



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens
für die Krankenkassenprämien
(Prämien-Entlastungs-Initiative).
Volksinitiative
und indirekter Gegenvorschlag**

**Maximum 10 pour cent du revenu
pour les primes d'assurance-maladie
(initiative d'allègement des primes).
Initiative populaire
et contre-projet indirect**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)

Präsident (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Wir beraten die Prämien-Entlastungs-Initiative und den indirekten Gegenvorschlag dazu. In der allgemeinen Aussprache über die Volksinitiative behandeln wir auch die Frage des Eintretens auf den indirekten Gegenvorschlag und die Anträge der Minderheiten.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Ich begrüsse Sie zur Debatte zur Prämien-Entlastungs-Initiative der SP. Diese Initiative verlangt, dass keine versicherte Person mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlen muss. Um dies zu erreichen, sollen Bund und Kantone mehr zur Prämienverbilligung beitragen. Der Bund soll mindestens zwei Drittel der Kosten tragen, die Kantone den Rest.

Der Bundesrat beantragt, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Diese verlangt, so der Bundesrat, dass der Bund den überwiegenden Teil der Prämienverbilligung übernimmt, obschon die Gesundheitskosten stark von kantonalen Entscheiden beeinflusst seien, beispielsweise über die Spitalplanung. Zudem berücksichtigt die Initiative gemäss Bundesrat lediglich die Prämienfinanzierung und enthält keine Anreize zur Eindämmung der Gesundheitskosten.

In seiner Botschaft an das Parlament anerkennt der Bundesrat das Problem der Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Das sieht übrigens Ihre vorberatende Kommission, die SGK-N, genau gleich. Der Bundesrat weist auch darauf hin, dass in den vergangenen Jahren gewisse Kantone ihren Beitrag an die Prämienverbilligung nicht im gleichen Mass erhöht haben wie der Bund, und dies trotz der stetig wachsenden Gesundheitskosten. 2020 belief sich der Beitrag des Bundes an die Prämienverbilligung auf 2,9 Milliarden Franken, jener der Kantone auf 2,6 Milliarden Franken. Allerdings sind die Anteile der Kantone sehr unterschiedlich. Sie liegen zwischen 12 und 67 Prozent der Gesamtkosten.

Der Entwurf des Gegenvorschlages des Bundesrates sieht deshalb vor, dass jeder Kanton einen Beitrag zur Prämienverbilligung leistet, der einem Mindestprozentsatz der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Versicherten, die in diesem Kanton wohnen, entspricht. Dieser Prozentsatz soll davon abhängen, wie stark die Prämien nach der Verbilligung die Einkommen der 40 Prozent der Versicherten mit den tiefsten Einkommen belasten. Der bereits von den Kosten abhängige Bundesbeitrag soll gemäss Bundesrat unverändert bleiben. Machen die verbilligten Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens aus, beträgt der Mindestanteil 5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Machen sie 18,5 Prozent oder mehr des Einkommens aus, beträgt der minimale Prozentsatz 7,5 Prozent der Bruttokosten, wie der Beitrag des Bundes. Innerhalb dieser Grenzen erhöht sich der Mindestprozentsatz linear. In den ersten beiden Jahren nach Inkrafttreten beträgt er nur 5 Prozent für alle Kantone.





Mit seinem Gegenentwurf will der Bundesrat die Prämienbelastung der Haushalte wirksamer und nachhaltiger als die Initiative beeinflussen, indem er den Kantonen einen Anreiz gibt, die Bruttokosten der OKP zu dämpfen. Laut Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit würden die Mehrkosten zulasten der Kantone mit dem Gegenvorschlag des Bundesrates im Jahr 2024 rund 600 Millionen Franken betragen. Bei Annahme der Initiative würden sich die Mehrkosten zulasten der Kantone auf 1,1 Milliarden Franken belaufen.

Nach Prüfung der Botschaft des Bundesrates hat sich die Finanzkommission in einem Mitbericht an die SGK-N zur Initiative und zum Gegenvorschlag des Bundesrates geäußert. Sie empfiehlt die Initiative ebenfalls zur Ablehnung, weil sie sich erheblich auf den Bundeshaushalt auswirken würde, ohne dabei den kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitskosten zu bremsen. Gleichzeitig befürwortete die FK-N die Absicht, der Volksinitiative eine Alternative gegenüberzustellen. Sie zeigte sich aber unzufrieden mit dem Gegenvorschlag des Bundesrates. Sie ersuchte deshalb die SGK-N, andere Lösungen zu prüfen, namentlich den Einbezug der durchschnittlichen Krankenkassenprämien in den Index der Konsumentenpreise.

Ihre Kommission hat im Weiteren Vertretungen des Initiativkomitees, der Kantone, der Versicherer und der Versicherten sowie der Leistungserbringer angehört. Die Kommission trat mit 14 zu 11 Stimmen auf den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates ein. Angesichts des engen thematischen Zusammenhangs mit der Kostenbremse-Initiative der Mitte, die wir Anfang der Session beraten haben, hat die SGK-N die jeweiligen Gegenvorschläge koordiniert beraten.

Die Kommission hat den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates zur Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien" in einer ersten Lesung im April 2022 beraten. Dabei wollte sie, wie vom Bundesrat vorgeschlagen, die Kantone verpflichten, einen minimalen Gesamtbetrag für die Prämienverbilligung einzusetzen, womit die Kosten für die Kantone um 490 Millionen Franken steigen würden. Mit 14 zu 11 Stimmen lehnte es die Kommission damals noch ab, die Prämienverbilligungen für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen separat zu finanzieren, was die Kantone weitere 800 Millionen Franken und den Bund 1,3 Milliarden Franken gekostet hätte. Einstimmig will die Kommission aber die Kantone verpflichten, festzulegen, welchen Anteil die Prämien am verfügbaren Einkommen in ihrem Kanton höchstens ausmachen dürfen. Ein solches kantonal definiertes Sozialziel würde für mehr Transparenz sorgen. Zudem würde es die Kantone nach Ansicht der Kommission motivieren, Kosten zu dämpfen, wenn sie ihr Sozialziel sonst nicht einhalten können.

In einer zweiten Lesung sprach sich die Kommission schliesslich dafür aus, dem Plenum des Nationalrates ein neues Modell zum Ausbau der individuellen Prämienverbilligung vorzuschlagen, das auf dem Entwurf des Bundesrates aufbaut, diesen aber wie folgt ändert:

Erstens sollen die Kantone zwar verpflichtet werden, einen minimalen Gesamtbeitrag für die Prämienverbilligung einzusetzen. Sie sollen dabei aber auch die Verlustscheine

AB 2022 N 1208 / BO 2022 N 1208

anrechnen dürfen, die sie für nicht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen übernehmen.

Zweitens sollen die Prämienverbilligungen für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen nach den Regeln des Ergänzungsleistungsgesetzes von Bund und Kantonen separat finanziert werden.

An dem in der ersten Lesung beschlossenen Sozialziel hielt die Kommission stillschweigend fest.

Das Modell des Bundesrates würde die Kantone, berechnet auf der Datenbasis von 2020, 490 Millionen Franken mehr kosten. Davon könnten sie nach dem Antrag der Kommissionsmehrheit 380 Millionen Franken für die Übernahme der Verlustscheine einsetzen. Die separate Finanzierung der Prämien der Ergänzungsleistungen würde den Bund zusätzlich 1,3 Milliarden Franken und die Kantone zusätzliche 800 Millionen Franken kosten. In der Summe dürften Bund und Kantone zusammen rund 2,2 Milliarden Franken zusätzlich aufwenden.

Mit 17 zu 8 Stimmen empfiehlt die Kommission, die Volksinitiative abzulehnen. Dem indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative stimmte die Kommission in der Gesamtabstimmung schliesslich mit 16 zu 9 Stimmen zu.

Aeschi Thomas (V, ZG): Ich frage Sie als Kommissionssprecher: Der Antrag der SGK-N verteilt das Bundesgeld doch sehr ungleich. Der Kanton Zug würde zum Beispiel 9 Millionen Franken mehr erhalten, der Kanton Basel-Stadt aber siebenmal mehr, obwohl die Bevölkerungszahl nur knapp doppelt so gross ist. Können Sie mir sagen, weshalb die 9 Kantone mit den höchsten Prämien profitieren, während die anderen 17 Kantone mit tieferen Prämien gemäss dem Antrag der Kommission nur unterdurchschnittliche Bundesbeiträge erhalten?

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Es war der Kommission des Nationalrates eben ein Anliegen,



in ihrem Gegenvorschlag den Ausgleich zu schaffen zwischen den Kantonen, die heute weniger Prämienverbiligung zahlen, und denjenigen, die das volle Ausmass bereits ausschöpfen. Entsprechend ergeben sich auch Differenzen in der Neugestaltung und Umsetzung dieses Gegenvorschlages für die Kantone.

Roduit Benjamin (M-E, VS), pour la commission: Nous abordons la deuxième mi-temps de notre débat estival sur les initiatives et contre-projets relatifs aux coûts de la santé et à leur financement. Lors de la première semaine de session, il s'agissait de prévoir un frein aux coûts de la santé et, durant cette semaine, nous devons trouver un mécanisme visant à permettre aux classes moyennes et inférieures de faire face à la charge toujours plus lourde des primes d'assurance-maladie. D'un objectif de coûts nous passons donc à un objectif social.

Ainsi, après quatre séances, la majorité de la commission est en mesure de vous proposer un contre-projet qui s'inscrit dans cette logique de compromis. Le fameux article 54 proposé par notre collègue Lorenz Hess, fixant le principe d'objectifs en matière de coûts et de qualité, ayant été adopté lors de la première semaine de session, nous pouvons espérer que vous suivrez les propositions de la majorité qui sont le fruit d'un travail efficace, sérieux et équilibré.

Mais reprenons au début. Il y a eu tout d'abord le dépôt de l'initiative populaire du Parti socialiste, dite initiative d'allègement des primes, dont la récolte de signatures a abouti le 23 janvier 2020. Le Parti socialiste, par cette initiative, demande qu'aucun assuré ne soit tenu de payer plus de 10 pour cent de son revenu disponible pour les primes d'assurance-maladie. Pour y parvenir, il prévoit que la Confédération et les cantons contribuent davantage aux réductions de primes. La Confédération prendrait en charge deux tiers des dépenses, les cantons assumant le reste. Pour rappel, la charge des primes s'élève en moyenne à 14 pour cent du revenu. Les coûts supplémentaires – en se basant sur l'année 2020 – sont estimés à 3,7 milliards de francs pour la Confédération et 800 millions pour les cantons.

Le 17 septembre 2021, le Conseil fédéral a proposé un contre-projet à cette initiative estimant que celle-ci tient compte uniquement du financement des primes, sans incitation à freiner la hausse des coûts de la santé. Il reconnaît certes le problème de la charge des primes d'assurance-maladie qui pèse sur les ménages suisses, mais on ne parlait pas encore, à ce moment, de compromis possible entre les initiatives et les contre-projets, respectivement du Centre et du Parti socialiste.

De plus, selon le Conseil fédéral, l'initiative se tromperait de cible en exigeant de la Confédération qu'elle contribue de manière majoritaire aux réductions de primes, alors même que les coûts de la santé sont fortement influencés par les décisions cantonales, notamment dans le domaine de la planification hospitalière.

Et nous voilà repartis dans l'éternel bras de fer entre la Confédération et les cantons. En fait, grâce à un postulat de notre collègue Ruth Humbel, 17.3880, le Conseil fédéral relève dans un rapport établi le 20 mai 2020 que, ces dernières années, certains cantons n'ont pas augmenté leur contribution aux réductions de primes dans les mêmes proportions que la Confédération, et ce malgré la hausse continue des coûts de la santé.

Je vous livre quelques chiffres: en 2020, la contribution de la Confédération aux réductions de primes s'élevait à 2,9 milliards de francs, soit 52 pour cent, et celle des cantons à 2,6 milliards. Or, si la part de la Confédération, qui s'élève à 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins a suivi leur évolution à la hausse, celle de plus de la moitié des cantons est restée, en 2020, identique à celle de 2010, et elle a même diminué dans certains cantons. Il faut dire que leurs contributions sont très variables. Elles oscillent entre 12 et 67 pour cent du total, ce qui crée des inégalités de traitement.

D'où la volonté du Conseil fédéral, dans son contre-projet, de lier désormais la contribution cantonale aux coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit pour chaque canton d'affecter aux réductions de primes un montant qui corresponde à un pourcentage minimal des coûts générés par les assurés domiciliés sur son territoire.

Ce pourcentage dépendra de la charge que les primes font peser sur les 40 pour cent des assurés aux revenus les plus bas. La contribution fédérale, qui est déjà, comme on l'a vu, liée aux coûts, resterait en revanche inchangée. Si le montant des primes à payer représente moins de 10 pour cent du revenu, le pourcentage minimal des coûts bruts s'élève à 5 pour cent. Si le montant des primes d'assurance-maladie représente 18,5 pour cent ou plus du revenu, le pourcentage minimal s'élève à 7,5 pour cent, comme le subside de la Confédération. Entre ces limites, le pourcentage augmente de manière linéaire. Les deux premières années après l'entrée en vigueur, il ne s'élève qu'à 5 pour cent pour tous les cantons.

Le contre-projet du Conseil fédéral devrait ainsi permettre d'agir plus efficacement et durablement sur la charge financière que représentent les primes pour le budget des ménages. Il incite en plus les cantons à maîtriser les coûts bruts. Selon les estimations de l'Office fédéral de la santé publique, les coûts supplémentaires à la



charge des cantons s'élèvent, si l'on se base sur l'année 2020, à environ 490 millions francs.

Le problème, et vous l'avez bien compris, est que les cantons n'accepteront jamais d'assumer seuls les coûts supplémentaires. Dans leur détermination, ils exigent que l'effort de la Confédération soit au moins équivalent à celui des cantons. D'où, en particulier, les modifications apportées par notre commission au contre-projet du Conseil fédéral.

Après avoir, le 27 octobre 2021, mené des auditions avec les principaux partenaires de la santé et l'Office fédéral de la santé publique, la commission a accepté d'entrer en matière le 12 janvier 2022, par 17 voix contre 8. Dans l'intervalle, elle avait également pris connaissance des recommandations de la Commission des finances du Conseil national visant à rejeter l'initiative ainsi que le contre-projet, qu'elle a adoptés respectivement par 14 voix contre 9 et 2 abstentions et par 9 voix contre 7 et 9 abstentions. Au sujet du contre-projet, elle

AB 2022 N 1209 / BO 2022 N 1209

se montrait favorable sur le fond mais insatisfaite de la mouture, et invitait notre commission à analyser d'autres pistes.

Vu la complexité du sujet, et notamment des questions relatives au calcul du montant total minimal que devaient consacrer les cantons aux réductions de primes, une sous-commission de six membres a été créée. Elle avait aussi pour mission, selon la volonté unanime de la commission, de traiter les deux contre-projets en parallèle et cela en vue du compromis cité auparavant.

Après quatre séances, la sous-commission a été en mesure de présenter une synthèse qui a encore fait l'objet de deux lectures en plénière. C'est dire si les débats ont été intenses. De plus, près d'une dizaine de rapports auront permis d'aborder de manière exhaustive tous les enjeux du projet et d'y apporter les modifications nécessaires.

Ainsi, lors d'une première lecture, le 27 avril dernier, la commission a accepté par 16 voix contre 9 le modèle du Conseil fédéral. Ensuite, elle a apporté les modifications suivantes: premièrement, les cantons seront certes obligés de consacrer un montant total minimal aux réductions de primes, mais ils pourront prendre en compte dans ce montant les actes de défaut de biens lors de la prise en charge de primes ou de participations aux frais non payées; deuxièmement, les réductions de primes accordées aux bénéficiaires de prestations complémentaires seront financées séparément selon les règles prévues par la loi fédérale régissant les prestations complémentaires, à savoir que cinq huitièmes sont pris en charge par la Confédération et trois huitièmes, par les cantons.

La commission a également souhaité à l'unanimité que les cantons soient obligés de définir un objectif social. Ces derniers devront ainsi fixer le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton. Un tel objectif social améliorera la transparence. La commission estime par ailleurs que les cantons seront de cette manière incités à contenir les coûts.

Et pourquoi a-t-il fallu une deuxième lecture? Parce que les coûts supplémentaires, bien que moindres en comparaison de l'initiative, sont énormes, tant pour la Confédération que pour les cantons, et qu'ils ont fait l'objet de nombreuses divergences.

Reprenons. Premièrement, le modèle du Conseil fédéral coûterait 490 millions de francs supplémentaires à la charge des cantons, montant qui pourrait être abaissé de 283 millions si l'on prend en considération les actes de défaut de biens. Deuxièmement, le modèle de la majorité de la commission, en raison du financement distinct des primes accordé aux bénéficiaires de prestations complémentaires, représenterait des coûts supplémentaires à hauteur de 1,3 milliard de francs pour la Confédération et de 900 millions de francs pour les cantons. Au total, la Confédération et les cantons devraient ainsi engager environ 2,2 milliards de francs supplémentaires.

Est-ce trop? Oui, permettez-moi de reprendre la métaphore, si on oublie les buts marqués lors de la première mi-temps du match, il y a deux semaines, concernant les objectifs en matière de coûts et de qualité. Non, si on s'engage à faire aboutir le plus rapidement possible d'autres réformes comme EFAS – financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires –, la régulation des prix des médicaments ou encore le fameux article 47c la loi sur l'assurance-maladie qui porte sur les conventions entre partenaires tarifaires étendues aux cantons. Non encore, si l'on considère que cet automne, les citoyens, tous assurés et contribuables comme vous et moi, devront faire face à une hausse des primes d'environ 8 pour cent, à l'augmentation du prix de l'essence et de l'électricité et probablement à une forte inflation.

