierbaren Franchise auf notwendige medizinische Konsultationen verzichten, könnten die allfälligen Folgekosten später viel höher ausfallen.

Beurteilung des indirekten Gegenvorschlags

Der SGB anerkennt, dass der Bundesrat mit der Formulierung eines indirekten Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative seiner Besorgnis über die sozialen Herausforderungen in der Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens Ausdruck verleiht. **Nur leider werden die mit dem Gegenvorschlag präsentierten Massnahmen diesen grossen Herausforderungen bei Weitem nicht gerecht. So soll der Bund keinen einzigen Franken mehr für Prämienverbilligungen aufwenden und lediglich den Kantonen vorschreiben, ihrerseits die Mittel aufzustoocken.** Der dabei gewählte Mechanismus, die Vorgaben an die Kantone von den jeweiligen kantonalen Gesundheitskosten und der kantonalen Nettoprämienbelastung abhängig zu machen, ist zwar grundsätzlich sinnvoll.⁷ Die dabei gewählten Ansätze – etwa, dass Kantone mit einer Nettoprämienbelastung von über 14 Prozent gemessen an den kantonalen Kosten mindestens gleich viele Mittel für Prämienverbilligung aufwenden müssen, wie sie heute bereits vom Bund erhalten – reichen angesichts der ausbleibenden Aufstockung der Bundesbeiträge allerdings niemals aus, um das mit der Prämien-Entlastungs-Initiative geforderte 10%-Ziel auch nur annähernd zu erreichen. Dies wird alleine schon dadurch deutlich, dass die gemäss Gegenvorschlag im Jahr 2019 (wäre er dann bereits in Kraft gewesen) zusätzlich zu leistenden Prämienverbilligungen mit 0.9 Milliarden gerade einmal 0.9 Prozent der gesamten Gesundheitskosten in diesem Jahr betragen würden, was wahrlich ein Tropfen auf den heissen Stein ist. **Die Umsetzung einer akzeptablen Lösung erfordert wesentlich mehr Mittel, die aber ihrerseits in Relation zur damit bewältigten Aufgabe gestellt werden müssen, nämlich der Entschärfung einer der grössten und am dynamischsten wachsenden sozialpolitischen Probleme der Schweiz.**

Bemerkenswert am indirekten Gegenvorschlag ist auch, dass der Bund damit an den Prämienverbilligungen als Verbundaufgabe festhält und sich so **nach nur einem Jahr bereits vom – durch den SGB stark kritisierten – Projekt "Aufgabenteilung II" verabschiedet**, welches eine

⁷ Insbesondere hervorzuheben ist, dass der Bundesrat die im Bericht "Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung – Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 17.3880 Humbel" vorgestellte "Variante 1" zur Änderung der Finanzierung der Prämienverbilligungen in seinem Gegenvorschlag nicht weiter verfolgt. Mit dieser Variante wäre – wie bereits früher der Fall – der Bundesbeitrag an den Kantonsbeitrag gekoppelt worden, was in der Praxis mit Sicherheit dazu geführt hätte, dass viele Kantone nicht einmal mehr den ganzen Bundesbeitrag abgeholt hätten, womit insgesamt noch weniger Mittel für Prämienverbilligungen aufgewendet worden wären als heute.

komplette Kantonalisierung der Prämienverbilligungen vorgesehen hätte. In diesem Kontext betrachtet, relativieren sich aber auch die Bedenken des Bundesrats bezüglich der Wirkung der Prämien-Entlastungs-Initiative auf die fiskalische Äquivalenz (siehe weiter oben). Denn das Hauptziel des nun – glücklicherweise – zurückgestellten Projekts "Aufgabenteilung II" war ja gerade die Optimierung der fiskalischen Äquivalenz.

