

**Prämien-
wahnsinn
stoppen!**

JA **Prämien-
Entlastungs-
Initiative**

Prämienwahnsinn stoppen: Ja zur Prämien-Entlastungs-Initiative

Kurzfassung	1
Ausgangslage	1
Die Prämien-Entlastungs-Initiative	7
FAQ	8

Kurzfassung

Bei den Krankenkassenprämien braucht es dringend Lösungen, denn seit 1997 haben sich die Prämien mehr als verdoppelt. Gleichzeitig sind Löhne und Renten kaum gestiegen. Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative stoppen wir diese Entwicklung: Die Krankenkassenprämien werden gedeckelt und dürfen neu nicht mehr als 10 Prozents des verfügbaren Einkommens ausmachen. Das schützt nicht nur Personen mit kleinen Löhnen vor Kaufkraftverlust, sondern vor allem auch Familien, Rentner-Paare und Personen mit durchschnittlichen Einkommen.

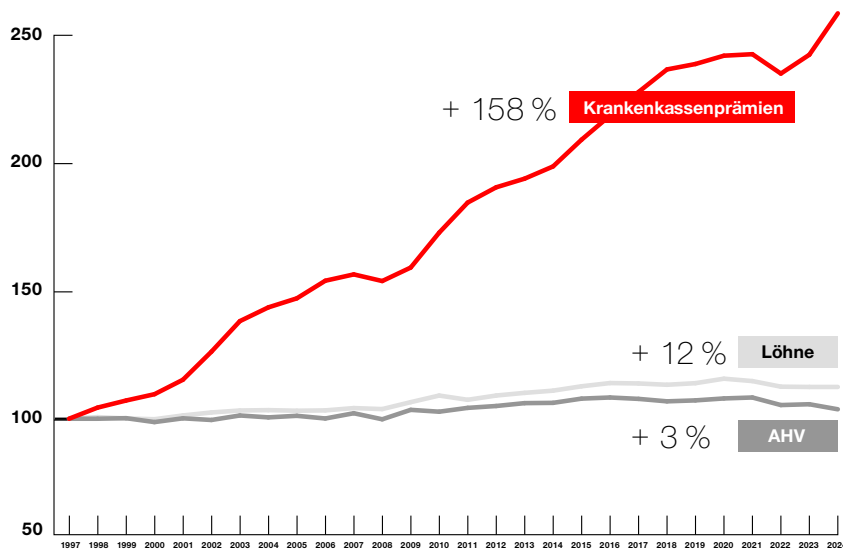
Mit einem JA zur Prämien-Entlastungs-Initiative können wir die Belastung der Menschen durch die explodierenden Prämien reduzieren und Haushalte vor zukünftigen Prämien erhöhungen schützen.

Ausgangslage

Einkommen stagnieren, Prämien explodieren

Die Krankenkassenprämien steigen seit Jahren – seit 1997 haben sie sich mehr als verdoppelt! Gleichzeitig sparen die Kantone auf Kosten des Mittelstands. Gemessen an der Bevölkerung gibt die Hälfte der Kantone heute weniger Geld für Prämienverbilligungen aus als vor zehn Jahren. Diese Entwicklung verschärft das Problem der Kopfprämien, denn ein Manager bezahlt gleich viel für die Grundversicherung wie eine Verkäuferin. Um die Kosten wieder gerechter zu verteilen, braucht es mehr Prämienverbilligungen.

Prämien explodieren,
Löhne und Renten bleiben gleich.
Entwicklung seit 1997.



Quelle: BAG, Seco, Berechnungen SGB

Prämienverbilligungen sinken

Die Prämienverbilligungen werden gemeinsam durch Bund und Kantone finanziert. Während der Bund die Prämienverbilligungen jedes Jahr an die Kostenentwicklung anpasst, machen die meisten Kantone das Gegenteil.