La majorité de la commission vous recommande, premièrement, par 17 voix contre 8, de rejeter l'initiative populaire. Une minorité de gauche soutiendra de toute évidence sa propre initiative. Deuxièmement, elle vous invite, par 16 voix contre 9, à accepter le contre-projet indirect élaboré en commission. Une minorité estime qu'un pourcentage fixe du revenu crée de fausses incitations dans la mesure où l'on pourrait renoncer vo-



lontairement à un revenu pour bénéficier de fonds publics. De plus, elle rappelle que la planification et le financement des prestations de santé ainsi que la réduction des primes d'assurance-maladie sont avant tout une affaire cantonale et que les réglementations du contre-projet n'ont pas leur place au niveau national. Mais vous l'aurez compris, ces arguments ne devraient pas peser bien lourd au moment où l'on joue ici, sur le terrain du Parlement, l'une des parties les plus importantes de la législature: celle d'un système de santé accessible à toutes et à tous.

Gysi Barbara (S, SG): Ich vertrete die Minderheit, die die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien" zur Annahme empfiehlt. Ich bin auch Mitglied des Initiativkomitees. Mit meinem Minderheitsantrag wollen wir die Volksinitiative zur Annahme empfehlen.

Eine gute Gesundheitsversorgung ist wichtig. Die Schweiz rühmt sich, ein gutes Gesundheitswesen zu haben. Doch Gesundheit und Gesundheitsversorgung müssen bezahlbar sein, was aber für viele immer weniger der Fall ist. In der Schweiz wird ein sehr hoher Anteil der Gesundheitskosten aus der eigenen Tasche berappt. Davon wiederum machen die Krankenkassenprämien, die nach dem für alle gleich unsozialen System der Kopfsteuer erhoben werden, den Löwenanteil aus. Die unsozialen Kopfprämien treffen Menschen mit kleinen und mittleren Einkommen ungleich stärker. Unabhängig davon, ob man Reinigungsfachfrau, Verkäufer, Kassierin, Handwerker oder Bankdirektorin ist – alle werden mit den gleich hohen Prämien belastet, obschon die Löhne unterschiedlich hoch sind. Das ist ungerecht; das ist ein Problem. Für Menschen mit kleinen und normalen Einkommen ist die Belastung nicht mehr tragbar, wo sie doch bis zu 20 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien abgeben müssen. Wir haben ganz klar ein Kostenverteilungsproblem. Das spricht diese Volksinitiative eben an.

Die extreme Belastung durch die hohen Kosten führt dazu, dass im letzten Jahr 16 Prozent der Bevölkerung aus wirtschaftlichen Gründen nicht zur Ärztin oder zum Arzt gegangen sind. Fast 12 Prozent der Personen haben eine notwendige Weiterbehandlung nicht in Anspruch genommen wegen der Kosten, die sie selber tragen müssten, und weil sie diesen Aufwand scheuen. Das ist ein grosses Problem. Wir müssen in Bezug auf die Krankenkassenprämien handeln und daher diese maximale Belastungsgrenze einführen.

Bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1995 belief sich die durchschnittliche Belastung durch die Prämien auf rund 6 Prozent. Es gab damals das Versprechen, diese unsozialen Kopfprämien über die Prämienverbilligung sozial abzufedern. Damals ging man davon aus, dass man maximal 8 Prozent des verfügbaren Einkommens sollte bezahlen müssen. Dies ist aber nirgends im Gesetz schriftlich festgehalten, zumal wir heute weit von diesem Wert entfernt sind.

Die SP und der Gewerkschaftsbund haben im Jahr 2019 die Volksinitiative lanciert, die dann im Januar 2020 eingereicht worden ist. Sie formuliert, wie schon erwähnt, ein Sozialziel, wonach man maximal 10 Prozent des verfügbaren Haushalteinkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben muss. Heute haben wir die Situation, dass die durchschnittliche Belastung bei 14 Prozent liegt, in einzelnen Kantonen oder bestimmten Haushaltstypen kann sie bis zu 20 Prozent betragen. Das ist schon seit Langem so. In diesem Herbst folgt ein weiterer grosser Prämienschok. Es heisst, dass die Prämien bis zu 10 Prozent ansteigen könnten – mitten in einer Phase, in der wir sowieso eine hohe Teuerung haben. Das Problem verschärft sich also immer mehr.

Die Krankenkassenprämien sind seit Einführung des KVG um 142 Prozent gestiegen, die Löhne in der gleichen Zeit gerade mal um 15 Prozent und die AHV-Renten um 9 Prozent. Skandalös ist, dass die Mittel für die Prämienverbilligung nur gerade um 41 Prozent angestiegen sind. Der Bundesbeitrag an die Kosten für die Prämienverbilligung ist zwar stabil, weil er sich an den Gesundheitskosten orientiert. Die Kantone machen bei der Prämienverbilligung aber schlicht, was sie wollen. Viele haben auf dem Buckel der Prämienzahlenden gespart und nicht genügend Mittel draufgelegt.

AB 2022 N 1210 / BO 2022 N 1210

Skandalös ist, dass neun Kantone heute sogar weniger Mittel für die Prämienverbilligung ausgeben als vor zehn Jahren, obwohl die Prämien massiv gestiegen sind. Die Prämienverbilligung wird also massiv und systematisch ausgehöhlt.

Ein weiteres drängendes Problem ist, dass immer mehr Mittel für die Prämienverbilligung für Menschen, die Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe beziehen, eingesetzt werden müssen. So bleibt für die ordentliche Prämienverbilligung für Familien, Einzelpersonen, Paarhaushalte oder eben auch Rentnerinnen immer weniger Geld. Das Ziel wird total verfehlt.

Der indirekte Gegenvorschlag ist zwar ein Tropfen auf den heissen Stein. Das Ziel, dass die Leute in der ganzen Schweiz gleichbehandelt werden, erreicht er nicht. Darum ist die Initiative, die das Ziel auch in der Verfassung festschreiben will, der einzig richtige Weg.



Ich bitte Sie sehr, die Volksinitiative zu unterstützen.

Präsident (Candinas Martin, emprim vicepresident): (*discurra sursilvan*) Las minoritads de Courten vegnan represchentadas da signur Glarner.

Glarner Andreas (V, AG): Das ganze Elend begann damals mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), ein Konstrukt, bei dem die damalige – und jetzt hören Sie gut zu – SP-Bundesrätin Dreifuss versprach, dass die Kosten mindestens stabil bleiben würden. Die SVP warnte damals vor den Folgen, und sie hat einmal mehr recht bekommen. Diese Vorlage ist genauso irreführend wie die Prämienverbilligung. Auch diese hat ausser massiven Kosten nichts gebracht. Ursprünglich kostete uns die Prämienverbilligung einmal 1,5 Milliarden Franken, inzwischen sind es 5 Milliarden Franken. Es ist wie auf der Richterskala für Erdbeben: Es ist nach oben offen.

Nun versuchen Sie es mit einem neuen Placebo, welches ebenso wenig Wirkung zeigen wird. Wenn nämlich jemand anderes bezahlt, also der Steuerzahler neu noch einmal viel mehr bezahlt, so sinkt der Druck auf die Prämienzahlenden. Die Kosten werden munter weiter explodieren. Strukturschwache Kantone mit hohen Kosten und tiefen durchschnittlichen Einkommen würden zusätzlich extrem belastet. Wie es Kollege Aeschi schon gesagt hat: Die Kantone, in denen sich die Bürger noch ein bisschen Mühe geben, die Kosten nicht explodieren zu lassen, würden noch mehr belastet. Wer wählt denn noch ein günstigeres Modell, wenn die Prämien durch ein neues Gesetz begrenzt werden, egal ob der Bürger nun spart oder nicht?

Wenn es nicht so traurig wäre, könnte man darüber lachen, denn ausgerechnet die Partei, deren Minister hauptverantwortlich sind für den ganzen Schlamassel, kommt nun mit untauglichen Rezepten, um dem Volk Sand in die Augen zu streuen und vom eigenen Totalversagen abzulenken. Wenn Sie wirklich etwas zur Kostensenkung oder wenigstens zum Stopp des stetigen Anstiegs der Kosten beitragen möchten, dann helfen Sie uns, den unsäglichen Vertragszwang zu beseitigen. Wenn Sie wirklich etwas dazu beitragen wollen, dann helfen Sie mit, den Parallelimport von Medikamenten und Hilfsmitteln zu erlauben. Wenn Sie wirklich etwas dazu beitragen wollen, dann helfen Sie mit, generell die Zulassung von Medikamenten und Produkten zu vereinfachen. Es gibt Hunderte von Möglichkeiten, die Kostenexplosion zu stoppen. Leider verhindern Lobbyisten und die Untätigkeit des BAG jegliche Verbesserung.

Zusammenfassend gesagt: Sowohl die Initiative als auch der untaugliche Gegenvorschlag werden ausser gigantischen Mehrkosten, vor allem für die Kantone, nichts bringen.

Ich empfehle Ihnen deshalb namens der SVP-Fraktion, nicht darauf einzutreten.

Präsident (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Das Wort für die Anträge seiner Minderheit geht an Herrn Thomas Aeschi. Herr Aeschi ist nicht im Saal. Herr Rösti, begründen Sie die Anträge der Minderheit Aeschi Thomas?

Rösti Albert (V, BE): Herr Aeschi hat wahrscheinlich gerade eine wichtige Fraktionsaufgabe, (*Heiterkeit*) deshalb spreche ich kurz, nicht dass es heisst, die Minderheitsanträge würden hier nicht vertreten, denn es sind nämlich wichtige Minderheitsanträge, die wir hier eingereicht haben.

Bei Artikel 65 Absatz 1sexies befürwortet die Minderheit I (Aeschi Thomas) die Fassung gemäss Bundesrat. Demnach sollten die Ergänzungsleistungen nicht berücksichtigt werden, d. h., es gilt dann eben, den tieferen Betrag zu entschädigen. Für die Kantone heisst das, dass die Ergänzungsleistungen separat ausgewiesen werden, und dementsprechend müssen sie hier nicht den höheren Anteil bezahlen. Wir erachten dies als ausreichend; die Belastung für die Kantone wäre dann bei knapp 500 Millionen Franken.

Wir bitten Sie, in erster Linie dieser Minderheit zuzustimmen.

Sollte dies nicht möglich sein, gibt es als Variante die Minderheit II (de Courten). Hier geht es darum, dass insbesondere mindestens die Schuldzinsen angerechnet werden könnten – nein, nicht die Schuldzinsen, Entschuldigung, das ist falsch. Sie sehen, ich bin nicht ganz im Detail vorbereitet, aber Sie wissen, was ich meine. (*Zwischenruf des Kommissionssprechers: Die Verlustscheine!*) Die Verlustscheine – mir ist das Wort nicht in den Sinn gekommen. (*Heiterkeit*) Jetzt wissen Sie, worum es geht, es ist nämlich etwas kompliziert. In den verschiedenen Varianten geht es darum, ob die Ergänzungsleistungen separat ausgewiesen oder angerechnet werden. Wenn sie nicht angerechnet werden können, kostet es mehr. Es geht im Antrag der Minderheit II (de Courten) auch darum, ob die Verlustscheine – danke, Herr Kommissionssprecher – von jenen, die nicht zahlen, angerechnet werden oder nicht. Wir möchten natürlich, dass sie angerechnet werden und somit der Betrag jeweils weniger hoch ausfällt.

Dann liegt bei Artikel 65 Absatz 6 ein Antrag der Minderheit Aeschi Thomas vor: "Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten



Versicherten. Diese Angaben umfassen auch die Staatsbürgerschaft." Wir möchten hier, dass klar ist, wer diese Bezüge macht. Der Bundesrat soll die nötigen Vorschriften erlassen. Ich glaube, es ist sachgerecht, dass wir wissen, welche Staatsbürgerschaft die Leute haben, die hier profitieren.

Der Antrag, dass die Personendaten auch die Staatsbürgerschaft umfassen sollen, bedingt auch, dass Artikel 84 entsprechend um Absatz 2 ergänzt wird.

So viel zu den Minderheitsanträgen von Kollege Aeschi; ich hoffe, dass das Amtliche Bulletin das etwas eleganter umsetzt (*Heiterkeit*) und dass ich nicht ein Leben lang mit diesem "Gestagel" aufgeführt werde.

Ich danke Ihnen. Ich wollte Sie nicht nur belustigen. Bitte stimmen Sie auch den Minderheitsanträgen zu!

Maillard Pierre-Yves (S, VD): La prime d'assurance-maladie est un impôt qui a deux particularités. La première, c'est que c'est un impôt qui ne tient pas compte de la capacité contributive de ceux qui le paient. En gros, plus on est nombreux, plus on paie cher; et si on est issu d'un milieu aisé, les primes d'assurance-maladie peuvent représenter des charges de 2 à 3 pour cent du revenu, si l'on vient d'un milieu modeste ou de la classe moyenne, cela peut aller jusqu'à 20 pour cent du revenu. C'est la première particularité.

La deuxième particularité, c'est qu'il s'agit quasiment du seul impôt qui augmente chaque année sans débat et sans opposition de l'UDC qui, pourtant, d'habitude, est contre les hausses d'impôt, et sans opposition d'ailleurs de tous ceux qui sont d'habitude contre les hausses d'impôt. Ce sont donc deux particularités qui font particulièrement mal à la classe moyenne.

Le prix de ce système, qui était censé peser de 8 à 10 pour cent du revenu des gens à sa création, atteint maintenant près de 20 pour cent dans certaines situations et dans certains cantons. Je crois que tout le monde admet que cette situation ne peut plus durer très longtemps. Ceux qui en doutent sont invités à écouter les réactions de la population cet automne au moment où la brutale hausse des primes qui s'annonce aura été confirmée.

Nous devons donc agir, nous devons faire quelque chose non seulement pour alléger la charge que représentent les primes d'assurance-maladie, mais aussi pour diminuer les

AB 2022 N 1211 / BO 2022 N 1211

coûts. C'est ce que la commission a essayé de faire, d'abord en sous-commission puis en commission plénière. Votre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a essayé de traiter le problème selon ces deux aspects: des mesures si possible efficaces sur les coûts – on en a parlé durant la première semaine de la session – et des mesures efficaces sur les primes, sur la façon de supporter la charge que représente l'assurance-maladie.

Nous sommes maintenant dans la deuxième partie. Il faut répartir la charge de l'assurance-maladie un peu autrement, au moins pour ceux dont l'effort dépasse les 10 pour cent et atteint parfois les 20 pour cent.

Pour vous en convaincre, pensez simplement à ce qui va se passer cet automne. Alors que nous connaissons une hausse des prix de près de 3 pour cent, une hausse d'impôt s'ajoutera à cela par le biais de l'augmentation des primes d'assurance-maladie et, ironie du sort supplémentaire, le peuple suisse est invité à accepter encore une hausse de la TVA pour financer l'AVS. Les deux impôts les plus injustes – la TVA et les primes d'assurance-maladie – sont amenés à augmenter cet automne. Et cela semble correct, cela semble acceptable pour la majorité qui d'habitude hurle contre toute hausse d'impôt. C'est le monde à l'envers! On ne peut pas continuer comme cela.

La commission, je crois, l'a bien compris. Nous avons essayé de trouver un compromis sous la forme d'un contre-projet indirect pragmatique et efficace. Bien sûr qu'il coûterait quelque chose. On ne peut rien faire dans ce domaine sans que cela coûte quelque chose. Dans un système où chaque pour cent de hausse représente plus de 300 millions de francs, si nous voulons soulager un peu le budget des gens, il est évident qu'en dessous d'une somme de l'ordre de 2 milliards de francs, il est très difficile de produire un effet qui ait vraiment un impact sur les gens et qui ne soit pas "nettoyé" en une année de hausse des coûts de la santé.

Le compromis comporte trois points. D'abord, on ne tient plus compte des prestations complémentaires pour la réduction des primes d'assurance-maladie. Les prestations complémentaires n'ont rien à voir là-dedans; elles relèvent de la politique sociale. La réduction des primes d'assurance-maladie est un correctif d'un impôt injuste, un correctif voulu par le Parlement. Celui qui demande une réduction de sa prime d'assurance-maladie ne fait pas une demande sociale. Il demande simplement qu'on corrige le montant de sa prime pour tenir compte de sa capacité contributive s'il appartient à la classe moyenne ou vit dans une famille avec plusieurs personnes à charge.

C'est une simple application de ce qui a été voulu par le législateur lors de la création de la LAMal. Autrement dit, il s'agit de ne plus tenir compte des prestations complémentaires pour libérer plus de deux milliards de



francs et les mettre à disposition des familles qui travaillent.

Le deuxième point consiste à contraindre les cantons à suivre la Confédération quand le taux d'effort atteint un certain niveau. C'est la partie du contre-projet du Conseil fédéral que la commission a reprise.

Enfin, le troisième point vise à faire en sorte que les cantons appliquent un seuil de douleur maximum, selon des principes uniformes, pour que l'on puisse comparer les cantons entre eux. Le contre-projet leur laisse la liberté de fixer le niveau.

Il s'agit d'un bon compromis, un compromis substantiel, qui permettrait de vraies avancées pour la classe moyenne, probablement à partir de 2024, peut-être même avant si l'on se dépêche et si le Conseil des Etats est également rapide et comprend l'urgence du moment.