Abschliessend sei bemerkt, dass der mit dieser Vernehmlassung präsentierte Gegenvorschlag zur 10%-Initiative leider auch kaum die bescheidenen Mittel wert ist, die er verspricht. Denn es wäre blauäugig, nicht bereits an dieser Stelle auf sein sehr wahrscheinliches Schicksal im parlamentarischen Prozess einzugehen: ein frühzeitiges Scheitern im Ständerat. Denn eben mit dem Verweis auf die erwähnte fiskalische Äquivalenz werden wohl (zu) viele StändesvertreterInnen eine zusätzliche Verpflichtung durch den Bund – ohne eigene Beteiligung seinerseits – ablehnen. **In diesem Sinne ist der Gegenvorschlag leider nicht viel mehr als Symbolpolitik. Doch dafür ist das Problem der Finanzierung des Gesundheitswesens zu dringend, und es hat mit der Corona-Pandemie noch deutlich an Dringlichkeit gewonnen. Denn durch die aktuelle Wirtschaftskrise wird die Prämienbelastung für viele Haushalte nicht nur aufgrund der steigenden Gesundheitskosten, sondern zusätzlich im Zuge sinkender Einkommen weiter zunehmen. Die baldige Umsetzung der 10%-Initiative bzw. eines wirksamen Prämien-Sozialziels ist daher wichtiger denn je.**

Soweit unsere allgemeine Beurteilung des Gegenvorschlags. Im Folgenden gehen wir darüber hinaus der Vollständigkeit halber noch auf drei detaillierte Punkte ein:

- **Neue interkantonale Ungerechtigkeiten:** Obwohl die Kopplung der Prämienverbilligungen an die Höhe der Gesundheitskosten sowie an die Nettoprämienbelastung im Grundsatz sinnvoll ist, würde der Gegenvorschlag auch willkürliche neue Ungerechtigkeiten zwischen den Kantonen schaffen. **So erhielten etwa die Haushalte in den Kantonen Basel-Stadt und Neuenburg keinen einzigen zusätzlichen Franken an Prämienverbilligungen** – trotz der dort überdurchschnittlich hohen verbleibenden Prämienbelastung von 16 Prozent bzw. 17 Prozent. Dies deshalb, weil der Finanzierungsbeitrag dieser Kantone bereits heute über 7.5 Prozent der kantonalen Bruttokosten liegt und damit die Vorgaben des Bundes erfüllen würde.
- **Legitimierung der Zweckentfremdung von IPV-Geldern:** Im erläuternden Bericht wird die Feststellung gemacht, die Kantone könnten den Bundesbeitrag für die Prämienverbilligungen auch für Versicherte, die Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe beziehen, verwenden. Dies ist zwar bereits heute gängige Praxis in den Kantonen (wie weiter oben dargelegt), unterminiert aber immer mehr die zentrale Funktion der *individuellen* Prämienverbilligungen, die Nachteile der Einheitsprämie für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen auszugleichen. Ein Gutachten⁸ von Prof. T. Gächter kommt zum Schluss, dass die Verwendung von Bundesgeldern zur Prämienübernahme im Rahmen der EL und Sozialhilfe sowohl gemäss ELG als auch gemäss KVG widerrechtlich ist. **Die im Erläuternden Bericht legitimierte Praxis der kantonalen Zweckentfremdung von Bundesgeldern ist daher fehl am Platz.** Der SGB fordert seinerseits die Kantone dazu auf, diese Zweckentfremdung endlich durch die Aufstockung der eigenen Mittel für die Prämienübernahme im Rahmen der EL und Sozialhilfe zu stoppen. Der Nachholbedarf ist dabei sehr gross und stetig wachsend: So verwendeten die Kantone gemäss OKP-Statistik 2019 bereits 2.73 Milliarden der 2.83 Milliarden

⁸ "Verwendung der Beiträge des Bundes zur individuellen Prämienverbilligung (IPV) durch den Kanton Zürich", Gächter (2017)

– also praktisch sämtliche! – IPV-Beiträge des Bundes für die Prämienübernahme im Rahmen der Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe.