Entwicklung der Prämien und der Prämienverbilligungen

Kantonsanteil pro Kopf, ohne Ergänzungsleistungen/Sozialhilfe



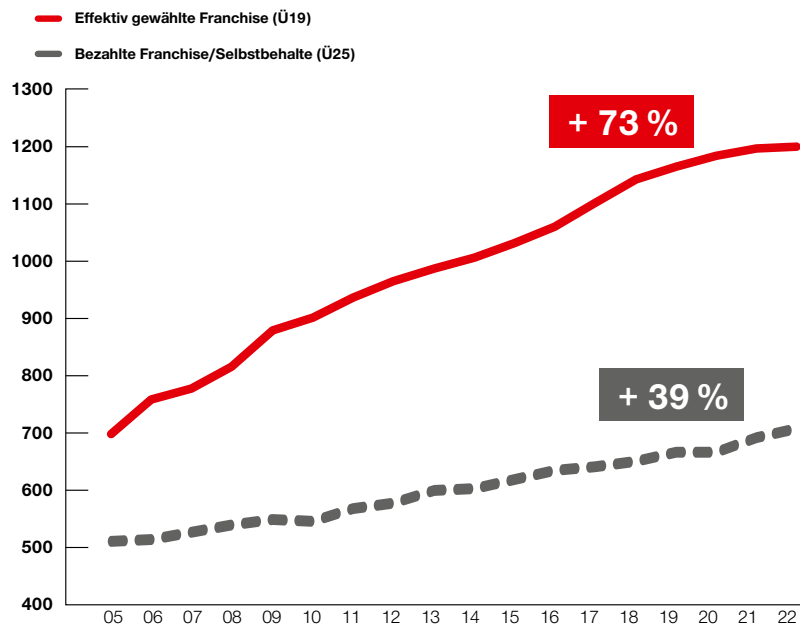
Quelle: BAG, Seco, Berechnungen SGB, Prämien: Standardprämien über alle Altersklassen

Nicht nur die Krankenkassenprämien steigen, sondern auch die Selbstzahlungen

Die Menschen zahlen immer mehr selbst, und dies nicht nur in der Grundversicherung, sondern auch für Gesundheitsleistungen, die nicht von der Grundversicherung gedeckt sind. Die zwei grössten Ausgabenposten sind Zahnpflege und Arzneimittel. Während in fast allen europäischen Staaten die Krankenversicherung zumindest einen Teil der Behandlungskosten beim Zahnarzt übernimmt, muss in der Schweiz fast alles aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Pro Jahr sind dies mittlerweile fast 4 Milliarden Franken. Das entspricht fast 450 Franken pro Person. Hinzu kommen jährlich fast 4 Milliarden Franken für Medikamente und Verbrauchsgüter (z.B. Masken, Pflaster, Verbände). Zusammen genommen betragen all diese Selbstzahlungen mittlerweile fast 19 Milliarden Franken pro Jahr – und sie sind über die letzten Jahre stark gestiegen.

Aufgrund der stark gestiegenen Prämien wählen immer mehr Versicherte eine höhere Franchisestufe, weil sie dadurch bis zu 1500 Franken pro Jahr sparen können. Heute beträgt die durchschnittlich gewählte Franchise über 1200 Franken. Das Problem: Werden die Menschen dennoch krank, wird Gesundheit für sie erst recht unbezahlbar.