Nous avons prouvé que nous étions prêts à faire des compromis sur les coûts. Nous remercions maintenant les forces politiques qui acceptent également de faire un pas dans notre sens pour atteindre un compromis sur les primes.

L'initiative du PS pose le principe des 10 pour cent. S'il n'y a pas d'avancée substantielle, nous nous battons avec plaisir pour cette initiative devant la population. Nous pensons que son soutien est possible, d'autant que ce principe est déjà concrétisé dans mon excellent canton, sans que celui-ci ne se soit ruiné pour autant, au contraire. On a juste, enfin, allégé la douloureuse pour les familles de la classe moyenne.

Nantermod Philippe (RL, VS): Cher collègue Maillard, le contre-projet, tel qu'il a été adopté par la majorité, coûte cher, près de la moitié du coût de l'initiative. Il pourrait néanmoins convaincre une grande partie des groupes à une condition: selon vous, en cas d'acceptation, pourrait-il entraîner le retrait de l'initiative?

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Vous vous attendez bien, cher collègue, à ce que je ne réponde pas, à ce moment précis du débat, à cette question. D'abord je n'en ai pas le pouvoir, car je ne suis qu'un simple membre de ce comité d'initiative. Tout ce que je peux dire est que ce contre-projet est un bon contre-projet, intelligemment ficelé, qui a de vrais moyens et qui pourrait être rapidement appliqué et soulager très vite les gens concernés. Face à un bon contre-projet, un comité d'initiative doit bien examiner l'opportunité du retrait. Il le fera en temps et en heure. Il y a de quoi mener une réflexion approfondie.

Maitre Vincent (M-E, GE): J'ai une très brève question, cher collègue. Vous avez beaucoup parlé de fiscalité et de charges fiscales, notamment via la TVA et les primes d'assurance-maladie qui sont des impôts. Pensez-vous que mettre à charge des cantons et de la Confédération l'excédent éventuel de ce maximum de 10 pour cent est de nature à faire baisser la charge fiscale de nos concitoyens?

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Il y a deux aspects dans votre question, auxquels on peut apporter deux éléments de réponse.

Le premier élément, c'est que l'on devrait se demander, avant d'augmenter un impôt, si l'Etat a besoin de cette augmentation. Quand vous savez que les cantons, ensemble, ont fait près de 3 milliards de francs de bénéfices l'année passée, la question qui se pose est la suivante: pour payer ce supplément de charges de 1 à 1,5 milliard de francs, trouvez-vous vraiment juste qu'il faille augmenter les impôts alors que les cantons ont encaissé 3 milliards de francs de bénéfice? S'il ne s'agissait pas de la prime d'assurance-maladie, vous diriez non, vous diriez que l'Etat a de quoi financer cette hausse de charges sans que l'on augmente l'impôt direct. Ce serait votre attitude. Ce qui me fascine, c'est que vous n'ayez pas la même attitude quand il s'agit de la prime d'assurance-maladie. Nous disons simplement que les cantons ont les moyens de renforcer le financement des réductions des primes et de prendre à leur charge ce montant supplémentaire sans augmenter la fiscalité. Le deuxième élément, c'est que l'on devrait se demander si, le jour où il faudra augmenter la fiscalité, il est plus juste d'augmenter une fiscalité qui pèse sur la classe moyenne, avec des primes par tête, ou une fiscalité qui tient compte de la capacité contributive. Vous savez quelle serait ma réponse.

Meyer Mattea (S, ZH): Wir haben es heute schon mehrfach gehört, und wir werden es heute und morgen sicherlich auch noch mehrfach hören: Immer mehr Menschen sind am Ende des Monats knapp bei Kasse. Sommerferien rücken in einer solchen Situation in weite Ferne. Die Löhne steigen kaum, während die Belastungen zunehmen. Das sind Belastungen, denen die Menschen nicht ausweichen können – Belastungen wie Mieten, aber eben auch Krankenkassenprämien, die zwingend zu bezahlen sind. Eine vierköpfige Familie zahlt in diesem Land locker 1000 Franken Prämien pro Monat.

Ja, es ist richtig, dass die Krankenversicherung in den 1990er-Jahren obligatorisch gemacht wurde. Nur wurde bei der Einführung eine Besonderheit beschlossen, für die die Menschen heute teuer bezahlen. Bei allen anderen Sozialversicherungen werden die Prämien nämlich solidarisch finanziert, entweder über Steuern oder



über einkommensabhängige Beiträge. Nicht so bei den Krankenkassenprämien, hier sind es Pro-Kopf-Prämien. Das heisst, die alleinstehende Rechtsprofessorin zahlt die genau gleiche Prämie wie eine alleinerziehende Pflegefachfrau.

Im Gegensatz dazu bestand aber ein Konsens, dass die Prämien höchstens 8 Prozent des Haushaltseinkommens ausmachen sollen. Ab dieser Schwelle würde die öffentliche

AB 2022 N 1212 / BO 2022 N 1212

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. Die Menschen wurden und werden alleingelassen. Während hier in diesem Rat für Steuergeschenke für Konzerne immer Geld da ist, hat man den Menschen jahrelang gesagt: "Für euch haben wir kein Geld, das können wir nicht finanzieren – ihr müsst halt selber schauen, wo ihr Abstriche machen könnt, wenn die Prämien steigen."

Insbesondere die Kantone haben sich hier aus der Verantwortung gestohlen und ihre Beiträge gekürzt. Wir haben heute neun Kantone, die in absoluten Zahlen weniger Geld ausgeben als vor zehn Jahren, obwohl wir mehr Menschen sind und obwohl die Kosten gestiegen sind. Von Bund und Kantonen stehen aktuell 5,5 Milliarden Franken jährlich für Prämienentlastungen zur Verfügung. Davon gehen knapp 3 Milliarden an Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe, an Menschen also, deren Gesundheitskosten so oder so von der öffentlichen Hand finanziert werden. Für die übrigen Versicherten stehen 2,5 Milliarden Franken zur Verfügung. In der Tendenz nimmt dieser Betrag aber ab, weil der Betrag für die Ergänzungsleistungen zunimmt. Das heisst, Familien und auch Einzelpersonen wenden heute im Durchschnitt 14 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien auf, und das nach der Prämienverbilligung. Die Belastung all dieser Personen mit ganz normalen Löhnen wird immer grösser.

Es ist umso dringender, auch angesichts der Inflation und des Prämienschocks, dass das Parlament endlich reagiert. Denn es ist klar, dass wir existenzielle Risiken – dazu gehören das Kranksein und die Gesundheitskosten – nur gemeinschaftlich lösen können. Hier kommt die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP ins Spiel, die genau das fordert. Sie fordert nämlich, dass jeder Haushalt maximal 10 Prozent des Einkommens aufwenden muss. Sie versucht also eigentlich das Versprechen einzulösen, das man in den 1990er-Jahren gegeben hat. Zusätzlich soll endlich die Entflechtung von Prämienverbilligung und Ergänzungsleistungen vollzogen werden. Unsere Prämien-Entlastungs-Initiative hat den Anstoss für einen substanziellen Gegenvorschlag gegeben. Erstens sieht dieser Sozialziele für die Kantone, eine grössere Beteiligung der Kantone und hoffentlich endlich auch eine etwas grössere Harmonisierung in dem Sinne vor, dass es geringere Differenzen gibt. Zweitens bringt der Gegenvorschlag eine Entflechtung der Kosten bei der Prämienverbilligung und den Ergänzungsleistungen.

Damit liegt ein konkreter Vorschlag auf dem Tisch, mit dem die Summe, die für die Versicherten zur Verfügung steht, verdoppelt werden kann. Alle diese Familien und Einzelpersonen können somit rasch und wirksam entlastet und ihre Kaufkraft gestärkt werden. Das ist auch volkswirtschaftlich relevant, denn Kaufkraftverlust bedeutet, dass die Menschen nicht mehr in der Beiz in ihrem Quartier zu Abend essen gehen können, es bedeutet, dass sie sich keine Sommerferien und keinen Kinobesuch leisten können. Wir haben es heute in der Hand, dass das Versprechen der 1990er-Jahre endlich Realität wird, dass die Kaufkraft der Menschen gestärkt wird und dass die Menschen endlich einmal zum Zug kommen.

Amaudruz Céline (V, GE): Comment faut-il interpréter cette initiative populaire du Parti socialiste? Comme un désaveu. Mais pas n'importe lequel, un désaveu de son propre héritage et de l'assurance-maladie. L'UDC avait correctement évalué la hausse massive des primes, résultant notamment des problèmes énormes dans les rapports entre les fournisseurs de prestations médicales et les tiers payant, qui finirait par se produire.

Une telle position, largement admise aujourd'hui, ne l'était pas à l'époque. Souvenez-vous quand, en 1998, Mme Dreifuss déclarait: "Le développement des coûts diminue d'année en année." Un an plus tard, la ministre socialiste ajoutait: "Les mesures de réduction des coûts sont d'année en année plus efficaces." Pour enfin arriver à la certitude, en 2001, que "le développement des coûts, au niveau des prix, est largement sous contrôle".

La suite du film, nous la connaissons tous. Tel le monstre du docteur Frankenstein, le système a échappé aux politiques censés le contrôler. Vendu comme capable de maîtriser les coûts de la santé, voire de les réduire, le système LAMal a généré un doublement des primes depuis son introduction. C'est un échec total.

Avec son initiative d'allègement des primes, le Parti socialiste reconnaît l'erreur législative de la LAMal et l'échec du projet porté par son ancienne ministre de la santé. D'accusateur envers celles et ceux qui avaient



anticipé la hausse des primes qu'allait impliquer une médecine étatisée, le Parti socialiste se présente aujourd'hui en pompier pyromane avec son initiative.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, début 1996, les coûts de la santé par personne assurée augmentent constamment avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires. De nombreuses personnes sont mises en difficulté financière par la hausse des coûts de la santé qui se reflète sur les primes. C'est pourquoi la solution proposée par les initiants peut sembler, à première vue, séduisante. Le but est qu'une personne ne doive pas consacrer aux primes de l'assurance obligatoire des soins plus de 10 pour cent de son revenu disponible. L'aspect plaisant et intelligible de l'initiative s'arrête là.

Sa mise en oeuvre est déjà confuse. La Confédération devrait assumer deux tiers au moins du financement de la réduction des primes, le solde étant à la charge des cantons, mais l'initiative reste muette sur la manière dont la contribution de la Confédération serait calculée et payée et sur le moment où la contribution serait versée. En cas de versement à l'automne, il faudrait estimer les coûts probables de l'assurance obligatoire des soins de l'année suivante et coupler cette donnée avec les revenus hypothétiques des assurés. Il y a donc deux inconnues dans l'équation. Comment répartir par ailleurs cette contribution fédérale entre les cantons où les primes sont élevées et ceux où les primes sont moins élevées?

Le principal souci que cause l'initiative est flagrant.

Elle ne s'attaque absolument pas au problème de la hausse des coûts. C'est un palliatif, un emplâtre sur une jambe de bois. L'initiative populaire accompagne un système défaillant, dont le financement collectif est notamment responsable de l'augmentation des coûts. Que dire enfin des assurés qui ont fait le choix de modèles alternatifs d'assurance moins onéreux? Seraient-ils toujours incités à souscrire à ces modèles alternatifs qui leur permettent de consacrer moins de 10 pour cent de leur revenu à leurs primes d'assurance-maladie?

Vous l'aurez compris, en proposant de n'agir que sur le volet du financement, en poursuivant la mutualisation, l'initiative populaire est contre-productive, et les charges supplémentaires générées par cette dernière seraient difficilement supportables.

Si l'on doit recommander le rejet de l'initiative populaire, faut-il pour autant soutenir le contre-projet indirect? Celui-ci a pour but d'inciter les cantons à maîtriser les coûts de la santé sur leur territoire. Il présente certes l'avantage, par rapport à l'initiative populaire, d'être plus transparent et équilibré quant au financement. Néanmoins, sa mise en oeuvre s'annonce compliquée pour les cantons et d'une utilité moindre si on ne procède pas à un désenchevêtrement des tâches entre la Confédération et les cantons.

Et je ne parle pas du risque pesant sur les cantons qui ont une population à faibles revenus.

Pour toutes ces raisons, nous n'avons pas d'autre choix que de recommander le rejet de l'initiative populaire et du contre-projet.

Humbel Ruth (M-E, AG): Anfang Session haben wir die Kostenbremse-Initiative der Mitte debattiert. Diese setzt bei den Kosten an und will die Akteure im Gesundheitswesen in die Pflicht nehmen und die Ressourcenverschwendung stoppen, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu bremsen. Die nun zur Debatte stehende Prämien-Entlastungs-Initiative der SP will die Umverteilung stärken und deutlich mehr Steuermittel für die Prämienverbilligung einsetzen; höchstens 10

AB 2022 N 1213 / BO 2022 N 1213

Prozent des verfügbaren Einkommens soll die Prämie betragen dürfen.

Dieser Ansatz, dem Kosten- und Prämienwachstum mit mehr Umverteilung zu begegnen, lenkt vom eigentlichen Problem der massiv steigenden Kosten ab und will, was für unser Gesundheitswesen typisch ist, Symptome behandeln statt Ursachen bekämpfen. Rund 10 Milliarden Franken sollen künftig in die Prämienverbilligung fliessen, 4,5 Milliarden Franken mehr als heute. Die Initiative will den Bund verpflichten, mindestens zwei Drittel der Prämienverbilligung zu finanzieren. Damit würde der Bundesanteil massiv erhöht, von heute 2,9 Milliarden Franken auf über 6 Milliarden Franken pro Jahr.

Die Initiative ist damit zu extrem. Die Mitte-Fraktion lehnt eine derart massive Aufstockung der Prämienverbilligung durch den Bund klar ab. Der Bund bezahlt jedes Jahr einen Beitrag an die individuellen Prämienverbilligungen (IPV). Seit der Einführung des neuen Finanzausgleichs sind es jährlich 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenversicherung. Weil die Kosten jährlich steigen, wird auch der Bundesbeitrag jedes Jahr erhöht, während einige Kantone ihren Anteil an der Prämienverbilligung in den letzten Jahren gar reduziert haben.

Die Kantone tragen indes im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die Verantwortung für das kantonale Kosten- und Prämienniveau und damit auch für die kantonale Prämienhöhe. Der Bund definiert die Pflichtleistungen gemäss KVG. Die Kantone genehmigen oder verfügen Tarife und Preise. Sie machen die Spitalplanung und



haben neu mit der Zulassungssteuerung auch die Kompetenz, im ambulanten Bereich zu steuern und allfällige Überkapazitäten zu unterbinden.

Der Zusammenhang zwischen der Dichte der Leistungserbringer und den Gesundheitskosten ist klar gegeben. So gross die Kostenunterschiede zwischen den Kantonen sind, so unterschiedlich sind auch die kantonalen Prämien. Im teuersten Kanton sind die Prämien nahezu doppelt so hoch wie im kostengünstigsten Kanton, obwohl die Versicherten in allen Kantonen die gleichen Leistungsansprüche zulasten der Krankenversicherer gemäss KVG haben.

Vor der Einführung des neuen Finanzausgleichs 2008 war der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung an die kantonalen Aufwendungen gebunden. Der volle Bundesbeitrag wurde nur ausgeschüttet, wenn auch die Kantone den gleichen Beitrag beisteuerten. Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung ging bei der Aufgabenentflechtung von der Überlegung aus, dass die Kantone am besten wissen, wie sich die wirtschaftliche und soziale Situation bei ihnen präsentiert. Diese Überlegung ist grundsätzlich richtig.

Das IPV-System ist in die Gesamtheit kantonal sozialpolitischer Massnahmen einzubetten. Die Einkommensstruktur der Bevölkerung, das Steuersystem, sozialpolitische Massnahmen wie Familienzulagen, Steuerabzüge usw. sind kantonal sehr unterschiedlich. Die Prämienverbilligung ist eine bedeutende Massnahme für den sozialen Ausgleich. Statt ihre sozialpolitische Verantwortung wahrzunehmen und ihren Beitrag an die IPV ebenfalls der Kostensteigerung anzupassen, damit auch Haushalte und Menschen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen – da geht es um mittelständische Familien, Einzelpersonen, Rentnerinnen und Rentner – von einer Prämienverbilligung profitieren können, haben viele Kantone ihren Anteil an der IPV gesenkt. Sparmassnahmen wurden zulasten der ordentlichen IPV umgesetzt und die Budgetierung des IPV-Volumens teilweise zur Sanierung des kantonalen Staatshaushaltes eingesetzt.

Der Kanton Luzern musste gar vom Bundesgericht zurückgepfiffen werden, weil er den Kreis der Personen mit Anspruch auf eine ordentliche IPV massiv reduziert und damit die sozialpolitischen Vorgaben des KVG missachtet hatte. Als Reaktion auf das Urteil des Bundesgerichtes haben inzwischen verschiedene Kantone die Einkommensgrenze für die IPV angehoben. Es gibt indes immer noch Kantone, welche trotz hoher Prämien ihren Anteil an der IPV tief halten und damit den KVG-Anforderungen nicht genügen.