- **Definition der massgebenden Prämien:** Der Bundesrat schlägt im Gegenvorschlag mit Art. 65 Abs. 1^{quater} vor, dass er die "massgebenden Prämien" bestimmen kann, auf Basis derer die Nettoprämienbelastung bzw. die IPV-Vorgaben berechnet werden sollen. Eine solche Gesetzesbestimmung ist nicht akzeptabel, denn sie gibt dem Bundesrat die Kompetenz, die Definition der Nettoprämienbelastung nach Belieben abzuschwächen. Dies stellt der Bundesrat im erläuternden Bericht auch direkt in Aussicht, indem er schreibt, dass die massgebenden Prämien etwa die "Prämien von preisgünstigen Versicherungsformen eines preisgünstigen Versicherers" sein könnten. **Grundsatz muss unseres Erachtens allerdings immer sein, dass die massgebenden Prämien den effektiv bezahlten Prämien entsprechen.** Denn für ältere oder multimorbide Versicherte ist es gesundheitlich keineswegs opportun, in ein HMO-Modell einer Billigkasse zu wechseln (und allenfalls gar noch die Franchise zu erhöhen). Sie würden dann wohl im Grundmodell bei ihrer angestammten Kasse bleiben und entsprechend eine höhere Prämienbelastung stemmen müssen. Die Praxis der (willkürlichen) Mittelkürzungen durch eine Redefinition der massgebenden Prämien ist in den Kantonen leider bereits seit Langem weit verbreitet: So wendet heute für die "Richtprämie", nach der die Prämienverbilligungen in den Kantonen bemessen wird, kaum mehr ein Kanton die effektiv durch die Versicherten bezahlten Prämien an (und damit gegebenenfalls auch die Prämie mit Mindestfranchise im Grundmodell). Die von den Kantonen definierten Richtprämien sind heute gemäss einer vom SGB durchgeführten Untersuchung durchschnittlich sogar bereits um 30 Prozent (!) tiefer als die Durchschnittsprämien. Diesem Weg darf der Bund keinesfalls folgen, im Gegenteil: Im KVG (bzw. in der KVV) sollte eine Bestimmung aufgenommen werden, wonach die kantonalen Richtprämien den effektiv bezahlten Prämien zu entsprechen haben.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken Ihnen herzlich für die Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Pierre-Yves Maillard
Präsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

Département fédéral de l'Intérieur
Effingerstrasse 20
3008 Berne

gever@bag.admin.ch

Berne, le 3 février 2021

Consultation sur le contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes-maladie

Monsieur le Conseiller fédéral,

L'Union syndicale suisse (USS) vous remercie de l'avoir invitée à s'exprimer sur la modification de la LAMal précitée. Par la présente, nous avons le plaisir de vous transmettre notre position.

Exposé de la situation

Comme le démontre l'USS dans son dernier rapport sur la répartition¹, la **charge nette découlant des primes d'assurance-maladie** (après déduction des subsides) a au moins doublé depuis 2000 pour la plupart des ménages à revenus moyens et faibles. En 2019, ce sont non seulement les primes moyennes qui ont augmenté (pour une fois relativement peu : +1 %), mais également la **participation aux coûts** (uniquement franchise et quote-part) : celle-ci a grimpé de près de 3 %, selon la statistique de l'assurance-maladie obligatoire de l'OFSP. La hausse la plus forte – et de loin – au cours des dernières années concerne toutefois toujours les versements directs des ménages pour des prestations non couvertes par la LAMal : il s'agit principalement de traitements dentaires, de soins de longue durée ainsi que de médicaments et consultations qui ne figurent pas au catalogue des prestations de l'assurance de base. Pour la seule année 2018², ces versements directs des ménages ont augmenté de 9,6 % (!) par habitant-e par rapport à l'année précédente. Et ce, sur un volume global de près de 18 milliards de francs (à titre de comparaison : le volume de financement de l'assurance de base s'élevait à 29,6 milliards la même année). Ces chiffres montrent bien que la charge des primes – souvent déjà difficile à assumer – ne reflète même pas la réalité des charges effectives si l'on prend en compte les versements directs qui s'y ajoutent.