Versicherte tragen immer mehr zu den Gesundheitskosten bei

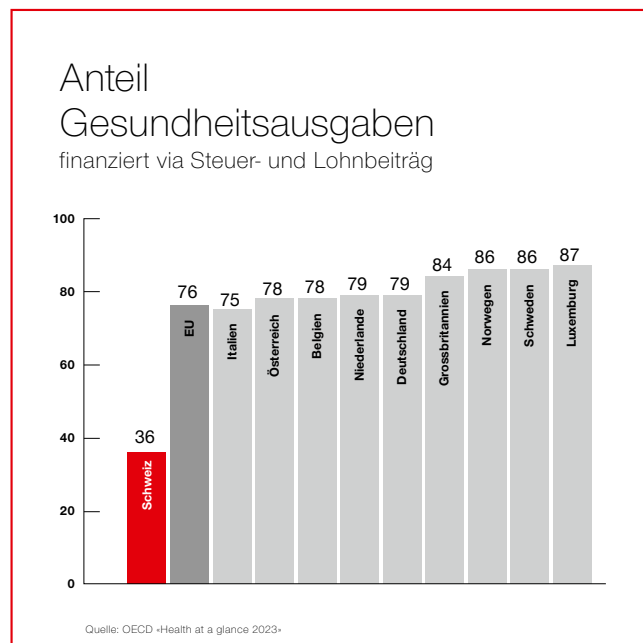


Quelle: Statistiken zur Obligatorische Krankenpflegeversicherung, BAG

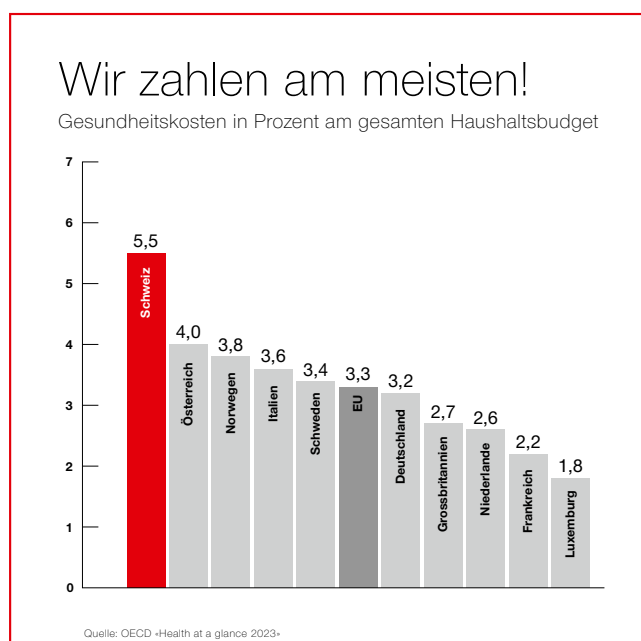
Internationale Situation

Diese Finanzierungsart des Schweizer Gesundheitswesens ist auch im internationalen Vergleich unüblich. In keinem Land Europas müssen die Menschen mehr aus der eigenen Tasche zu den Gesundheitskosten beitragen als in der Schweiz.

In fast allen EU-Ländern werden rund 80 Prozent der Gesundheitsausgaben hauptsächlich durch Steuer- und Lohnbeiträge finanziert. In der Schweiz liegt dieser Wert bei nur 36 Prozent. Etwa 42 Prozent der Ausgaben werden in der Schweiz durch die einkommensunabhängigen Kopfprämien finanziert und mehr als 22 Prozent durch die erwähnten Selbstzahlungen.



Hierzulande müssen die Haushalte durchschnittlich 5,5 Prozent ihres verfügbaren Einkommens direkt für Gesundheitsausgaben aufwenden. Im gesamten EU-Raum sind es 2 Prozentpunkte weniger, und im (ebenso) reichen Luxemburg beläuft sich der Wert auf 1,8 Prozent und entspricht weniger als einem Drittel der Ausgaben in der Schweiz.