Eine weitere Problematik bei der Prämienverbilligung liegt darin, dass der Mittelbedarf für Ergänzungsleistungsbeziehende und Sozialhilfebeziehende in den letzten Jahren massiv angestiegen ist. 54 Prozent der gesamten IPV-Mittel gehen an Ergänzungsleistungs- und Sozialhilfebezügler, welche insgesamt 30 Prozent der Beziehenden ausmachen. Die kantonalen Unterschiede sind auch hier sehr gross; bis 80 Prozent der IPV-Bezügler sind EL-Beziehende oder Sozialhilfeempfänger. Die Folge davon ist, dass weniger Mittel für Haushalte in bescheidenen Verhältnissen, also für mittelständische Familien und Einzelpersonen, zur Verfügung stehen. Aber genau für diese Menschen ist die IPV gedacht. Deshalb braucht es eine Anpassung des Gesetzes, und der indirekte Gegenvorschlag der Kommission setzt da an. Er will die IPV der Ergänzungsleistungsbeziehenden separat über die Ergänzungsleistung finanzieren. Das heisst, Bund und Kantone sollen den Betrag für die Prämien der EL-Beziehenden an die Ergänzungsleistungskosten anrechnen und im ordentlichen Ergänzungsleistungssystem finanzieren, der Bund zu fünf Achteln und die Kantone zu drei Achteln.

Die Mitte-Fraktion wird auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten und die Kommissionsmehrheit unterstützen. Es ist uns bewusst, dass dies sowohl für den Bund wie für die Kantone eine teure Lösung ist. Sie dürfte daher im Ständerat einen schweren Stand haben. Sie ist indes sachgerecht, weil sie eine klare Trennung von Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligung bringt und dadurch zusätzliche Mittel freistellt, damit auch mittelständische Haushalte in bescheidenen Verhältnissen in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen können, wie dies der Gesetzgeber ursprünglich vorgesehen hat und es in Artikel 65 Absatz 1 KVG definiert ist. Die Krankenkassenprämien sind nun mal ein gewichtiger Posten im Budget eines Haushalts. Eine vierköpfige Familie bezahlt gegen 14 000 Franken Prämien pro Jahr. Das ist viel Geld. Aktuell kommt eine zusätzliche Belastung durch die volatile Wirtschaftslage hinzu. Die Preise steigen, die Inflation nimmt zu, und für das nächste Jahr ist mit massiven Prämienerrhöhungen zu rechnen.

Wenn wir aufgrund der aktuellen Wirtschaftslage ein Entlastungsprogramm für die Bevölkerung ins Auge fassen, ihr die Kaufkraft erhalten und stärken wollen, dann tun wir das am besten über die Prämienverbilligung. Wenn die Prämienverbilligung nämlich etwas grosszügiger ausgestaltet wird, damit auch mittelständische Familien, Einzelpersonen, Rentnerinnen und Rentner eine IPV erhalten, bleibt diesen mehr Geld für den Konsum. Die Prämienverbilligung ist ein zielführender Ansatz, um Haushalte zu entlasten und die Kaufkraft zu stärken. Neben dieser zentralen Bestimmung in Artikel 65 Absatz 1 sexies KVG und der Anpassung des ELG unterstützt die Mitte-Fraktion auch die übrigen Anträge der Kommissionsmehrheit. Der bundesrätliche Entwurf des indirekten Gegenvorschlages nimmt die Kantone stärker in die Pflicht und bindet ihren Beitrag an die Einkommenshöhe. Übersteigen die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens, so muss der Kanton ebenfalls 7,5 Prozent



der Bruttokosten einsetzen. Damit läge der Kantonsanteil auf dem Niveau der IPV-Gelder des Bundes. Der Forderung der Kantone, künftig auch Verlustscheine für die Prämienausstände ihrer Kantonseinwohnerinnen und -einwohner über Prämienverbilligungen abzurechnen, stimmen wir zu. Es geht da um insgesamt 400 Millionen Franken, also gut 1 Prozent der OKP-Bruttokosten. Anders als bei der Initiative wird im indirekten Gegenvorschlag das Sozialziel nicht auf Bundesebene definiert, sondern es wird den Kantonen überlassen, ein Sozialziel zu definieren. Der Bund bestimmt, wie das verfügbare Einkommen und die Steuern ermittelt werden.

Abschliessend halte ich fest: Für die Mitte haben Kostendämpfungsmassnahmen im Gesundheitswesen klar oberste Priorität. Die Probleme der Kostensteigerungen müssen an ihren Wurzeln angegangen werden. Kurzfristig braucht es indes mehr Mittel für die Prämienverbilligung, zumal die Wirtschaftslage mit steigenden Preisen und zunehmender Inflation volatil ist. Für die Mitte-Fraktion ist die Prämienverbilligung eine zielführende Massnahme zur Stärkung der Kaufkraft. Die Prämien-Entlastungs-Initiative lehnen wir ab. Wir treten hingegen auf den indirekten Gegenvorschlag ein, unterstützen die Kommissionsmehrheit und bitten Sie, dies auch zu tun.

AB 2022 N 1214 / BO 2022 N 1214

Gysi Barbara (S, SG): Geschätzte Kollegin Humbel, ich habe eine kleine Frage. Es wurde jetzt verschiedentlich behauptet, das KVG stamme aus der Feder der ehemaligen Bundesrätin Ruth Dreifuss. Ist es nicht so, dass der damalige CVP-Bundesrat Flavio Cotti dieses Gesetz entwickelt hat?

Humbel Ruth (M-E, AG): Ja, das Gesetz wurde unter Führung von Bundesrat Flavio Cotti erarbeitet. Das Volk hat 1994 über dieses Gesetz abgestimmt und es angenommen. Nachher hat Frau Bundesrätin Dreifuss das Gesetz umgesetzt, wie nach ihr auch die Bundesräte Couchepin und Burkhalter bis jetzt zu Herrn Bundesrat Berset.

Weichelt Manuela (G, ZG): Die grüne Fraktion unterstützt die Initiative. Die drei wichtigsten Gründe dafür sind: 1. Es geht um Solidarität. Mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996, mit dem "Cotti-Gesetz" wurden die Prämienunterschiede nach Eintrittsalter und Geschlecht und die Sonderprämien in Kollektivverträgen aufgehoben. Den Versicherern wurde untersagt, betagten oder kranken Personen die Aufnahme in die Versicherung zu verweigern. Um einen Ausgleich zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen zu schaffen, wurde die individuelle Prämienverbilligung eingeführt. Ziel war, die Beiträge von Bund und Kantonen gezielt für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und nicht mehr zur gleichmässigen Subventionierung der Versicherer einzusetzen. Im Vordergrund stand dabei die Verstärkung der Solidarität.

Das Volk hat die Vorlage angenommen. Über zwanzig Jahre nach der Einführung hat sich gezeigt, dass die Wirksamkeit abgenommen hat und dass das vom Gesetzgeber – also von uns – deklarierte sozialpolitische Ziel, wonach die Prämienbelastung eines Haushalts nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens ausmachen sollte, verfehlt wird.

2. Die Sorge der Bevölkerung: Auch wenn die Bezahlung der unsozialen Kopfprämien im Krankenversicherungsbereich gemäss Sorgenbarometer nicht mehr auf Platz eins steht, sondern von den Sorgen um den Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine sowie den Sorgen um unseren Klimawandel abgelöst wurde, so stehen die Sorgen um die Bezahlung der Krankenkassenprämien doch immer noch auf Rang fünf.

3. Die Grünen sind der Meinung, dass es bei der Frage der Definition, welcher maximale Prozentsatz für Krankenkassenprämien aufzuwenden ist, nicht zu 26 Antworten kommen darf. Föderalismus in Ehren, aber das ist doch einfach ein Witz. Einzelne Kantone reduzierten in den letzten Jahren ihre Anteile an der Verbilligung der Krankenkassenprämien und zogen sich aus der Mitfinanzierung immer weiter zurück. Die Entwicklung bei den Verbilligungen hält deshalb oft bei Weitem nicht Schritt mit dem effektiven Anstieg der Prämien.

Nun zum indirekten Gegenvorschlag: Bildlich gesprochen sollten wir eine Kröte schlucken. Die grüne Fraktion wird zwar auf den Gegenvorschlag eintreten, aber bevorzugt es, die Kröte in einen Froschkönig zu verwandeln, bei dem sich das Küssen lohnt, und damit meinen die Grünen die Initiative.

Ich nenne drei Gründe, warum der Gegenvorschlag eine Kröte ist:

1. Der Föderalismus treibt weiter bunte Blüten. Jeder Kanton soll selbst festlegen, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten höchstens ausmachen darf. Das bedeutet also 26 Varianten. Das überzeugt die Grünen nicht.

2. Was geschieht, wenn die Kantone ihren Job nicht machen? Gemäss den Übergangsbestimmungen übergeben wir dann die saure Gurke dem Bundesrat und beauftragen ihn damit, den Anteil der Prämien am ver-



fügbaren Einkommen für die Bevölkerung im säumigen Kanton festzulegen. Die Grünen hätten es bevorzugt, wenn der Prozentsatz gemäss Initiative für die säumigen Kantone gelten und nicht dem Bundesrat eine Carte blanche gegeben würde.

3. Die Verlustscheine: Mit der Übernahme der Verlustscheine verliert unsere Bevölkerung rund 400 Millionen Franken an Prämienverbilligungsgeldern. Verlustscheine erhalten gemäss den Erhebungen im Kanton Thurgau zu zwei Dritteln Personen, die keinen Anspruch auf Prämienverbilligung haben. Darunter können auch wohlhabende Personen sein, die mit dem System der obligatorischen Krankenversicherung nicht einverstanden sind und ihre Prämien aus Prinzip nicht bezahlen. Der Gegenvorschlag der SGK sieht nun vor, dass IPV-Gelder, die gemäss Gesetz für Leute in wirtschaftlich bescheidenen Umständen verwendet werden sollen, auch für die Verlustscheine gebraucht werden können. Das wollen die Grünen nicht.

Nun zu den Minderheiten: Den Minderheitsantrag I (Aeschi Thomas) und den Minderheitsantrag II (de Courten) zu Artikel 65 Absatz 1sexies lehnt die grüne Fraktion ab. Der Antrag der Mehrheit der SGK ist das Kernstück des Gegenvorschlages. Sollte der Antrag der Mehrheit nicht erfolgreich sein, behält sich die grüne Fraktion vor, den Gegenvorschlag abzulehnen. Mit Annahme des Antrages der Mehrheit der SGK-N wird die Prämienverbilligung der Personen mit EL nicht mehr über den Topf der Prämienverbilligung finanziert, sondern über den Topf der EL. Dies führt wenigstens zu einer Entlastung von 2,1 Milliarden Franken für Haushalte mit geringem Einkommen.

Die Minderheitsanträge Aeschi Thomas zu Artikel 65 Absatz 6 und Artikel 84 Absatz 2 KVG lehnt die grüne Fraktion ab. Die Grünen weisen darauf hin, dass die Statistiken immer noch in vielen Bereichen keine Auskunft darüber geben, wie viele Frauen und Männer betroffen sind. Eine solche Analyse wäre für die Lösungsfindung in vielen Politikbereichen sehr viel wichtiger als die Angabe der Nationalität in diesem konkreten Fall.

Porchet Léonore (G, VD): Aujourd'hui, nous ne menons pas un débat sur les coûts de la santé, nous menons un débat sur les craintes relatives aux fins de mois de nombreuses familles. En 1990, 8 pour cent du revenu des ménages était consacré aux primes d'assurance-maladie, selon la volonté du Conseil fédéral de l'époque. Aujourd'hui, c'est 14 pour cent. Pourquoi? Parce qu'il n'y a pas de plafond dans la loi, parce qu'il n'y a pas de solidarité entre les familles à hauts revenus et les familles modestes, parce que, alors qu'en 2010 les cantons contribuaient encore en moyenne à la moitié de toutes les contributions à la réduction des primes, ils ne le font aujourd'hui plus qu'à 43 pour cent. Mais aussi parce que les coûts administratifs de 60 caisses d'assurance-maladie avec 60 départements marketing et 60 salaires de CEO ont des conséquences, comme la constitution de réserves trop importantes. Ces conséquences, c'est que les primes d'assurance-maladie sont un facteur de stress financier pour une grande partie de la population. Environ 400 000 personnes font l'objet, par exemple, de poursuites, car ils ou elles ne peuvent pas payer leurs primes d'assurance-maladie.

Mais surtout, les coûts pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ne concernent que 38 pour cent des coûts totaux de la santé, soit 31 milliards sur les 83 milliards de francs. Il est donc important de garder cela en tête, car, quand on regarde le tableau global de la totalité des coûts, on remarque que les primes augmentent plus que les coûts de la santé. Entre 1996 et 2020, les coûts ont augmenté de 81 pour cent, et les primes de 146 pour cent. Ce sont des évolutions qui sont donc liées, mais pas aussi interdépendantes que le Conseil fédéral ou une partie de ce Parlement veulent le faire croire.

De l'avis du groupe des Verts, il faut séparer la question des coûts de celle des primes. Pour régler le problème des coûts, nous soutenons une amélioration du système par la qualité et la prévention et une politique sociale et cohérente avec un haut niveau de qualité des soins en Suisse.

C'est pour cela que nous soutiendrons avec conviction l'initiative populaire dont nous parlons aujourd'hui. En parallèle, nous soutiendrons un ambitieux contre-projet indirect à ce texte, afin de permettre une mise en oeuvre rapide et, donc, de soulager les ménages au plus vite. Par contre-projet ambitieux, je veux dire un contre-projet qui permette au comité d'initiative de réfléchir sereinement, afin de décider s'il peut retirer l'initiative populaire. Cela voudrait dire un contre-projet qui ne serait modifié par aucune des minorités qui nous sont présentées aujourd'hui.

AB 2022 N 1215 / BO 2022 N 1215

Selon le groupe des Verts, la solution serait de viser une réduction du montant des primes d'assurance-maladie et de supprimer la prime par tête. Il est souhaitable, du point de vue de la politique sociale, que la part des coûts financée par les impôts pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins augmente par rapport aux primes d'assurance-maladie. Alors que les primes pour l'assurance obligatoire des soins finançaient encore moins de 30 pour cent des coûts lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, elles en financent aujourd'hui près de 38 pour cent. Si nous ne finançons toujours que 29,9 pour cent des soins de santé par



le biais des primes comme en 1996, le montant des primes serait aujourd'hui inférieur de 21 pour cent. Les primes augmentent aussi parce que nous finançons de plus en plus la santé par le biais des primes.

Pour les Verts, il faut plutôt privilégier des sources de financement plus solidaires et concevoir le système de la santé différemment, en acceptant que la santé ne soit pas une question individuelle mais une question de responsabilité collective, tant les déterminants environnementaux et sociaux de la santé pèsent lourd dans la balance. Nous devons miser sur une santé communautaire, un système de financement populationnel qui mette le maintien des gens en bonne santé au cœur de son fonctionnement, par le biais de la prévention, de la promotion de la santé, du renforcement des compétences en santé de la population, qui devrait bénéficier d'un environnement sain et égalitaire. Il faut permettre à toutes les personnes dont la santé est tout de même touchée d'avoir accès à des soins de qualité sans mettre en danger leur santé financière.

C'est pour cela que les Verts vous encouragent à recommander l'acceptation de l'initiative dont nous parlons aujourd'hui et à rejeter toutes les minorités pour que nous ayons un contre-projet qui soit véritablement une réponse à la situation actuelle.

Mäder Jörg (GL, ZH): In dieser Sommersession sind mehrere Volksinitiativen und deren Gegenvorschläge traktandiert. Deren zwei drehen sich sogar rund um das Thema Gesundheitskosten. Im Gegensatz zur Vorlage 21.067, der Kostenbremse-Initiative, die auf die Entstehung der Kosten fokussiert, geht es hier bei der Vorlage 21.063, der Prämien-Entlastungs-Initiative, um die Verteilung der Kosten. Die Initiative ist daher primär eine sozialpolitische Vorlage und nur in einem geringen Masse eine gesundheitspolitische.

Aus gutem Grund ist das Gesundheitssystem weitgehend als Versicherungslösung organisiert. Ja, die eigene Gesundheit wird von persönlichen Entscheiden beeinflusst, aber nicht nur. Aus diesem Grund hat sich die Schweiz für ein Modell mit obligatorischer Krankenversicherung entschieden. Deren Kosten werden von allen grundsätzlich zu gleichen Teilen getragen. Damit ähnelt die Belastung jener einer Kopfsteuer und belastet daher niedrige Einkommen anteilmässig stärker. Auf der anderen Seite ist unser Steuersystem progressiv ausgestaltet. Personen mit hohem Wohlstand und/oder Einkommen zahlen nicht nur absolut, sondern auch proportional gesehen mehr. Das führt zu einer gewollten und auch notwendigen Umverteilung. Es ist aber anzumerken, dass bei tiefen Einkommen bis hin zum unteren Mittelstand die Steuerbelastung vergleichsweise klein ist. Damit ist die Umverteilung via Steuern in diesen Einkommensklassen nur noch bedingt wirksam. Die Krankenkassenprämien hingegen sind ein wesentlicher Kostenblock, der die Möglichkeiten der Betroffenen stark einschränkt, sie teilweise auch überfordert.

Deshalb haben wir schon vor einigen Jahren die sogenannten Prämienverbilligungen eingeführt. Die Prämien werden im Grundsatz immer noch so berechnet, dass sie im Schnitt die Kosten decken. Dort, wo die Prämien die Haushalte stark belasten, vergünstigt der Staat dieselben. Der dazu festgelegte Betrag wurde ursprünglich von Bund und Kantonen zu gleichen Teilen getragen. Die Details der Verteilung, d. h., wer genau wie viel bekommt, ist aber alleinige Sache der Kantone.

Das ist eine insgesamt gute Sache. Nun ist es aber so, dass trotz dieser Verbilligung der Anteil der Prämien an den Haushaltsausgaben in den tieferen Einkommensklassen gestiegen ist. Dazu kommt, dass einige Kantone ihren Beitrag bewusst reduziert haben, oft um eigene Sparprogramme umzusetzen.