Pourtant, malgré des primes et des versements directs en constante augmentation, le **taux des bénéficiaires** de réductions de primes n'a cessé de reculer ces dernières années. En dix ans (2009-2019), ce taux est passé de 29,3 % à 27,2 % de l'ensemble des assuré-e-s. Et ce n'est pas tout : non seulement le nombre de personnes bénéficiant de réductions de primes diminue, mais les réductions elles-mêmes sont également de plus en plus faibles. En 2009, la **réduction de**

¹ Voir <https://www.uss.ch/themes/economie/detail/dossier-n-140-rapport-sur-la-repartition-2020>

² Chiffres 2019 pas encore disponibles

prime par ayant droit était de 40,5 % en moyenne. En 2019, elle ne s'élevait plus qu'à 37,5 %³. Les raisons de cette évolution à la baisse sont simples : au cours des dernières années, les cantons se sont soustraits l'un après l'autre de leur obligation légale d'accorder « *une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste* » (art. 65 al. 1 LAMal). **Ainsi, cinq cantons ont même dépensé moins pour les réductions de primes en 2019 que dix ans auparavant.** Et ce, malgré une hausse des primes de 48,0 % et une croissance de la population de 10,5 % sur la même période. Les disparités entre les cantons sont toutefois énormes : alors que Vaud contribue aux réductions de primes à hauteur de 66 % actuellement (participation fédérale : 34 %), le canton de Berne n'y injecte que 11 % (ce qui veut dire que les mêmes contributions par tête de la Confédération représentent 89 %).

Un autre facteur aggravant vient s'ajouter à ces baisses de contributions cantonales : le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, et en particulier de prestations complémentaires, ne cesse d'augmenter en raison de l'évolution démographique, et, d'une manière plus générale, de l'évolution de la politique sociale. Ces personnes ont droit au remboursement (intégral) des primes de l'assurance-maladie. Un remboursement que les cantons financent via le budget destiné aux réductions de primes-maladie. **Il ne reste donc plus beaucoup de moyens pour les réductions individuelles de primes pour les assuré-e-s « de condition économique modeste »** – en particulier les familles – et ce, non seulement à cause des coupures budgétaires générales, mais aussi en raison de cet « effet d'éviction », souvent « ignoré » par les cantons. Mentionné dans le rapport explicatif, l'arrêt du Tribunal fédéral sur le canton de Lucerne – et sa mise en œuvre timide par les cantons – n'y change pas grand-chose. Si l'on tient compte de cet effet d'éviction, on constate que ce ne sont plus seulement cinq, mais bien 17 cantons qui dépensent moins en montants nominaux qu'il y a dix ans pour les réductions *individuelles* de primes (RIP). Cet état de fait est extrêmement préoccupant, et il a des conséquences très concrètes et très lourdes pour beaucoup de gens dans notre pays. On le voit par exemple dans le fait **qu'en 2019, plus de 412 000 assuré-e-s ont été mis en poursuite pour cause de factures non payées de primes-maladie et de participation aux coûts.**

Réponse à l'évaluation par le Conseil fédéral de l'initiative d'allègement des primes

Face à la situation décrite ci-dessus, l'Union syndicale suisse estime qu'il est absolument indispensable d'imposer au niveau national un plafonnement de la charge que représentent les primes d'assurance-maladie sur le budget des ménages. **L'USS revendique l'introduction d'une telle mesure depuis longtemps. Elle avait d'ailleurs présenté en 2015 déjà un modèle en ce sens⁴.** En février 2019, le Parti socialiste suisse a lancé avec l'Union syndicale suisse l'« initiative d'allègement des primes » qui demande d'introduire un objectif social pour que la charge découlant des primes représente au maximum 10 % du revenu disponible des ménages.

Dans son rapport explicatif, le Conseil fédéral affirme pouvoir comprendre l'intention de l'« initiative 10 % », mais il rejette quand même le texte, ce qui est regrettable. Et cette position n'est pas seulement regrettable, mais aussi incompréhensible : en effet, le Conseil fédéral avait à l'origine soutenu lui aussi la demande d'inscrire dans la loi un objectif social pour une charge maximale découlant des primes : cela figurait dans son message concernant l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie il y a déjà près de 25 ans. **Le Conseil fédéral proposait à l'époque de**

³ Ces chiffres incluent même les remboursements de primes aux bénéficiaires de l'aide sociale et de prestations complémentaires, qui dans la plupart des cas représentent le montant total de la prime (= réduction de 100 %).