Interkantonale Unterschiede

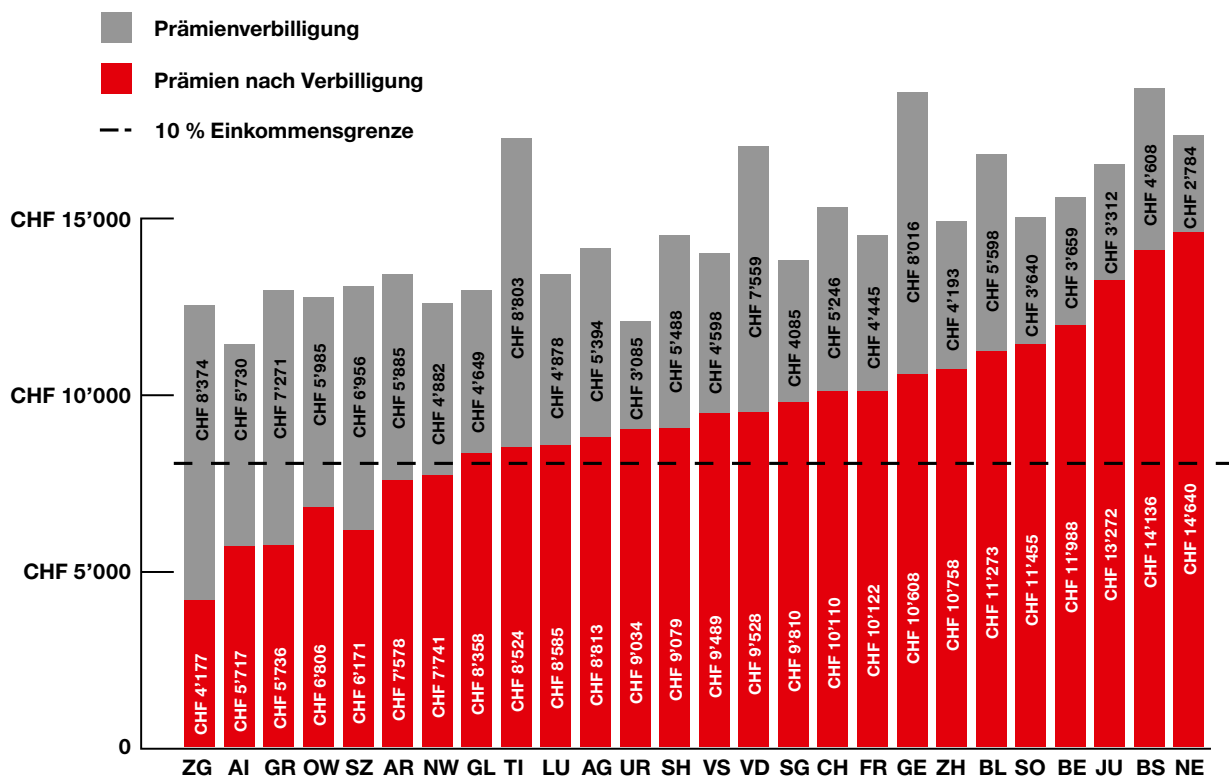
Ein Vergleich zwischen den Kantonen zeigt, wie unterschiedlich stark die Prämien das Budget der Menschen belasten – auch nach der Prämienverbilligung.

Eine vierköpfige Familie mit 2 Minderjährigen und einem Bruttoeinkommen von 80'000 Franken muss in Olten (SO) heute über 14 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 11'455 Franken, für die Krankenkasse aufwenden. Wohnt dieselbe Familie ein paar Bahnkilometer weiter östlich in Aarau (AG), zahlt sie «nur» 8'813 Franken, d. h. 11 Prozent ihres Brutto-Einkommens (bei beinahe identischer Steuerbelastung).

Noch frappanter sind die Unterschiede zum Beispiel zwischen Zug und Zürich. Dieselbe Familie muss in Zürich 13,4 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 10'758 Franken, für die Krankenkasse aufwenden. Wohnt sie in Zug, zahlt sie 5,2 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 4'177 Franken.

Nettoprämien und individuelle Prämienvergünstigungen

für eine Familie mit 2 Kindern und einem Bruttoeinkommen von 80'000 Franken



Quelle: OECD «Health at a glance 2023»

Das führt zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen. Kürzlich gaben in einer Sotomo-Umfrage¹ fast 20 Prozent der Bevölkerung an, im letzten Jahr aus finanziellen Gründen auf einen Besuch bei der Ärztin verzichtet zu haben. Zweiklassenmedizin wird schleichend zur Realität.

¹ Quelle: Monitoring primäre Gesundheitsversorgung, Umfrage Dezember 2022, SOTOMO (<https://sotomo.ch/site/projekte/monitoring-primare-gesundheitsversorgung/>)

Die Prämien-Entlastungs-Initiative

Was fordert die Initiative?

Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative werden die Krankenkassenprämien gedeckelt und dürfen neu nicht mehr als 10 Prozents des verfügbaren Einkommens ausmachen.

Die Initiative will zudem einen fixen Verteilschlüssel für die Finanzierung der Prämienverbilligungen festlegen. Künftig soll der Bund zwei Drittel der Gesamtausgaben übernehmen, was die Kantone entlastet und in ihrem Bemühen unterstützt, die Prämienverbilligung auszurichten. Die Kantone sollen ein Drittel finanzieren. Zudem wird den Versicherten so die Prämienverbilligung garantiert, da dies verhindert, dass die Verbilligung unvermittelt gestrichen wird, wenn die kantonalen Finanzen im Minus sind oder die bürgerlichen Kantone wieder mal eine Abbaurunde planen.

Wer profitiert von der Initiative?

Die Krankenkassenprämien sind wie eine Steuer, die alle bezahlen müssen. Doch im Gegensatz zu anderen Steuern sind diese nicht begrenzt und steigen jedes Jahr. Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative wird eine Deckelung bei 10 Prozent des verfügbaren Einkommens gefordert. Das kommt nicht nur Personen mit tiefen Löhnen zugute, sondern auch solchen mit mittleren Einkommen. Damit schützt die Initiative die Kaufkraft der Menschen und stärkt unsere Wirtschaft.



Familie mit 2 Kindern

Eine vierköpfige Familie mit einem durchschnittlichen Haushaltseinkommen von zusammen 9'000 Franken netto spart monatlich mehrere Hundert Franken.



Pensionierte und Einzelpersonen

Pensionierte und Einzelpersonen mit einem Netto-Einkommen bis zu 5'000 Franken profitieren von der geforderten Deckelung der Prämien.

Politik wird zum Handeln gezwungen

Die vereinte Lobby von Krankenkassen, Pharmakonzernen und gewinnorientierten Spitälern hat zusammen mit den bürgerlichen Parteien bisher verhindert, dass die Politik griffige Gesetze zur Senkung der Gesundheitskosten erlässt. Die Gesundheitslobby maximiert so die Profite. Die Rechnung bezahlen wir alle über die Prämien. Die Prämien-Entlastungs-Initiative spielt den Ball wieder der Politik zu: Die Initiative deckelt die Prämien bei 10 Prozent des Einkommens. Bei einer Annahme verschiebt sich der Druck der steigenden Gesundheitskosten und daher steigenden Prämien auf Bund und Kantone. Diese müssen deutlich höhere Prämienverbilligungen ausschütten. Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative erhöht sich ihr Anreiz, die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen.

FAQ

1. Wie will die Initiative das Kostenwachstum im Gesundheitswesen eindämmen?

Die Initiative deckelt die Prämien bei 10 Prozent des Einkommens. Bei einer Annahme verschiebt sich der Druck der steigenden Gesundheitskosten und daher steigenden Prämien auf Bund und Kantone. Diese müssen deutlich mehr Prämienverbilligungen ausschütten und haben damit einen starken Anreiz, endlich bei den Medikamentenpreisen und dem teuren Pseudo-Wettbewerb zwischen den Kassen vorwärts zu machen.

2. Wie lässt sich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen unter Kontrolle bringen?

Das Hauptproblem des Schweizer Gesundheitswesens besteht in seiner unsolidarischen Finanzierung, insbesondere durch die Kopfprämie in der Grundversicherung. Der zweite Handlungsbedarf liegt bei der Verschwendung und Geschäftemacherei im Gesundheitswesen. Das führt zu höheren Kosten.

Es braucht Massnahmen, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Und zwar solche, die weder die Qualität der Gesundheitsversorgung gefährden noch das bereits sehr belastete Gesundheitspersonal stärker unter Druck setzen.