Es ist daher verständlich, dass sich die SP dieses Themas mit einer Volksinitiative angenommen hat. Deren Ansatz ist, zumindest mit Blick auf die Unterschriftensammlung und den medienwirksamen Titel, gut gewählt. Die Volksinitiative fordert, dass die Prämien maximal 10 Prozent des verfügbaren Einkommens ausmachen. Darunter kann sich jeder etwas vorstellen und bekommt das Gefühl, dass ihm die Prämien nie über den Kopf wachsen werden. Der Vorschlag klingt also im ersten Moment gut. Aber schauen wir uns das etwas genauer an.

Zum einen definiert die Volksinitiative den Begriff "verfügbares Einkommen" nicht genau. Je nach Blickpunkt kann das ein Vor-, aber auch ein Nachteil sein. Des Weiteren ist die Deckelung bei 10 Prozent ein Fehlanreiz. Für 10 Prozent des Einkommens bekommt man Zugang zu einem All-you-can-eat-Buffer an Gesundheitsleistungen. Klar, das ist etwas überspitzt formuliert, und bei Weitem nicht alle werden mit einer solchen Mentalität durch die Welt gehen. Aber der Fehlanreiz ist trotzdem da, und dieser wird sicherlich nicht dafür sorgen, dass die Leute das Gesundheitssystem mit Achtsamkeit in Anspruch nehmen.

Des Weiteren verschiebt die Volksinitiative den Kostenteiler zwischen Bund und Kantonen klar in Richtung Bund. Denn dieser soll neu mindestens zwei Drittel der Kosten übernehmen. Damit wird in einigen Kantonen der Kostendruck und damit das Kostenbewusstsein sinken, obwohl sie ja Hauptverantwortliche für das Gesundheitswesen sind und somit auch den grösseren Hebel zur Beeinflussung der Kosten haben. Schlussendlich ist auch anzumerken, dass die Mehrkosten der Volksinitiative bei 3,5 bis 5 Milliarden Franken pro Jahr liegen und künftig weiter steigen werden. Für 2030 werden die Kosten auf 8,2 Milliarden geschätzt.



Aus diesen Gründen lehnt die grünliberale Fraktion die Volksinitiative klar ab.

Kommen wir zum Gegenvorschlag. Der Bundesrat hat einen Vorschlag ausgearbeitet, der stark auf der bisherigen Lösung aufbaut. Neu wären die Kantone wieder stärker in der Pflicht, da die Untergrenze, mit der sich die Kantone beteiligen müssten, klar definiert würde. Dabei würde auch die spezifische Situation der Kantone berücksichtigt. Bei Prämienbelastungen bis zu 10 Prozent des steuerbaren Einkommens müsste sich der Kanton mit mindestens 5 Prozent der kantonalen OKP-Bruttokosten beteiligen. Darüber würde der Satz bei einem Anteil von 18,5 Prozent linear bis auf 7,5 Prozent ansteigen. Ich bitte Sie, zu beachten, dass es jetzt schon Kantone gibt, die oberhalb dieser Quote sind. Diese Kantone könnten natürlich ihre bisherige Haltung beibehalten oder sich aber auch der Quote annähern. Ein Unterschreiten wäre aber künftig nicht mehr möglich. Der Ansatz, auf bestehenden Regeln aufzubauen und auch die grundsätzliche Kompetenzteilung beizubehalten, hat auch die Kommission überzeugt. In einem anderen Aspekt waren wir aber definitiv nicht zufrieden. Mit diesem bundesrätlichen Gegenvorschlag steigen die Kosten bei den Kantonen um etwas weniger als 500 Millionen Franken, beim Bund hingegen gar nicht an. Dass ein Gegenvorschlag in der Regel etwas milder ausgestaltet ist, insbesondere bei den Finanzen, ist normal. Der Unterschied zur Initiative ist aber so massiv, wir reden von Faktor 10, dass man schon fast an der Ernsthaftigkeit zu zweifeln beginnt. Zudem ist es immer kritisch, wenn der Bund einen Entwurf ausarbeitet, bei dem alle Mehrkosten auf die Kantone abgewälzt werden.

Die Kommission hat den Gegenvorschlag entsprechend weiterentwickelt, ohne ihn in dessen Grundzügen anzutasten. Der Unterschied liegt darin, welche Aufwendungen die Kantone an ihren Anteil anrechnen können und welche nicht. Im Gespräch sind die Vollzugskosten, der Anteil am Bundesbeitrag, die Prämienverbilligungen für EL-Bezüger und die bereits bekannten Verlustscheine. Je mehr anrechenbar ist, desto schneller erreicht der Kanton, aber auch der Bund, seine Quote und entsprechend geringer sind die Mehrkosten. Die Minderheitsanträge unterscheiden sich ebenfalls nur in diesen Aspekten vom Mehrheitsantrag. Es geht also schlicht

AB 2022 N 1216 / BO 2022 N 1216

und einfach darum, wie gross das ganze Paket sein soll, das wir der Initiative entgegenstellen, und um wie viel wir die unteren Einkommen künftig stärker entlasten wollen.

Wir Grünliberalen unterstützen die Mehrheit der Kommission. Mit dieser Variante ist mit Mehrkosten von 1,3 Milliarden Franken beim Bund und etwa 900 Millionen Franken bei den Kantonen zu rechnen. Es ist für uns ein Betrag, der das Problem tatsächlich angeht und Wirkung haben wird. Die beiden Minderheiten schlagen Regelungen vor, die zu wesentlich tieferen Mehrkosten führen, nämlich 500 Millionen Franken bei den Kantonen mit der Variante der Minderheit I (Aeschi Thomas) – gemäss dem Entwurf des Bundesrates – und 280 Millionen Franken mit der Variante der Minderheit II (de Courten). Der Bund käme in beiden Varianten ohne Mehrkosten davon.

Aus Sicht der Grünliberalen sind die Mehrkosten bei beiden Minderheitsanträgen zu tief angesetzt, um wirklich einen Effekt zu haben. Die Situation wird sich dadurch nicht wesentlich ändern. Die Bevölkerung wird das nicht unbedingt als Alternative zur Volksinitiative anschauen, ganz abgesehen von den Initianten. Es stellt sich in dieser Situation dann wirklich die Frage, ob dieser Gegenvorschlag in sich stimmig ist oder ob man nur, ganz trocken, über die Volksinitiative abstimmen soll. Das wollen wir aber nicht tun. Der Titel klingt, wie schon gesagt, sehr verlockend, aber sie ist extrem teuer und strukturell nicht unbedingt sinnvoll.

Neben diesen gewichtigen Minderheiten gibt es noch eine in Absatz 6. Dieser Absatz behandelt die Erhebung von anonymisierten Angaben zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele. Eine Minderheit möchte hier auch die Staatsbürgerschaft erheben. Wir finden diesen Antrag deplatziert und lehnen ihn ab. Insbesondere ist es nicht stufengerecht, diese eine Angabe im Gesetz zu nennen, während für alle anderen der Bundesrat zuständig ist. Aber ja, wenn man als Partei mehr Finger an einer Hand hat als Themen im Köcher, muss man diese täglich wieder bringen, sonst würde einem die eigene Inhaltsleere ja plötzlich bewusst werden.

In der Kommission unbestritten ist die Ergänzung in Artikel 65 Absatz 1a und in den Übergangsbestimmungen. Die Kantone werden beauftragt, ein Sozialziel festzulegen, und dem Bund wird die Kompetenz gegeben, zu definieren, wie das verfügbare Einkommen zu berechnen ist. Damit wird die Diskussion in den Kantonen angestossen und diese durch die Begriffsdefinition erleichtert und damit auch versachlicht. Eine einheitliche Definition ist zudem auch für interkantonale Vergleiche sehr sinnvoll.

In der Summe bittet Sie die grünliberale Fraktion, in allen Fragen der Kommissionsmehrheit zuzustimmen. Ihr Vorschlag ist in sich stimmig und in seiner Grösse ausreichend, um eine echte Alternative zur Volksinitiative darzustellen und nicht nur ein bisschen Puderzucker anzubieten.



Nantermod Philippe (RL, VS): Nous sommes à la troisième semaine de session, une troisième semaine durant laquelle nous parlons de santé. Cela intéresse tellement de monde qu'il y a plus de gens à la tribune que dans la salle; c'est dire s'il faut parler de la santé, s'il faut amener des gens dans cette salle pour en discuter!

Cela dit, la question des primes d'assurance-maladie et du financement du système de santé reste une préoccupation majeure pour les citoyens suisses. D'un sondage à l'autre, cela varie de la préoccupation numéro un à la préoccupation trois, quatre ou cinq, selon les crises internationales ou les pandémies en cours. Cela reste toujours central.

Agir sur les coûts: on en a parlé pendant la première semaine et un petit peu pendant la deuxième. Cela a été dit, je suis le dernier orateur d'un groupe parlementaire. Ce n'est plus vraiment la question aujourd'hui. Il s'agit aujourd'hui du financement du système de santé. La question de la réduction individuelle de primes s'inscrit dans un panel de propositions qui existent, on peut parler du financement moniste – EFAS, du nom barbare de l'objet qui reste ancré, qui pourrait au Conseil des Etats depuis quelques mois –, de la franchise et de la quote-part, ou encore de la répartition du catalogue des prestations entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. Or, nous parlerons de la réduction individuelle des primes, qui correspond à 15 à 20 pour cent du coût global des primes d'assurance-maladie.

Le système a été mis en place sur le plan fédéral, les cantons l'appliquent avec plus ou moins de succès, certains cantons ayant la fâcheuse habitude d'utiliser le mécanisme de réduction individuelle des primes pour alléger leur budget cantonal. Cela a poussé le Parti socialiste et d'autres à lancer une initiative populaire pour fixer un plafond à 10 pour cent du revenu.

Je ne vous ferai pas l'affront de sortir cette vieille rengaine de la fausse bonne idée, parce que je pense qu'une fausse bonne idée n'existe pas. Une idée est soit bonne, soit mauvaise. Ici, nous avons une idée qui présente des avantages et des inconvénients. Il ne convient pas de jeter l'entier du projet, tant il soulève de questions préoccupantes pour la majorité des citoyens en Suisse.

D'abord, relevons les aspects positifs de l'idée du Parti socialiste. L'idée de simplifier la jungle de la réduction individuelle des primes ne peut être que saluée. Aujourd'hui, le système varie énormément d'un canton à l'autre, avec une réduction individuelle des primes qui dépend de votre revenu, de votre statut familial et d'autres paramètres qui empêchent toute comparaison intercantonale et qui empêchent souvent le citoyen de savoir s'il aura droit ou non à une réduction individuelle des primes. Le système proposé par les initiateurs, à savoir la fixation d'un plafond déterminé, a cet immense avantage de donner aux citoyens une clarté et la possibilité d'une comparaison intercantonale.

L'autre élément est que, contrairement à la réduction individuelle des primes comme on la connaît aujourd'hui, un tel système bénéficierait à l'ensemble des citoyens et non pas uniquement à une couche ciblée des citoyens aux revenus les plus précaires. En effet, on peut constater que des familles qui gagnent, en chiffres absolus, des revenus relativement confortables peuvent être prises à la gorge par des primes d'assurance-maladie trop élevées. Il convient aussi de soutenir cette population.

Naturellement, une initiative comme celle qui a été déposée, comme c'est souvent le cas des initiatives, ne va pas sans un certain nombre d'inconvénients.

D'abord, cette initiative marche avec ses gros sabots sur les compétences des cantons. La réduction individuelle des primes, sur le plan de l'organisation, relève de la compétence des cantons. Et ce n'est d'ailleurs pas pour rien que cette initiative a déjà été mise en application, dans un canton, le canton de Vaud, avec plus ou moins de succès suivant l'appréciation que l'on en tire. Mais on ne peut pas à la fois se féliciter d'une solution cantonale et vouloir l'adopter uniformément sur le plan fédéral.

Le deuxième problème de cette initiative, c'est le seuil de 10 pour cent. Il est bon pour le titre d'une initiative et il fera d'excellentes affiches électorales pour les élections fédérales de 2023. Mais pourquoi 10 pour cent? Sachant que les coûts de la santé représentent un montant plus élevé du produit intérieur brut, on pourrait tout à fait estimer qu'un seuil de 12 pour cent serait plus juste. On pourrait aussi estimer que, pour des raisons sociales, ce seuil devrait être fixé à 8 pour cent.

Enfin, les coûts. Une initiative comme celle-ci représente une dépense annuelle supplémentaire de 4,5 milliards de francs, du même ordre de grandeur que le budget de l'armée. C'est un montant non négligeable, alors qu'il y a déjà des dépenses publiques concernant les coûts de la santé et que, aujourd'hui, la gestion de la santé se fait pour l'essentiel par les cantons. La Confédération devrait donc mettre la main au porte-monnaie pour des coûts qui échappent à sa compétence.

Pour ces raisons, le groupe libéral-radical recommandera le rejet de l'initiative qui nous est proposée. Cela ne signifie pas pour autant que notre groupe politique ne considère pas qu'il y a matière à agir, au contraire. Nous estimons que la situation actuelle n'est pas satisfaisante, que la répartition des primes n'est pas toujours optimale et que la classe moyenne est souvent celle qui est la plus mise à contribution dans le système actuel.



de réduction individuelle des primes.

Cela étant, le groupe libéral-radical entrera en matière sur le contre-projet indirect.

AB 2022 N 1217 / BO 2022 N 1217

Concernant le mécanisme du contre-projet tel qu'il a été adopté, nous saluons la décision de la commission qui consiste à demander aux cantons de fixer eux-mêmes un pourcentage déterminé, un plafond, pour la réduction individuelle des primes d'assurance-maladie. Cela permettra d'adopter un système clair, que les citoyens pourront comprendre. Le Grand Conseil du canton peut fixer la part du revenu à 10 pour cent, à 12 pour cent, à 15 pour cent, mais les gens le sauront, comprendront le système et pourront comparer. C'est le deuxième grand avantage du système adopté par la commission. A l'image de l'harmonisation des impôts directs que nous connaissons en Suisse, nous pourrions comparer les systèmes de réduction individuelle des primes d'un canton à l'autre, et les citoyens sauront à quelle sauce ils seront mangés.

Le coeur du problème, le coeur du débat, se situe à l'article 65 alinéa 1sexies. Le nerf de la guerre, c'est l'argent. Il s'agit là de fixer la contribution supplémentaire de la Confédération et des cantons à la participation à la réduction individuelle des primes. Sur ce point, le groupe libéral-radical est divisé. On peut presque parler de Röstigraben à l'interne du groupe. Cela reflète le Röstigraben qu'on ressent lors des votations populaires sur ces sujets, tant la perception du problème n'est pas la même des deux côtés de la Sarine.

Pour une partie du groupe libéral-radical, la minorité I (Aeschi Thomas), qui correspond à la proposition du Conseil fédéral, est la plus adaptée. Elle coûte 400 millions de francs et permet d'apporter un soutien supplémentaire suffisant pour la réduction individuelle des primes, le solde étant de la compétence et de la responsabilité cantonale, dès lors que chaque canton est compétent à son niveau pour s'assurer que les prix, les coûts et les primes n'augmentent pas trop.

Pour une autre partie du groupe parlementaire – c'est à peu près moitié-moitié sur ce point –, la proposition de la majorité de la commission l'emporte, avec 1,3 milliard de francs par année à charge de la Confédération et 800 à 900 millions à charge des cantons. Cette autre partie du groupe libéral-radical estime que, malgré le coût extrêmement élevé de la facture, cela devrait permettre d'obtenir le retrait de l'initiative populaire et la mise en oeuvre immédiate de mesures utiles à la population.

Qu'on choisisse l'une ou l'autre option – le groupe libéral-radical sera partagé sur ce point –, nous sommes unis par le constat de la nécessité d'agir rapidement en matière de réduction individuelle des primes et de nous assurer que cette réduction individuelle des primes ne se fasse pas systématiquement au bénéfice d'une toute petite partie de la population, mais profite également à une classe moyenne qui a urgemment besoin d'un allègement de la charge de l'assurance-maladie, qui pèse actuellement sur le budget des ménages.

Pour cette raison, nous vous invitons à entrer en matière et nous laissons une liberté de choix entre la minorité I (Aeschi Thomas) et la proposition de la majorité de la commission.

S'agissant des autres aspects, notamment concernant la nationalité des personnes qui bénéficient de ces aides publiques, le groupe libéral-radical soutiendra la majorité de la commission, estimant que ces aspects n'apportent rien d'utile dans la nouvelle loi.

Quadri Lorenzo (V, TI): Abbiamo visto e sentito anche durante il dibattito della prima settimana sull'iniziativa popolare promossa dall'Alleanza del Centro come la politica annaspi in materia di costi della salute. Questo anche a seguito della presenza di vari portatori di interesse, cioè lobbisti in qualità di deputati alle Camere federali.

Uno dei problemi da affrontare è il fatto che i premi di cassa malati aumentano molto di più dei costi sanitari. Dunque c'è un problema evidente nella costruzione dei premi. Intanto anche a seguito della guerra in Ucraina e delle sue conseguenze, il potere d'acquisto dei cittadini si riduce in modo sempre più allarmante. In questo circolo vizioso, i premi di cassa malati in continuo ed ingiustificato aumento giocano un ruolo importante, un ruolo altamente negativo.