⁴ Voir *Dossier* n° 108 de l'USS : « Höhere Prämienverbilligungen gegen die Krankenkassen-Prämienlast » (en allemand, avec résumé en français), USS (2015)

plafonner la charge nette des primes pour les ménages à 8 % maximum du revenu imposable. Cette mesure correspondait à un objectif social d'environ 6 % (en moyenne) du revenu disponible et aurait été nettement plus « généreuse » que la revendication actuelle de l'initiative, soit 10 % du revenu disponible. **Mais depuis le tournant du millénaire, cet objectif social formulé par le Conseil fédéral n'est plus respecté pour la plupart des ménages avec des revenus bas et moyens.**

Le Conseil fédéral rejette l'initiative au motif que « les pouvoirs publics devraient prendre en charge une part toujours plus importante des coûts dans l'assurance obligatoire des soins ». Nous ne pouvons qu'abonder dans ce sens : c'est précisément le **but de l'initiative que d'augmenter substantiellement la part du remboursement des coûts de la santé financée par les pouvoirs publics ou en fonction du revenu, une part qui est extrêmement faible en comparaison internationale**⁵. Alors que dans la plupart des pays de l'Union européenne (UE), le financement des coûts de la santé provient à environ 80 % de recettes liées aux revenus, respectivement aux impôts et aux déductions salariales, cette part est d'à peine 30 %⁶ en Suisse. L'initiative permettrait justement de soulager les assuré-e-s d'un impôt par tête et ce, explicitement « au détriment » des contribuables. Ceux-ci à leur tour supporteront ces charges à travers l'impôt sur le revenu, donc en fonction de leurs capacités économiques. L'initiative aurait en outre un deuxième effet de répartition avantageux : les moyens publics supplémentaires injectés dans le système de santé iraient précisément là où leur impact social serait le mieux ciblé, c'est-à-dire dans les réductions de primes.

Le Conseil fédéral reproche également à l'initiative de ne se pencher que sur le financement et d'ignorer la question des coûts. C'est également vrai sur le fond, mais il n'est pas correct d'utiliser ce point comme motif de rejet. Il serait tout aussi incorrect, par exemple, d'accuser le Conseil fédéral de ne pas avoir inclus des mesures de promotion des énergies renouvelables dans la révision de la loi sur le CO₂. **Premièrement, les initiatives populaires doivent répondre au principe de l'unité de matière. Et deuxièmement, on ne peut déceimment nier les efforts des initiant-e-s qui, depuis des années et parallèlement à l'initiative, se battent pour une maîtrise efficace des coûts dans le système de santé.** L'USS a ainsi – pour ne citer que les exemples les plus récents – participé activement aux consultations et débats concernant les volets 1 et 2 des « mesures visant à maîtriser les coûts », proposés par le Conseil fédéral. Dans ce contexte, l'USS a également proposé de nombreuses autres mesures qui n'ont pour l'heure malheureusement pas été reprises par le Conseil fédéral (par exemple le frein aux prestations excessives via une interdiction de tarifs abusifs dans l'assurance complémentaire, ou la mise en œuvre d'une politique plus active en faveur du principe : l'ambulatoire avant le stationnaire).

En plus de rejeter son objectif social, le Conseil fédéral rejette aussi la demande de l'initiative que la Confédération assume au moins deux tiers du financement des réductions de primes. Selon lui, cette exigence n'est pas compatible avec le principe de l'équivalence fiscale : les cantons ayant en grande partie la souveraineté sur le système de santé, il leur revient aussi d'en assumer la majeure partie du financement. Sur ce point, nous tenons à souligner **qu'en cas d'acceptation de l'initiative, nous souhaitons vivement une correction ou un rétablissement de l'équivalence fiscale.** Cette correction devrait permettre d'octroyer à la Confédération des compétences accrues en matière de pilotage et d'organisation du système de santé. Nous avons pu constater

⁵ Sans entrer ici dans le détail des calculs de l'USS sur la mise en œuvre de l'initiative, cités dans le rapport explicatif, nous ne comprenons pas comment l'OFSP a pu de son côté arriver à estimer les surcoûts à seulement 0,7 milliards sur la base des données 2019.