Einige wirksame Massnahmen sind:

— Tiefere Medikamentenpreise

Die Medikamentenpreise in der Schweiz sind im Vergleich zum Ausland viel zu hoch. Für patentgeschützte Medikamente bezahlen wir durchschnittlich 5,4 Prozent mehr als im Ausland, bei den Originalpräparaten mit abgelaufenem Patent beträgt die Differenz 10,8 Prozent und bei Generika sogar 45,5 Prozent. Zudem werden es in der Schweiz auch zu wenige Generika-Medikamente abgegeben (22 Prozent im Vergleich zu 80 Prozent in Deutschland). Daher braucht es eine Generika- und Biosimilar-Pflicht und Referenzpreise. Gemäss santésuisse lassen sich damit bis zu 685 Millionen Franken pro Jahr sparen.

— Grundversorgung und Prävention stärken

Die Ausgaben für die Grundversorgung stagnieren, während die Kosten für Spezialist:innen stark steigen. So sind die Löhne von Spezialist:innen um Faktor zwei bis drei höher als diejenigen der Haus- und Kinderärzt:innen. Dies führt zu einem Mangel an Hausärzt:innen, Psycholog:innen, Kinderärzt:innen und einem Mangel in der Pflege. Daher braucht es bessere Tarife für die Grundversorgung, Erstberatungsstellen – um Spezialist:innen nur bei gegebener Notwendigkeit beizuziehen – und eine rasche Umsetzung der Pflege-Initiative.

— Weniger Doppelspurigkeiten

Die mangelnde Koordination zwischen den Leistungserbringenden führt zu Mehrfachuntersuchungen und unnötigen Doppelspurigkeiten. Daher braucht es u.a. ein breit genutztes elektronischen Patient:inendossier und eine bessere Koordination zwischen Kantonen mit - beispielsweise - eine überregionale Spitalversorgungsplanung.

— Mehr Transparenz

Der grundlegende Konstruktionsfehler des Schweizer Gesundheitswesens besteht darin, dass es gewinnorientiert funktionieren soll. Das führt dazu, dass die profitablen Leistungen von privaten Leistungserbringenden und den privaten Krankenversicherern heiss umkämpft sind, während die Grundversorgung, die Prävention und die Pflege vernachlässigt werden. Das treibt die Gesundheitskosten in die Höhe, ohne dass die Patient:innen davon profitieren. Daher braucht es mehr Transparenz bei den Löhnen und der Finanzierung sowie eine unabhängige Prüfstelle und eine öffentliche Krankenkasse.

3. Wie wird das «verfügbaren Einkommen» berechnet?

Das verfügbare Einkommen entspricht dem steuerbaren Einkommen der direkten Bundessteuer (d.h. die Summe aller Einkünfte reduziert um die in der Steuererklärung gemachten Abzüge). Dazu werden wir Obergrenzen für das Vermögen und für das Einkommen vorschlagen, damit keine Millionäre oder Personen ohne Einkommen aber grosse Vermögen Prämienverbilligungen bekommen werden - auch wenn sie es nicht nötig haben.

Diese Definition wird vom Komitee vorgeschlagen. Die Umsetzung der Initiative ist Kompetenz vom Parlament.

4. Welche Überlegungen stellte der Bund an, als 1996 die obligatorische Krankenversicherung eingeführt wurde?

Bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung 1996 wurde eine Besonderheit beschlossen, die heute noch enorme Auswirkungen auf das Portemonnaie der Bevölkerung hat: Die unsoziale Pro-Kopf-Prämie. Bei allen anderen Sozialversicherungen werden die Prämien entweder über Steuern oder einkommensabhängige Beiträge solidarisch finanziert – nicht so bei den Krankenkassen. Das bedeutet, dass die alleinstehende Rechtsprofessorin die genau gleiche Prämie bezahlt wie ein alleinerziehender Pflegefachmann. Gleichzeitig herrschte 1996 jedoch Konsens, dass die Prämien höchstens 8 Prozent des Haushaltseinkommens ausmachen sollen. Ab dieser Schwelle würde die öffentliche Hand eingreifen und die weiteren Kosten via Prämienverbilligungen finanzieren. Davon, das wissen wir alle, sind wir heute meilenweit entfernt. Während die Löhne stagnieren, haben sich die Prämien in den letzten zwanzig Jahren verdoppelt.