Oggi si comincia a discutere dell'iniziativa popolare socialista che chiede di plafonare i premi di cassa malati al 10 per cento del reddito. Anche in questo caso, come poteva essere per l'iniziativa dell'Alleanza del Centro di cui abbiamo discusso la prima settimana, il titolo suona bene, ma poi l'applicazione diventa un po' più difficile: non solo l'attuazione dell'iniziativa, se approvata, sarebbe di una complicazione estrema, ma anche il controprogetto è comunque soggetto a dure critiche anche da parte della Conferenza latina degli affari sanitari e sociali (CLASS). Il controprogetto del Consiglio federale ad esempio non sortirebbe risultati sui cantoni dove i premi pesano di più e potrebbe invece paradossalmente avvantaggiare gli assicurati dei cantoni dove i premi hanno un peso pro capite minore rispetto al reddito come può essere il canton Zugo.



C'è poi anche il problema di chi paga i costi del controprogetto, che alla fine vengono scaricati dalla Confederazione sui cantoni – questo malgrado all'origine ci sia un'iniziativa federale. I cantoni, dice la CLASS, alla fine non sono neanche stati coinvolti dal Consiglio federale nel controprogetto, ma si sono trovati davanti al fatto compiuto.

Poi ci sarebbe da occuparsi delle proiezioni finanziarie che vengono fatte, e sulla cui affidabilità si potrebbero sollevare degli interrogativi.

Per quello che riguarda il materiale di lavoro, il rapporto del Consiglio federale sull'iniziativa sostiene tra le altre cose che il reddito disponibile dei ticinesi sarebbe in media il 30 per cento superiore a quello degli zurighesi. Questo figura nel rapporto! Questo è abbastanza fuorviante, perché gli stipendi in Ticino sono i più bassi della Svizzera. Il divario continua a crescere. È chiaro che con questi strumenti di lavoro non bisogna sorprendersi se i risultati sono piuttosto fuorvianti.

La CLASS ha proposto al Dipartimento federale dell'interno un controprogetto alternativo all'iniziativa popolare "Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati", ma la proposta non è stata presa in considerazione.

Le controindicazioni delle due iniziative popolari, che vengono discusse in questa sessione e che sono entrambe da respingere, dimostrano che forse è giunto il momento di fare cose più semplici e comprensibili senza delle soverchie pretese di perfezione teorica e formale. Perché queste ambizioni di perfezione teorica e formale vengono poi utilizzate come pretesto per non fare nulla. Il sistema ormai è diventato così complicato che qualsiasi modifica vi si voglia apportare poi alla fine fallisce poiché ci sarà sempre qualcosa da qualche parte che non torna.

Si potrebbe ad esempio fare in modo che la Confederazione sia tenuta a stanziare ogni anno una somma tot per abbassare linearmente i premi di cassa malati a tutti gli assicurati. Ci sono degli esperti che sostengono questo tipo di opzione che sarebbe corretto approfondire.

Concludo il mio intervento invitando a respingere sia l'iniziativa popolare che il controprogetto.

Sauter Regine (RL, ZH): "Pflasterlipolitik" scheint ja heute en vogue zu sein. Dieses Parlament verteilte in den letzten Sessionen grosszügig Gelder in alle Richtungen, mit der Absicht, damit vermeintliche Missstände zu beseitigen. In der Gesundheitspolitik würden "Pflasterli" ja noch passen, allerdings sprechen wir bei der Prämien-Entlastungs-Initiative der Linken von einem sehr grossen Pflaster. Konkret sollen nach Absicht der Initianten 4,5 Milliarden Franken zulasten von Bund und Kantonen verteilt werden.

Die Initianten greifen ein wichtiges Anliegen der Bevölkerung auf. Das ist ihnen zugutezuhalten. Die Krankenkassenprämien steigen kontinuierlich, und für immer grössere Kreise der Bevölkerung, vor allem auch des Mittelstandes, sind sie nur schwer tragbar. Doch statt einfach Geld zu verteilen, tun wir gut daran, uns zu fragen, was zu diesem konstanten Anstieg der Prämien führt, und die entsprechenden Gründe anzugehen. Man kann es nicht genug betonen: Steigende Prämien sind das Ergebnis steigender Kosten im Gesundheitswesen, und bei diesem Kostenanstieg müssen wir ansetzen.

Auf die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, und das betone ich, dürfen wir stolz sein. Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, aber eben auch eines der teuersten. Kostentreibend wirkt vor allem der stetige Ausbau der Leistungen, also noch ein Arztbesuch, eine

AB 2022 N 1218 / BO 2022 N 1218

Zweitmeinung, ein MRI, weitere Laboruntersuchungen usw. Darüber scheint man sich in der Bevölkerung allerdings wenig Gedanken zu machen, denn die eigene Kostenbeteiligung ist moderat. Die Mindestfranchise liegt seit Jahren unverändert bei 300 Franken. Der aktuelle Gesundheitsmonitor zeigt zudem, dass die Bevölkerung keine Abstriche machen will. Der Zugang zu qualitativ hochstehenden Leistungen muss jederzeit und überall gewährleistet sein, Zugangsbeschränkungen werden nicht akzeptiert.

In diesem – so muss man es sagen – etwas paradoxen Umfeld nun konkrete Lösungen zu finden, ist entsprechend nicht einfach. Grosses Einsparpotenzial läge hingegen nur schon bei der Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich. Ambulante Behandlungen sind massiv günstiger und aus Sicht der Patientin oder des Patienten vielfach auch angenehmer. Zudem müssten alle Leistungen viel klarer an den sogenannten WZW-Kriterien – also Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit – ausgerichtet werden. Behandlungen, die dem nicht entsprechen, wären nicht mehr von der Grundversicherung zu begleichen. Wir bezahlen immer noch zu viele unnötige und teure Behandlungen, die den Patientinnen und Patienten gar keinen Nutzen bringen.

Die Patientinnen und Patienten müssen deshalb stärker in den Behandlungsprozess einbezogen und besser aufgeklärt werden. Sie müssen wissen, was eine Behandlung kostet, und sie müssen die Kosten überprüfen



können. Dann werden sie auch mehr Verantwortung übernehmen. Falsch ist es hingegen, die Krankenkassenprämien immer mehr zu subventionieren, wie es die Initiative will, und damit die Gesundheitskosten einfach auf anderem Weg auf die ganze Bevölkerung zu überwälzen. Die höheren Steuern, die damit nämlich verbunden sind, werden die Haushalte ebenfalls zusätzlich belasten.

Aus diesen Gründen ist die Initiative klar und deutlich abzulehnen.

Einem moderaten Gegenvorschlag stimmen wir zu. Denn es gibt tatsächlich Kantone – wir haben die Aufstellungen erhalten –, die ihre Hausaufgaben im Bereich der Prämienverbilligungen nicht gemacht haben. Ziel der damaligen Vorlage war klar, die Leute und Haushalte mit den tiefsten Einkommen zu entlasten. Dies soll nun mit dem Gegenvorschlag erreicht werden, indem ein entsprechendes Ziel zwingend vorgegeben wird. Ein solcher Gegenvorschlag ist eben zielgenauer und setzt dort an, wo wirklich Handlungsbedarf besteht, im Gegensatz zur Initiative, die einfach breit Geld verteilt.

Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates geht in die richtige Richtung und ist tragbar. Wir werden diesem entsprechend zustimmen und, wie gesagt, die Initiative klar ablehnen.

Herzog Verena (V, TG): Die Gesundheitsversorgung in unserem Land ist ausgezeichnet, doch sie hat auch ihren Preis. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 haben sich die Gesundheitskosten von 36,1 auf 83,3 Milliarden Franken im Jahr 2020 erhöht, das heisst um 130 Prozent und auf über 10 000 Franken pro Kopf. Die Ausgaben in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stiegen im gleichen Zeitraum von rund 10,2 auf 31,6 Milliarden Franken, sie haben sich also verdreifacht. Auch die Prämienverbilligungen sind stets gewachsen. Mehr als ein Viertel der Prämienzahler muss subventioniert werden, und trotzdem leidet ein Teil der Bevölkerung unter den hohen Belastungen durch die Krankenkassenprämien.

Auch wenn einige Hauptkostentreiber wie das Bevölkerungswachstum – vor allem aufgrund der Zuwanderung, welche die SP dann ja nicht gerade bekämpft – oder auch die Alterung der Bevölkerung ein Fakt sind und niemand auf medizinischen Fortschritt verzichten möchte, ist der Handlungsbedarf zur Eindämmung der Gesundheitskosten unbestritten. Die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP ist jedoch ganz sicher der falsche Weg. Sie tönt zwar verlockend. Wer will schon keine Entlastung von den Krankenkassenprämien? Sie ist jedoch nicht mehr als eine reine und für die SP typische Umverteilungs-Initiative. Durch die Initiative würden die Kosten von den Krankenkassenprämien hin zu den Steuern verlagert. Zur Dämpfung der Gesundheitskosten würde sie jedoch rein gar nichts beitragen, im Gegenteil: Das Verständnis für die Notwendigkeit kostendämpfender Massnahmen würde zusätzlich verringert.

Ziel muss doch sein, die Gesundheitskosten endlich wieder in den Griff zu bekommen, damit die Krankenkassenprämien nicht endlos weiter ansteigen. Nur eine Senkung der Gesundheitskosten kann zu einer nachhaltigen Entlastung der Haushalte führen. Stattdessen wurde in den letzten rund zwanzig Jahren immer mehr in die Grundversicherung integriert, z. B. die Übernahme der Komplementärmedizin, auch wenn deren Wirksamkeit nicht immer belegt ist. Ein zweiter Kostenschub erfolgte mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierungsregelung. Mit der Aufnahme der psychologischen Psychotherapien in die Grundversicherung am 1. Juli dieses Jahres geht der Ausbau munter weiter. Die Anspruchsmentalität ist grenzenlos, aber bezahlen will niemand.

Dabei kann jeder einzelne Prämienzahler auch seinen Beitrag zur Gesundung unseres Krankensystems leisten. In einem Bericht von 2016 zur Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten ist festgehalten, dass rund die Hälfte dieser Krankheiten durch den Lebensstil beeinflusst werde. Wer sich regelmässig bewege, ausgewogen ernähre, aufs Rauchen verzichte und nicht übermässig Alkohol trinke, habe gute Chancen, lang gesund zu bleiben.

Vor allem wir Gesundheitspolitiker sind nun gemeinsam mit medizinischen Fachleuten dazu aufgerufen, die Leistungen der Grundversicherung ganz neu zu überdenken und zum Beispiel mit einer Positivliste von wissenschaftlich als wirksam anerkannten Therapien und lebenswichtigsten Medikamenten neu zu entwerfen.

Ein weiterer wichtiger Kostentreiber ist der immense Ausbau der Spitalbauten für Hunderte von Millionen Franken. Richtig wäre eine Regionalisierung und Beschränkung der Spitäler auf wenige spezialisierte Zentrumsspitäler mit differenzierter Infrastruktur. Nicht jedes Spital muss alles anbieten. Kleine Regionalspitäler könnten redimensioniert werden und nur noch als Notfallaufnahme und allenfalls für einfachere ambulante Eingriffe benutzt werden.

Auch deshalb liegt die SP-Initiative falsch, die dem Bund zwei Drittel der Kosten und den überwiegenden Teil der Prämienverbilligungen übertragen will, obwohl die Gesundheitskosten stark von den kantonalen Entscheidungen, so auch von der Spitallandschaft, abhängig sind. Machen wir also nicht nur eine Kostenumverteilung, sondern packen wir das Problem an der Wurzel an.

Aus diesen und noch vielen weiteren Gründen empfehlen wir die Volksinitiative zur Ablehnung und lehnen auch den Gegenvorschlag ab. Ich bitte Sie, Gleiches zu tun.



Hurni Baptiste (S, NE): En vingt ans, la prime moyenne annuelle d'assurance-maladie est passée de 1850 francs à 3777 francs. Elle a donc doublé, son augmentation étant d'un peu plus de 100 pour cent. Les primes payées par la population suisse chaque année représentent 31 milliards de francs. A cela, les patientes et les patients doivent encore ajouter quelque 20 milliards de francs de leur poche pour payer les franchises, les quotes-parts, les frais dentaires et toutes les autres prestations qui ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire des soins.

Ainsi, dans le système de santé suisse, le patient paye de manière directe et sans intervention de l'Etat 70 pour cent de la facture totale. C'est la part la plus élevée de tous les pays de l'OCDE. Cela représente en moyenne presque 10 000 francs par année et par patient, c'est-à-dire plus d'un salaire médian et demi par année.

Dans la même période de vingt ans, les salaires ont, eux, augmenté d'environ 30 pour cent. Alors, oui, pour celles et ceux dont le revenu est élevé, c'est ennuyeux, mais c'est supportable. Cela agace, mais cela ne change pas fondamentalement la vie. Mais pour les autres, pour ceux qui gagnent normalement leur vie, c'est devenu intenable, impossible à payer et surtout insupportable.

Pour les familles d'abord, qui cumulent deux, trois, quatre ou plus de primes à payer et qui ont un risque accru de devoir financer les franchises et les quotes-parts. Pour les travailleuses et les travailleurs au revenu modeste ensuite, qui

AB 2022 N 1219 / BO 2022 N 1219

n'arrivent simplement plus à payer leurs primes. La conséquence pour ces gens est terrible. C'est le risque d'endettement ou la renonciation aux soins. Car, oui, aujourd'hui en Suisse, faute de pouvoir payer la somme qui équivaut à la franchise ou s'acquitter de la quote-part, certains s'endettent, d'autres renoncent à se soigner. Dans l'un des pays les plus riches au monde, c'est révoltant! Et avec ce système qui ne recule devant aucun paradoxe, dans le même temps, les réserves des caisses-maladie ont explosé. En effet, dans la même période de vingt ans, elles ont passé de quelque 280 francs par assuré à plus de 1100 francs. Comment cela est-il possible? On pressure les habitantes et les habitants de notre pays comme des citrons et, au bout du compte, les caisses-maladie quadruplent leurs réserves excédentaires.

Oui, le système est profondément malade. Nous l'avons dit en traitant l'initiative du Centre, nous le redisons aujourd'hui. Le système est malade, dysfonctionne, appauvrit les citoyennes et les citoyens de notre pays en enrichissant au passage de nombreux acteurs. De plus, ce système crée des réserves de 12 milliards de francs, pendant que les pauvres gens n'arrivent pas à payer leurs primes. Il faut corriger cela, c'est une urgence sociale absolue!

L'initiative du Parti socialiste (PS) le permet en fixant une règle claire sur le financement. On ne pourra plus consacrer plus de 10 pour cent de son revenu au paiement des primes d'assurance-maladie, et ce principe est simplement juste. Cela redonne du pouvoir d'achat aux gens et leur permet simplement de boucler leurs fins de mois. Le système que propose l'initiative fonctionne, puisque le canton de Vaud l'applique, avec des conséquences sociales extrêmement bénéfiques, et qu'il est tenable financièrement.

Réduire les coûts grâce au contre-projet à l'initiative du Centre et soutenir respectivement l'initiative populaire du PS et le contre-projet, voilà comment nous reprenons enfin la main dans un dossier crucial pour toutes et tous, contre un système qui est aujourd'hui une machine à appauvrir la population.

Je vous remercie de soutenir l'initiative populaire et le contre-projet indirect, car ne pas le faire, c'est continuer de ruiner la classe moyenne.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Schauen wir uns die Welt an, können wir feststellen, dass wir das Glück haben, in der Schweiz ein gutes Gesundheitswesen für alle zu haben. Es ist aber ein teures System: über 80 Milliarden Franken pro Jahr oder etwa 11 Prozent des BIP oder rund 10 000 Franken pro Person und Jahr – aber nicht etwa, wie es die Kollegin vorhin gesagt hat, weil wir im weltweiten Vergleich zu viel zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Wir meinen seitens der Grünen auch: Wir können uns ein gutes Gesundheitswesen leisten. Uns schön sind Fehlanreize wie derjenige, dass eine Operation rentiert und die Pflege nicht und damit unnötig operiert wird. Uns schön ist, dass via Privatkrankenkasse sehr viel verdient werden kann und wir viel zu teure Medikamente oder teilweise zu hohe Löhne von Fach- und Chefärzten oder auch Direktoren haben, dafür aber zu tiefe Löhne in der Pflege. Ein grosses Problem ist auch, dass immer mehr über die Krankenkassenprämien bezahlt werden muss und immer weniger seitens der öffentlichen Hand. Wären die Kosten via Staat bezahlt, wäre das angesichts von progressiven Steuern enorm viel fairer. Das heisst, wer wenig verdient, zahlt auch wenig bei den Gesundheitskosten; wer mehr verdient, zahlt mehr. Das ist relativ einfach, wenn wir das als Service public verstehen.

Das weitere bzw. grösste Problem sind unsere Kopfprämien. Alle, egal, welchen Lohn sie beziehen, zahlen



gleich viel. Auch da sind wir leider negativer Spitzenreiter im Vergleich zur EU. Die Belastung der Bevölkerung ist so hoch wie in keinem anderen Land. Dafür zahlt in den anderen Ländern der Staat mehr. Die Einführung des Obligatoriums der Krankenkasse war ein sozialpolitischer Meilenstein, weil vorher die Leute von den Arbeitgebenden abhängig waren. Viele hatten keine Krankenkasse, oder sie schlossen selbst eine Versicherung ab, falls sie sich das leisten konnten. Viele konnten sich das nicht leisten. Damit hatte man bei Krankheit keine medizinische Behandlung, oder der Spitalaufenthalt wurde zur Armutsfalle. Das Ziel des KVG ist es, war es damals und sollte es immer sein, dass alle von einer guten medizinischen Betreuung profitieren können. Sie sollen von dem profitieren, was nötig ist, um wieder gesund zu werden, und zwar via die obligatorische Krankenkasse und nicht via teure Privatversicherungen.