⁶ "Health at a Glance: Europe 2020", OCDE (2020)

notamment avec la pandémie de coronavirus à quel point une telle réorientation des compétences serait judicieuse. Mais au-delà, la demande d'une participation aux deux tiers par la Confédération est complètement légitime : c'est le seul moyen de contrer une double injustice chronique que subissent les assuré-e-s : ils payent des primes qui diffèrent sensiblement d'un canton à l'autre – malgré une obligation d'assurance au niveau national et un catalogue de prestations identique pour l'ensemble du pays – et en plus, ils sont tributaires des « humeurs budgétaires » de leur canton lorsqu'il s'agit du montant des réductions de primes. **Pour une assurance sociale nationale** – car c'est ce qu'est l'assurance obligatoire des soins, **cette situation n'est pas défendable**. Une participation accrue de la Confédération et, parallèlement, une définition de l'objectif social valable pour tout le pays permettrait d'éliminer cette injustice.

Le Conseil fédéral concède que l'initiative d'allègement des primes a au moins le mérite de maintenir une incitation, pour les assuré-e-s, d'« agir en vue d'une maîtrise des coûts de la santé » (puisque'ils devront toujours payer les franchises eux-mêmes). C'est effectivement le cas, même si nous tenons à rappeler que la Suisse est, derrière les États-Unis, le pays qui dépense le plus pour son système de santé par rapport à sa performance économique, tout en étant le pays de l'OCDE avec la plus haute participation privée aux coûts de la santé. **Il n'y a donc de toute évidence aucune corrélation positive entre financement privé (des particuliers) et coûts de la santé bas** (ou du moins pas dans le système actuel en Suisse). Une des raisons de cette situation pourrait résider dans le fait que de plus en plus de personnes renoncent à se faire soigner, comme le mentionne le rapport explicatif : lorsque des assuré-e-s se privent des consultations médicales nécessaires en cas de maladie parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer la franchise, les coûts pourraient s'avérer beaucoup plus élevés par la suite.

Appréciation du contre-projet indirect

L'USS reconnaît qu'en élaborant un contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes, le Conseil fédéral montre qu'il est préoccupé par les défis sociaux que pose le financement du système de santé en Suisse. **Malheureusement, les mesures proposées dans le contre-projet ne sont absolument pas à la hauteur de ces défis. En effet, la Confédération ne mettrait pas un sou de plus pour les réductions de primes. Elle se contenterait de dire aux cantons qu'ils doivent augmenter leurs fonds à cette fin.** Le mécanisme choisi pour ce faire est en principe assez judicieux : lier l'obligation des cantons à leur coûts de la santé respectifs ainsi qu'à la charge nette découlant des primes cantonales.⁷ Mais, compte tenu de l'absence d'augmentation des subsides fédéraux, les taux choisis ne suffiront jamais pour s'approcher un tant soit peu de l'objectif des 10 % exigé dans l'initiative. En effet, les cantons affichant par exemple une (très haute) charge nette des primes de plus de 14 % ne devront pas consacrer eux-mêmes plus d'argent aux réductions de primes, par rapport aux coûts cantonaux, que ce qu'ils reçoivent aujourd'hui de la Confédération. On en veut pour preuve le fait que les réductions de primes supplémentaires qui auraient dû être versées en 2019 selon le contre-projet (s'il avait déjà été en vigueur) totaliseraient 0,9 milliard de francs, soit tout juste 0,9 % de l'ensemble des coûts de la santé de la même année. En d'autres mots : une goutte d'eau dans l'océan. **Il faudra beaucoup plus de moyens pour mettre en œuvre une solution acceptable. Ces moyens doivent toutefois être mis en perspective avec la tâche qu'ils permettront d'accomplir : désamorcer et**

⁷ À noter que le Conseil fédéral n'a pas gardé, dans le contre-projet, la « Variante 1 » pour la modification du financement des réductions de primes présentée dans le rapport « Réduction des primes de l'assurance-maladie. Contrôle du financement. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 17.3880 Humbel ». Avec cette variante, les subsides fédéraux auraient été liés à la part cantonale, comme cela a déjà été le cas par le passé. Dans la pratique, cette mesure aurait certainement conduit à ce que de nombreux cantons n'aient même pas recours à la totalité des subsides fédéraux, ce qui aurait permis de dépenser globalement encore moins pour les réductions de primes qu'actuellement.

maîtriser l'un des problèmes sociopolitiques les plus importants en Suisse et qui s'aggrave à vitesse grand V.