Bei der Einführung – Sie haben es heute schon gehört – war das Ziel, die Belastung der Bevölkerung bei 8 Prozent vom Einkommen zu limitieren. Heute zahlen gewisse Familien 20 Prozent ihres Einkommens. Das ist also fast eine Verdreifachung des damaligen Maximalwertes. Für viele Familien ist das ein riesiges Problem; sie können die Krankenkassenprämien nicht zahlen. Die Folge ist, dass sie aus Angst vor der Rechnung nicht mehr zum Arzt oder zur Ärztin gehen, oder sie gehen zu spät. Sie können sich die Krankenkassenprämien gar nicht mehr leisten, nur noch die Notversorgung ist möglich. Am Schluss sind die Menschen viel kränker, und das wird uns sehr viel teurer zu stehen kommen als ein System mit vernünftigen Krankenkassenprämien.

Deshalb ist die Initiative der SP und der Gewerkschaften ein pragmatischer, vernünftiger Vorschlag. Es soll eben nicht einfach nur Geld verteilt werden, sondern es sollen maximal 10 Prozent des Haushaltsbudgets entsprechend bezahlt werden müssen. Das ist immer noch mehr als das damalige Sozialziel, aber es ist verbindlich. Das wäre eine gute, vernünftige Idee für die Bevölkerung, die davon gut profitieren könnte. Der Gegenvorschlag ist immerhin etwas, er ist aber leider relativ zahnlos.

Deshalb bitten wir Sie, der Initiative klar und deutlich zuzustimmen.

Schläpfer Therese (V, ZH): Die Initiative will, wie schon gesagt, dass die Krankenkassenprämien für Einzelpersonen 10 Prozent des Einkommens nicht überschreiten. Eine Senkung der Krankenkassenprämien lässt immer alle hinschauen, sie ist quasi ein Eyecatcher.

Die Vorlage will eine Aufteilung der Finanzierung zwischen den Prämienzahlern und den Steuerzahlern. Mit anderen Worten: Die Initiative will eine noch stärkere Umverteilung der Kosten, statt die Kosten einzudämmen. Dabei sollte besser einmal überlegt werden: Wo könnten Kosten eingespart werden? Es sind vorwiegend die Mengen, welche die Krankenkassenprämien in die Höhe klettern lassen. Es sind gerade die Initianten, welche die Mengen stets ausweiten, ohne sich dabei die Frage zu stellen, wie solche Ausweitungen – wie die kürzlich angenommene Pflege-Initiative – finanziert werden können.

Die Prämien spiegeln die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Anspruch genommenen Leistungen wider. Von 100 Franken Prämien werden 96 Franken für die Deckung der Gesundheitskosten aufgewendet. Die Steuerung des Leistungsvolumens steht daher seit Jahren im Mittelpunkt des Interesses. Dies bleibt jedoch ohne überzeugende Ergebnisse, da die OKP-Bruttokosten zwischen 1996 und 2018 um durchschnittlich 4 Prozent pro Jahr gestiegen sind. Eines der Hauptprobleme der Kostenentwicklung ist die Über- und Fehlversorgung, die gemäss Schätzungen 20 bis 30 Prozent aller Kosten der OKP ausmacht und darüber hinaus ein grosses Risiko für die Patienten darstellt. Hier müssen durch die Einforderung der Indikations- und Ergebnisqualität die richtigen Anreize gesetzt werden.

Eine Beteiligung des Patienten im Qualitätsprozess ist dringend nötig. Der Patient wird damit zu einem wichtigen Akteur. Mit dem Programm "pay for patient value" könnten wir ein innovatives Anreizsystem zur Schaffung von Mehrwert für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger verfolgen.

Das uns bereits seit 2014 vom BAG zur Verfügung gestellte Health Technology Assessment Programme wird leider viel zu selten angewendet. Damit kann überprüft werden, ob die Leistungen die Kriterien wirklich erfüllen. Es ermöglicht auch, nutzlose Leistungen aus dem Leistungskatalog zu streichen.

Das Ziel muss sein, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, und nicht, sie umzuverteilen. Bereits heute gilt das Solidaritätsprinzip. Die Steuerzahler kommen für die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung von aktuell 5,4

AB 2022 N 1220 / BO 2022 N 1220

Milliarden Franken auf. Bei einer Annahme der Initiative werden diese um 4,5 Milliarden Franken erhöht, also beinahe verdoppelt.

Ein weiterer negativer Aspekt der Initiative der SP liegt im erheblichen administrativen Aufwand. Die Ausführung wäre äusserst komplex, und ein Ausbau der Bürokratie wäre nötig. Dies kommt insbesondere im Gegentwurf durch das vorgesehene Kaskadensystem zum Ausdruck.



Gibt es in privaten Haushalten in irgendeinem Bereich das Problem zu hoher Kosten, muss auch darüber nachgedacht werden, wo man Kosten einsparen kann. Die Erschliessung einer neuen Finanzierungsquelle steht nicht im Vordergrund. Sie können auch nicht einfach eine neue Kreditkarte beantragen, um damit die Rechnungen der anderen Karten zu begleichen.

Aus all diesen Gründen bitte ich Sie, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen sowie den Gegenvorschlag ebenfalls abzulehnen.

Locher Benguerel Sandra (S, GR): Ich halte jetzt ein Votum in die entgegengesetzte Richtung meiner Vorrednerin.

Es ist erfreulich, dass wir in der ersten Sessionswoche beschlossen haben, im Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative Kosten- und Qualitätsziele aufzunehmen. Doch es braucht parallel dazu weitergehende Massnahmen, wie sie jetzt mit der Prämien-Entlastungs-Initiative vorgeschlagen werden. Diese Initiative ist dringender denn je, vor allem auch hinsichtlich des drohenden Krankenkassenprämienchocks, den wir in wenigen Monaten erleben könnten. Für immer mehr Haushalte werden die Krankenkassenkosten untragbar. Das gilt insbesondere für Familien, die knapp zu viel verdienen, um noch eine Entlastung zu erhalten. Deshalb reichen die Folgen der überhöhten Prämien bis weit in den Mittelstand hinein.

Damit kombiniert bedeutet die ansteigende Teuerung einen massiven Kaufkraftverlust. Viele Familien stehen vor der Herausforderung, dass sie auch die Heizkosten nicht mehr bezahlen können. Dadurch fühlen sie sich noch stärker von existenziellen Fragen bedroht. Die Ausgaben für Wohnen und Krankenkassenprämien stellen die grössten finanziellen Belastungen der Schweizer Haushalte dar. Der Anstieg dieser Grundaussgaben dämpft die Reallohnentwicklung seit Jahren.

Uns stehen gemäss Prognosen nicht nur in diesem Jahr, sondern auch in den Folgejahren drastische Prämien erhöhungen bevor, und zwar in einer Grössenordnung, wie wir sie seit zwanzig Jahren nicht mehr erlebt haben. So wird für diesen Herbst ein Kostenschub von 5 bis 10 Prozent erwartet. Für eine fünfköpfige Familie, die 1000 Franken Prämien bezahlt, bedeutet das bei einer Teuerung von 7 Prozent 840 Franken Zusatzkosten pro Jahr.

Damit ist die Schmerzgrenze für viele Versicherte mehr als erreicht. Genau deshalb ist es richtig, dass künftig kein Haushalt mehr als 10 Prozent seines verfügbaren Einkommens für Prämien aufwenden soll. Genau das fordert die Initiative. Die durchschnittliche Belastung beträgt heute 15 Prozent, vor rund fünfzehn Jahren lag sie lediglich bei 5 Prozent.

Ein weiteres Plus der Initiative: Sie schafft endlich Gerechtigkeit bei den Prämienverbilligungen, indem künftig der Anspruch auf individuelle Prämienverbilligung in allen Kantonen gleichermassen gelten soll. So sollen sich die kantonalen Unterschiede bei den Prämienverbilligungen auf einem akzeptablen Niveau einpendeln. Zudem würde die Initiative zu einer Korrektur in jenen Kantonen führen, welche in den vergangenen Jahren erhebliche Sparpakete bei den Prämienverbilligungen beschlossen haben.

Parallel zur Initiative liegt der Antrag der Kommission auf dem Tisch, den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates anzupassen. Dieser Antrag bedeutet einen entscheidenden Fortschritt, denn damit werden die Beiträge für die Prämienverbilligung der Ergänzungsleistungsbeziehenden nicht mehr über das Volumen der Prämienverbilligung, sondern gemäss bewährtem EL-Verteilschlüssel separat finanziert. Diese Entflechtung entschärft die Problematik, wonach zurzeit ein grosser Teil des Volumens der Prämienverbilligung für die EL-Beziehenden genutzt wird. Damit kann der Betrag für die anderen Versicherten erhöht werden.

Ich komme zum Fazit: Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative sollen gerechtere und solidarischere Regeln festgelegt werden sowie mehr Mittel in die individuelle Prämienverbilligung fliessen. Das ist fair und wirkungsvoll. Denn die Prämienverbilligungen werden mit Steuergeldern finanziert und federn den unsozialen Charakter der Kopfprämien ab. So werden Bund und Kantone stärker in die Verantwortung genommen und haben auch mehr Anreiz, bei der Kostendämpfung konkret vorzugehen.

Ich bitte Sie, die Initiative und den angepassten Gegenvorschlag der Kommission zu unterstützen.

Wettstein Felix (G, SO): Ich starte mit meiner Interessenbindung: Ich bin Präsident von Pro-salute.ch, der gemeinsamen Stimme von Konsumentinnen, Patienten, Prämien- und Steuerzahlenden; das sind zusammen rund 8,7 Millionen Menschen.

In meinem Wohnkanton Solothurn beträgt die Richtprämie der Krankenversicherung pro erwachsene Person ab 26 Jahren 4032 Franken. Ein Haushalt mit zwei Erwachsenen, ohne Kinder, und einem Jahreseinkommen von 51 000 Franken hat den Grenzwert des satzbestimmenden Einkommens bereits überschritten und hat darum kein Anrecht auf Prämienverbilligung. Dieses Paar muss sage und schreibe 15,8 Prozent seines Jahreseinkommens für die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung aufbringen. Nehmen wir an, im Haus



nebenan wohne ebenfalls ein Paar ohne Kinder, das zusammen ein Jahreseinkommen von 670 000 Franken erzielt, Vermögenserträge mit eingerechnet. Dieses Paar zahlt gerade mal 1,2 Prozent seines Einkommens für die Prämien.

Wir richten in dieser Diskussion die Aufmerksamkeit jeweils auf die Geringverdienenden – zu Recht, denn diese sind je nach Kanton und Haushaltskonstellation sehr stark belastet. Wir richten die Aufmerksamkeit aber nie auf die Wohlhabenden. Für diese sind die Krankenkassenprämien schon fast eine vernachlässigbare Grösse. Ein Jahr mit etwas Kursgewinnen oder Dividenden, und schon ist die Prämie bezahlt. Es sind paradiesische Zustände für die Gutverdienenden, denn eine gute Versorgung im Krankheitsfall ist ihnen gewiss. In keinem anderen europäischen Land, und wohl auch weltweit nicht, kämen sie derart günstig, nahezu gratis, zu dieser umfassenden Versicherungsdeckung. Denn kein anderes Land kommt auf die Idee, die Krankengrundversicherung über Kopfprämien zu finanzieren. Alle wählen ein Versicherungsmodell, das einkommensabhängige Beiträge kennt.

Die Prämien-Entlastungs-Initiative ist ein Notausgang, aber einer, den wir jetzt bauen müssen. Wenn unser Land die unsägliche Kopfprämie endlich überwinden könnte, dann müssten wir keine solchen Übungen veranstalten wie heute mit dieser Initiative und dem Gegenvorschlag. Wir hätten keine solchen Übungen, die mit grossem administrativem Aufwand verbunden sind, egal, wo wir die Grenze zur Berechtigung auf Prämienverbilligung ziehen, egal, wie der Kostenschlüssel zwischen Bund und Kantonen aussieht. Aber eben, wir haben die Kopfprämie, und wir haben den Anstieg der Kosten, der seit Jahrzehnten steiler als die generelle wirtschaftliche Entwicklung verläuft – darum der Notausgang mit der Initiative.

Als unser Land die obligatorische Krankenversicherung einführte, war es das sogenannte Sozialziel, wonach niemand mehr als 8 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Prämien einsetzen müsse. Schon bald hat sich gezeigt, dass dies nicht einzuhalten ist. Die Bereitschaft des Bundes und vor allem der Kantone fehlte, genügend steuerfinanzierte Mittel in das System einzubringen. Bald sprach man von 10 Prozent, dann von 14 Prozent; heute kann es sein, dass ein Haushalt ohne Anrecht auf Verbilligung mehr als 16 Prozent des Einkommens abliefern muss. Gern geht auch vergessen, wie gross im schweizerischen System der Anteil ist, den Patientinnen und Patienten zusätzlich aus der eigenen Tasche zu zahlen haben: Es geht um Franchise und Selbstbehalt sowie nicht finanzierte Behandlungen, zum Beispiel die meisten Zahnbehandlungen.

Aus Angst, dass neben der hohen Prämienlast auch noch Selbstbehalte dazukommen, verzichten Menschen in materiell bescheidenen Verhältnissen oft darauf, die Ärztin, den

AB 2022 N 1221 / BO 2022 N 1221

Arzt überhaupt aufzusuchen. Das Bundesamt für Statistik hat die Daten dazu: Der Anteil der Wohnbevölkerung in der untersten Einkommensklasse, der aus finanziellen Gründen auf den Besuch beim Arzt oder Zahnarzt verzichtet, ist zwischen 2015 und 2019 von 6,1 Prozent auf 8 Prozent angestiegen. Das kann uns nicht gleichgültig sein.

Wenn die Initiative der Notausgang ist, dann ist der indirekte Gegenvorschlag höchstens der Stollen zum Notausgang. Auch ihn müssen wir bauen, für den Fall, dass die Initiative keine Mehrheit findet. Mit Artikel 65 Absatz 1ter hat der Bundesrat immerhin einen Weg gefunden, dank dem die Summen für die Prämienverbilligung mit der Kostenentwicklung Schritt halten können, jedenfalls mit der Entwicklung der prämierten Kosten. Wenn schon, wäre es jedoch vernünftiger, wenn die Behandlungskosten zu einem höheren Anteil als heute aus Steuern und nicht aus Prämien finanziert würden, vor allem aus der direkten Bundessteuer und den kantonalen Einkommenssteuern, denn diese werden immerhin progressiv erhoben.

Dandrès Christian (S, GE): L'initiative que nous traitons aujourd'hui est l'une des plus importantes de la législature et elle est fondamentale à deux titres. Tout d'abord, elle répond à l'une des préoccupations majeures de la population. Ensuite, elle le fait d'une certaine manière: elle est axée sur la satisfaction des besoins de la population. Or, aujourd'hui, cet aspect n'est pas pris en considération parce que le système de financement de cette assurance sociale exclut beaucoup de personnes de l'accès aux soins. Les coûts sont trop élevés, les personnes sont contraintes de prendre des franchises trop élevées également, et dès lors elles renoncent à se faire soigner. Sans compter que le catalogue des prestations n'inclut pas un volet fondamental: les soins dentaires.

L'initiative qui nous est proposée renforce le caractère social de l'assurance-maladie et franchit le pas ultime, ou en tout cas un pas supplémentaire important, après l'adoption de la LAMal dans les années 1990, qui a représenté un véritable progrès pour toute la population. Mais la modification de la LAMal qui est entrée en vigueur en 1996 n'a pas résolu un problème: la question du financement.

On avait déjà, dans l'ancien régime, un système de financement par tête, qui ne prenait pas en compte la



situation financière des gens. Ce qui a changé – il s'agit d'un aspect fondamental –, c'est qu'à l'époque, lorsque vous payiez une prime d'assurance-maladie trop chère, vous n'aviez même pas la possibilité de quitter la caisse si vous étiez malade ou trop âgé, parce qu'il n'y avait pas d'obligation de contracter pour les autres caisses. Il s'agit d'un des points essentiels de la modification de 1996. Cela a créé un système universel, mais, en gardant le financement par tête, on n'a malheureusement pas pu sauter le pas et en faire une assurance sociale digne de ce nom.

L'autre aspect important touche les soins. La LAMaL ne se préoccupe pas nécessairement de la manière dont ces soins sont fournis, notamment de la question de leur qualité et des conditions de travail. L'aspect qui a été pris en considération par la population l'année dernière avec l'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers permettrait en effet de faire en sorte que les conditions de travail des soignants soient améliorées et que, dès lors, la sécurité des patients soit optimale.

Avec cette initiative des 10 pour cent, on arriverait à un système qui permettrait à la population de pouvoir parvenir durant plusieurs années, sans problème, à la satisfaction effective de ses besoins.

Parce qu'aujourd'hui, cette assurance sociale contraint certaines personnes à consacrer jusqu'à 20 pour cent de leur revenu au paiement des primes d'assurance-maladie. A cela s'ajoute encore, pour les personnes qui ont des franchises élevées, l'obligation de devoir payer de leur poche un certain nombre de soins. Les données qui ont été publiées par l'OCDE montrent que la part des dépenses de santé à charge des ménages en Suisse est légèrement inférieure à ce que l'on a en Grèce ou au Portugal, mais qu'elle est quand même très en dessus de la moyenne européenne. On est à 28 pour cent en Suisse, et à 20 pour cent en moyenne au niveau européen. Et, donc, on atteint la limite du supportable pour la population, surtout dans le contexte actuel, où l'inflation est galopante et où les loyers ont considérablement augmenté. Ce sont souvent les deux principaux postes du budget des ménages.