Nous notons dans le contre-projet indirect que la Confédération maintient le principe que les réductions de primes sont une tâche commune (confédération et cantons), et qu'elle **abandonne, après une année seulement, le projet « Répartition des tâches II », très critiqué par l'USS**, qui prévoyait une cantonalisation complète des réductions de primes. Dans ce contexte, les objections du Conseil fédéral concernant l'effet de l'initiative sur l'équivalence fiscale deviennent tout relatifs puisque l'objectif principal du projet « Répartition des tâches II » – heureusement écarté – était précisément l'optimisation de l'équivalence fiscale.

En conclusion, nous tenons à souligner que le contre-projet à l'initiative d'allègement des primes, présenté ici en consultation, ne vaut malheureusement même pas le peu de moyens qu'il promet. Il serait naïf de ne pas envisager dès maintenant son destin très probable au Parlement : celui d'échouer rapidement au Conseil des États. De (trop) nombreux représentant-e-s des cantons refuseront certainement une nouvelle obligation venant de la Confédération – sans que celle-ci n'y contribue financièrement. Ils invoqueront justement l'équivalence fiscale. En ce sens, **le contre-projet n'est malheureusement pas beaucoup plus que de la politique du symbole. Mais le problème du financement du système de santé est bien trop urgent pour se contenter de symboles. La pandémie de coronavirus n'a fait qu'accentuer cette urgence. En effet, avec la crise économique provoquée par la crise sanitaire, la charge des primes va encore augmenter pour de nombreux ménages : non seulement les coûts de la santé vont continuer d'augmenter, mais les revenus des ménages vont baisser. La mise en œuvre rapide de l'« initiative 10 % » – ou d'un objectif social efficace en matière de primes – est donc plus important que jamais.**

Après cette appréciation générale du contre-projet, nous complétons notre prise de position en abordant trois aspects en détail :

- **Nouvelles injustices entre les cantons :** Coupler les réductions de primes au niveau des coûts de la santé ainsi qu'à la charge nette des primes-maladie est en principe une idée pertinente. Mais le contre-projet créerait aussi de nouvelles injustices arbitraires entre cantons. **Ainsi, les ménages des cantons de Bâle-Ville et de Neuchâtel par exemple ne toucheraient pas un seul franc supplémentaire en réduction de primes** – même si la charge des primes y demeure à un niveau beaucoup plus élevé que la moyenne, avec 16 % respectivement 17 %. Et ce, parce que la part cantonale versée pour les réductions de primes dans ces cantons se situe d'ores et déjà au-dessus de 7,5 % des coûts cantonaux bruts de la santé et qu'elle remplirait ainsi les conditions de la Confédération.
- **Légitimation de l'utilisation détournée de l'argent destiné aux RIP :** Le rapport explicatif avance le fait que les cantons peuvent utiliser la contribution fédérale aux réductions de primes aussi pour des assuré-e-s qui reçoivent des prestations complémentaires (PC) ou l'aide sociale. Mais cette pratique, qui est déjà monnaie courante dans les cantons (comme décrit plus haut), fragilise de plus en plus le rôle essentiel des réductions *individuelles* de prime, à savoir de compenser les inconvénients d'une prime unique pour les assuré-e-s vivant dans des conditions économiques modestes. Dans une expertise⁸, le professeur T. Gächter arrive à la conclusion que l'utilisation de moyens de la Confédération pour payer les primes-maladie dans le cadre des prestations complémentaires et de l'aide sociale est illicite tant au

⁸ "Verwendung der Beiträge des Bundes zur individuellen Prämienverbilligung (IPV) durch den Kanton Zürich", Gächter (2017)

sens de la LPC que de la LAMal. **Cette pratique, légitimée dans le rapport explicatif, ne peut aucunement se justifier.** Pour sa part, l'USS appelle les cantons à mettre fin à cette utilisation non conforme en augmentant enfin les moyens propres pour la prise en charge des primes dans le cadre des prestations complémentaires et de l'aide sociale. Le besoin de rattrapage est considérable et ne cesse de croître : selon la statistique de l'assurance-maladie obligatoire, les cantons ont utilisé en 2019 2,73 des 2,83 milliards de francs de la Confédération destinés aux RIP – soit la quasi-totalité ! – pour la prise en charge des primes dans le cadre des prestations complémentaires et de l'aide sociale.

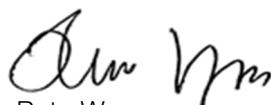
- **Définition des primes déterminantes :** Dans le contre-projet, le Conseil fédéral propose avec l'art. 65 al. 1^{quater} que ce soit lui qui définisse les « primes déterminantes » sur la base desquelles la charge nette des primes, respectivement les conditions pour les RIP seront calculées. Cette disposition n'est pas acceptable, car elle donne au Conseil fédéral la possibilité d'affaiblir selon son gré la définition de la charge nette des primes. C'est d'ailleurs ce que le gouvernement laisse clairement entrevoir dans son rapport explicatif, lorsqu'il écrit que les primes déterminantes pourraient être les « primes des formes d'assurance et d'assureurs plus avantageux ». **De notre point de vue, le principe de base doit toujours être que les primes déterminantes correspondent aux primes réellement payées.** En effet, pour les assuré-e-s âgés ou avec des polymorbidités, il n'est pas opportun pour leur santé de changer leur couverture pour un modèle HMO dans une caisse bon marché (voire même d'augmenter, en plus, leur franchise). Ces personnes resteraient probablement dans les modèle de base de leur caisse habituelle et se verraient donc contraintes d'assumer une charge de primes plus élevée. Malheureusement, la réduction (arbitraire) des moyens par le biais d'une redéfinition des primes de référence est répandue dans les cantons depuis fort longtemps déjà. Il n'y a pratiquement plus un seul canton qui applique les primes réellement payées (et donc le cas échéant aussi la prime avec la franchise minimale dans le modèle de base) par les assuré-e-s pour calculer la « prime de référence » selon laquelle les réductions de primes sont calculés dans les cantons. Les primes de référence définies dans les cantons sont d'ores et déjà en moyenne 30 % (!) au-dessous des primes moyennes, selon une enquête menée par l'USS. La Confédération ne doit en aucun cas poursuivre sur cette voie, au contraire : il faudrait ajouter dans la LAMal, resp. dans l'OAMal une disposition en vertu de laquelle les primes de référence cantonales doivent correspondre aux primes effectivement payées.

En vous remerciant de prendre en considération nos remarques et propositions, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre très haute considération.

UNION SYNDICALE SUISSE



Pierre-Yves Maillard
Président



Reto Wyss
Secrétaire central

Bundesamt für Gesundheit
3000 Bern

Per Mail an: aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 8. Februar 2021 sgv-Gf/dm

Vernehmlassungsantwort:

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 21. Oktober 2020 hat uns Bundesrat Alain Berset eingeladen, zur randvermerkten KVG-Revision Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen und Bemerkungen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 230 Verbände und gegen 500'000 Unternehmen, was einem Anteil von 99.8 Prozent aller Unternehmen in unserem Land entspricht. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Der Bundesrat lehnt die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» ab. Der sgv begrüsst diese Haltung. Nach unserem Dafürhalten würde die Volksinitiative die öffentlichen Finanzen viel zu stark belasten. Darüber hinaus setzt die Initiative am falschen Ort an. Statt den Finanzierungsschlüssel neu zu regeln, gilt es das Kostenwachstum in den Griff zu bekommen.

Der sgv lehnt auch den in die Vernehmlassung geschickten Gegenvorschlag ab. Die verursachten Mehrkosten, die aktuell gegen eine Milliarde Franken pro Jahr tendieren würden und die in Zukunft stark anwachsen könnten, erachten wir als zu hoch. Wir sprechen uns auch dagegen aus, dass der Bund in der vorgeschlagenen Weise in die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen eingreift. Es kann nicht angehen, dass die Kantone durch den Bund verpflichtet werden, sich finanziell stärker zu engagieren, ohne dass sich dieser an der Deckung der Mehrkosten zu beteiligen gedenkt.

Seitens des sgv treten wir dafür ein, dass die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» dem Souverän ohne Gegenvorschlag zur Abstimmung unterbreitet wird.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgv



Hans-Ulrich Bigler
Direktor



Kurt Gfeller
Vizedirektor