Pour résoudre ce problème, il faut une action de la collectivité, une action publique qui vise à rendre ce système plus social. Pour cela, il faut sortir de la logique qui a été répétée à l'envi par le Conseil fédéral, ainsi que par les partis de droite, et qui consiste à dire que la seule et unique solution aux problèmes des ménages, c'est la réduction des coûts. C'est l'unique horizon évoqué, on répète cela comme un mantra à longueur d'année.

Il faut aborder cette question du financement. Sinon, cela revient à prôner de continuer à rationner les soins. Et rationner les soins, c'est continuer à créer des discriminations sociales qui ont un impact, à terme, sur l'espérance de vie en bonne santé. Nous en reparlerons dans le cadre de la campagne contre AVS 21, parce que les personnes qui ont de faibles revenus ont également une espérance de vie en bonne santé beaucoup plus faible.

Ce que je voulais dire ici, c'est que l'on n'est pas tous dans le même bateau par rapport aux assurances sociales et qu'il y a des discriminations profondes. Tout cela découle en partie de ce financement absurde, qui énerve la population. Et là, il faut dénoncer la logique du groupe UDC, parce que si la population veut autre chose, elle ne veut pas des recettes des bons docteurs néolibéraux qui sont venus s'exprimer à la tribune. C'est un point décisif.

On doit aussi rappeler que les dépenses de santé en Suisse sont certes dans la fourchette élevée de la moyenne européenne, mais qu'elles sont à peu près au même niveau qu'en France et en Allemagne. La situation est similaire au niveau des dépenses, mais ce qui ne l'est pas, c'est le montant que doivent supporter les classes moyenne et populaire.

Et la solution, un pas important, c'est de recommander d'accepter l'initiative populaire.

Farinelli Alex (RL, TI): 90 miliardi di franchi, oltre il 10 per cento del PIL, è una crescita di più del 50 per cento in vent'anni. Sono numeri che fanno riflettere e che pongono un interrogativo enorme alla politica. Infatti, i costi della salute e i premi della cassa malati sono un Giano bifronte, che dà sempre più preoccupazione alla popolazione.

Nella sessione in corso il caso vuole che prima, grazie ad un'iniziativa dell'Alleanza del Centro, ci siamo trovati a dibattere della questione dei costi, mentre oggi invece discutiamo la questione del finanziamento dei premi, anche qui per via di un'iniziativa popolare.

Mi permetto un'osservazione di carattere generale. Il fatto che sempre più spesso si pongano delle iniziative sul tavolo per affrontare dei temi complessi, il fatto che sempre più spesso i partiti utilizzino questo strumento, mi fa dire che la politica federale è sempre meno capace di trovare delle soluzioni concordate e si cerchi sempre di più una via del colpo di mano, della forzatura data dalle firme popolari. Questo modo di procedere può anche andare bene ma in sostanza si rischia di rompere un sistema che prima di tutto dev'essere basato sulla ricerca del compromesso e non sull'imposizione di una visione della società.



È chiaro che il tema dei premi è importante. Per questo è accettabile che per sgravare le famiglie che sono in qualche modo oppresse dai costi sanitari, talvolta anche insostenibili, l'ente pubblico intervenga a più livelli. Tuttavia questo non può e non deve diventare il sistema per evitare di affrontare il vero tema, quello del consolidamento dei costi, che, come detto prima, galoppino, diventando in poco tempo insostenibili. Non dobbiamo farci delle illusioni: il progresso tecnologico, l'allungamento della vita e il conseguente invecchiamento della popolazione sono aspetti positivi, sono conquiste enormi della nostra società, ma allo stesso tempo creano una sfida enorme legata al finanziamento del sistema sanitario. La soluzione proposta dall'iniziativa è quindi assolutamente da respingere. È una soluzione deresponsabilizzante che toglie agli attori coinvolti la consapevolezza dei costi che generano, perché crea un plafone al contributo ai costi.

AB 2022 N 1222 / BO 2022 N 1222

Allo stesso tempo però è pericoloso per tutti gli altri settori dell'intervento pubblico, in quanto andrebbe a prelevare e ad utilizzare una quantità di risorse crescente ed enorme. Queste risorse, giocoforza non sarebbero più a disposizione per svolgere tutti gli altri compiti che in queste sale decidiamo, che la società ci chiede di portare avanti e che responsabilmente non possiamo pensare di escludere, solo perché lo Stato deve impegnare troppe risorse nel coprire i costi fuori controllo del sistema sanitario.

Page Pierre-André (V, FR): Il est bien évident que, selon la gravité de l'opération, j'apprécierais une narcose complète. Je n'ai, par contre, nullement envie de la narcose que nous proposent l'initiative "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie" et son contre-projet.

Nous ne devons pas nous voiler la face: les mots généreux de l'initiative cachent un contenu trompeur. En réalité, le système proposé est une augmentation déguisée d'impôts. Qu'on ne me fasse pas dire ce que je ne dis pas: je suis conscient du problème que soulève aujourd'hui – comme hier et comme demain – la question des hausses des primes d'assurance-maladie. Cette problématique récurrente nous concerne tous.

Force est de constater que les responsables du système de santé n'arrivent pas à s'organiser autour d'un système de santé performant, avec des coûts raisonnables. Il s'agit donc de trouver une solution permettant de diminuer les coûts de la santé et les charges énormes pesant sur les familles et sur les personnes ne disposant que d'un revenu modeste, mais pas comme l'entendent les auteurs de l'initiative et du contre-projet indirect.

En effet, la réduction des primes visée par l'initiative frapperait durement les finances fédérales sans pour autant freiner la hausse des coûts de la santé. Sans compter que les finances des cantons seraient elles aussi mises à rude épreuve. Je ne peux souscrire à l'idée que les personnes qui ne payent pas d'impôt voient leurs primes d'assurance-maladie payées par la collectivité, ce qui serait une hausse d'impôt déguisée.

Le système actuel, géré par les cantons, convient parfaitement. Il permet à chaque canton, de manière autonome, de soutenir sa population en fonction de ses particularités. Le Conseil fédéral admet lui-même dans son message à notre Parlement le problème de la charge des primes d'assurance-maladie qui pèse sur le budget des ménages suisses. Mais nous ne résoudrons le problème ni avec cette initiative populaire ni avec le contre-projet indirect. Mettons en place entre les cantons des réorganisations pratiques, de meilleures collaborations, qui permettront d'obtenir des coûts raisonnables avec un minimum d'infrastructures.

Non à cette narcose qui endormirait nos concitoyennes et nos concitoyens. Je vous demande simplement de recommander le rejet de cette initiative populaire et de rejeter le contre-projet.

Wyss Sarah (S, BS): Ich beginne mit der Offenlegung meiner Interessen: Ich bin Mitglied des Initiativkomitees. Ich bezahle Kopfprämien wie Sie auch, und zwar 6000 Franken im Jahr, und ich beziehe keine Prämienverbilligungen. Das ist jetzt geklärt, womit meine Offenlegung erfolgt ist.

Mit der Einführung des KVG wurden 1996 die individuellen Prämienverbilligungen eingeführt. Die Nachteile der Einheitsprämien, wonach diese unabhängig von den ökonomischen Möglichkeiten sind und die Bezahlung obligatorisch ist, sollten damit ausgeglichen werden. Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung erfolgte dann 2008 die Änderung in der Finanzierung. Der Bundesbeitrag an die Verbilligung ist nicht länger von der Finanzkraft der Kantone abhängig, sondern beträgt seither 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Die Kantone ergänzen das dann nach Gutdünken.

Doch längst nicht alle Kantone kommen ihrer Pflicht nach, im Gegenteil: Einige Kantone missbrauchen diese Änderungen, um Sparübungen auf dem Buckel der Prämienzahlenden zu machen. Leidtragende sind die Haushalte mit tieferen und mittleren Einkommen, welche mit einem horrenden Anteil ihres Einkommens die Kopfprämien berappen müssen.



Aufgrund der hohen Prämienbelastung wählen zudem immer mehr Menschen die maximale Franchise, was einige ohne Polster und Reserven in ein finanzielles Dilemma bringt, wenn sie zum Arzt oder zur Ärztin gehen sollten. Auch ist die Belastung für chronisch kranke Menschen mit dem Selbstbehalt und weiteren Ausgaben "out of pocket" besonders hoch.

Ja, wir mögen vielleicht das beste Gesundheitswesen oder ein sehr gutes Gesundheitswesen haben. Aber unser Finanzierungsmodell ist eines der asozialsten auf dieser Welt. Es ist deshalb unerlässlich, dass wir die Haushalte entlasten und die Finanzierung der steigenden Kosten fairer auf alle Schultern verteilen. Es ist auch unerlässlich – um einige Voten von meinen Vorrednerinnen und -rednern aufzunehmen –, dass wir die Gesundheitskosten anschauen und diese langfristig dämpfen. Es ist hinsichtlich der Finanzierung zudem unerlässlich, dass wir klare Regeln aufstellen, um dem kantonalen Flickenteppich bei der Prämienverbilligung endlich ein Ende zu setzen. Genau deshalb braucht es die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP. Die selbst zu bezahlenden Prämien dürfen nicht mehr als 10 Prozent des verfügbaren Einkommens ausmachen.

Ebenfalls unterstützenswert ist der von der SGK-N geschmiedete Kompromiss. Er lässt den Kantonen mehr Freiheit, macht weniger Einschränkungen, gibt aber trotzdem wichtige Rahmenbedingungen dazu vor, wie hoch der Anteil der Verbilligungen sein muss. Dem unsäglichem Verhalten gewisser Kantone kann damit ein Riegel geschoben werden. Es wird damit nicht mehr möglich sein, den Bundesanteil der Prämienverbilligung vom Bund zu kassieren und die kantonalen Finanzen zu sanieren, und dies auf dem Buckel der Prämienzahlenden.

Ich unterstütze aus diesem Grund die Initiative wie auch den Kompromiss der SGK-N und würde mich natürlich freuen, wenn Sie das Gleiche tun.

Storni Bruno (S, TI): Negli ultimi vent'anni i premi di cassa malati sono più che raddoppiati. Sono cresciuti nettamente di più di salari o pensioni, chiaramente di più del caro-vita, ma non sono compensati. I premi cassa malati rappresentano un fardello sempre più pesante per coloro che dispongono di un reddito basso o medio. Per molte famiglie con un reddito appena sopra al limite per ottenere una riduzione del premio i premi cassa malati rappresentano ormai il 20 per cento del reddito disponibile. I premi, come sappiamo, crescono regolarmente di anno in anno a scalini più o meno importanti, mentre negli ultimi anni diversi cantoni hanno ridotto i sussidi per i premi cassa malati, togliendo così il beneficio del sostegno finanziario a molte persone.

Cosa fare? Proponiamo di ancorare nella Costituzione federale un tetto massimo dei premi, pari al 10 per cento del reddito disponibile, e il diritto degli assicurati a una riduzione finanziaria per almeno due terzi dalla Confederazione e il resto dai cantoni. È quanto, più precisamente chiediamo con l'iniziativa popolare per premi meno onerosi. Chiaramente non è la sola via per ridurre il peso dei premi. Dobbiamo anche lavorare sul fronte dei risparmi, ad esempio sui prezzi dei medicinali, sulle tariffe e sui consumi. Ma il problema è strutturale. La medicina fa progressi, allunga la speranza di vita, sviluppa nuove cure e migliora la qualità di vita. Inoltre, come sappiamo, la popolazione svizzera invecchia perché diminuisce il tasso di natalità.

Nel quadro generale del finanziamento dei costi della salute ricordo che oltre ai premi cassa malati personali, in rapporto a molto altri paesi, in Svizzera abbiamo un'importante fetta di costi completamente a carico dei pazienti, perché non coperti dalle assicurazioni malattia di base, ad esempio occhiali, visite ginecologiche, trasporti d'urgenza, ambulanze, cure dentarie, test prenatali e apparecchi acustici. Quindi abbiamo un'elevata franchigia strutturale di centinaia di milioni di franchi a carico dei pazienti che in molti altri paesi non esiste.

L'iniziativa non chiede tanto, ma che perlomeno si cambi il metodo di finanziamento delle cure di base dal sistema vigente dei premi personali a premi in funzione del reddito disponibile.

AB 2022 N 1223 / BO 2022 N 1223

C'è poi anche il problema dei premi che variano da cantone a cantone. Questo sistema sta penalizzando i cantoni con una popolazione anziana sopra la media. Si creano disparità tra "cantoni giovani" e "cantoni meno giovani". Sono disparità dovute anche a differenti dinamiche di sviluppo economico che favoriscono i cantoni centrali. Questi attirano i giovani e con essi i buoni rischi che poi mancano ai cantoni periferici, alimentando la crescita dei premi.

Il sistema di finanziamento dei costi della salute va finalmente rivisto alla base. L'iniziativa popolare "Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati" è la proposta giusta.

Weber Céline (GL, VD): Lors d'un débat qui s'est tenu durant la préparation des élections cantonales vaudoises, un député du Parti socialiste, le même parti qui nous propose aujourd'hui de plafonner à 10 pour cent du revenu la part consacrée au paiement des primes d'assurance-maladie, avait tenu ces propos: "Depuis que, dans le canton de Vaud, on a plafonné à 10 pour cent du revenu les primes d'assurance-maladie, on ne



parle plus du problème de la hausse des primes, car le problème a été résolu." Vous avez bien entendu: le problème a été résolu! La magie vaudoise! Mais comment peut-on oser prétendre que la hausse constante des primes est résolue comme par magie grâce à un plafonnement à 10 pour cent, le reste étant pris en charge par le canton?

Pour que l'Etat puisse payer la part des primes qui dépasse 10 pour cent du revenu, il faut d'abord qu'il aille chercher l'argent ailleurs, notamment auprès de la classe moyenne. La classe moyenne se retrouve ainsi à payer non seulement ses propres primes mais également celles des autres. A l'heure où tout augmente, la classe moyenne appréciera la facture. Alors peut-être me direz-vous que la classe moyenne peut bien consentir à faire cet effort, si cela permet de contenir la hausse des coûts? C'est bien sûr là que le bât blesse. Car cette initiative, qui a pour conséquence une déresponsabilisation aussi bien des patientes et des patients que des prestataires, ainsi que des cantons, ne fonctionne pas et n'est pas une solution à la hausse des coûts. En effet, pourquoi s'inquiéter de la hausse des coûts de la santé, et donc, des primes, quand vous savez que de toute façon ce sont les autres qui paieront pour vous? Comment peut-on espérer juguler la hausse des coûts de la santé en proposant un système qui s'apparente à ce point à un trou sans fond? Et, enfin, que fera-t-on le jour où les coûts de la santé auront tellement augmenté que même les ressources des collectivités publiques ne suffiront plus à les payer? Va-t-on alors instaurer un système de médecine à deux vitesses, ce type même de médecine dont personne ne veut, ni les initiants ni le reste de la population?

Vous l'aurez compris, se contenter de renvoyer le problème de la hausse des primes à la Confédération en ponctionnant au passage la classe moyenne, comme le souhaitent les initiants, n'apporte aucune solution financière durable, c'est pourquoi je vous demande de rejeter l'initiative en faveur du contre-projet.

Fehlmann Rielle Laurence (S, GE): Chaque automne, on attend avec une certaine résignation, ou plus souvent une exaspération justifiée, l'annonce de l'augmentation des primes. Faut-il rappeler la règle de base qui veut que l'ensemble de la population doit avoir accès à des soins de qualité à un coût abordable? En ce sens, les personnes assurées devraient contribuer au financement du système de santé en fonction de leur capacité économique, ce qui n'est pas le cas avec les primes par tête dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. Le parti socialiste dénonce depuis des années le fait que l'on paie les mêmes primes, que l'on soit riche ou pauvre: ce principe est injuste et le système devrait être réformé. Mais, face à l'opposition des partis politiques de droite qui font le jeu des assureurs, les lignes bougent très lentement. Tout au plus certains commencent-ils à remettre en question le niveau des réserves engrangées. Notre conseil a ainsi donné suite, la semaine dernière, à l'initiative parlementaire Nantermod 20.463, "LSAMal. Participation aux excédents", répondant ainsi aux demandes de plusieurs cantons dont le mien, le canton de Genève.

L'accès universel aux soins devrait être garanti pour l'ensemble de la population. Or, avec des primes d'assurance-maladie qui ont augmenté de 160 pour cent en vingt ans, la charge pour les familles devient insupportable et ce, malgré les subsides auxquels certaines ont droit. Avec ce système, de nombreuses personnes choisissent des franchises très élevées pour abaisser leurs primes, mais, ce faisant, elles se privent de soins, ce qui peut aggraver leurs problèmes de santé. En définitive, le coût sociosanitaire est plus élevé.

Afin de soulager les ménages, l'initiative socialiste propose de plafonner les primes d'assurance-maladie à 10 pour cent du revenu disponible du ménage.

Avec notre initiative, les moyens pour la réduction des primes seraient d'environ 3,2 à 4 milliards de francs. La Confédération prendrait en charge les deux tiers de la réduction des primes et les cantons, un tiers.

Le Conseil fédéral reconnaît la nécessité d'agir mais ne veut pas modifier le système au motif de ne pas menacer l'autonomie des cantons. C'est une manière de se défaire de ses responsabilités alors que la LAMal est une loi fédérale dont il est nécessaire de corriger certaines dérives.

Durant cette session, il est beaucoup question de pallier les risques liés au renchérissement en lien avec la guerre en Ukraine qui provoque des difficultés d'approvisionnement en énergie et en différentes matières premières. Or, parmi les mesures destinées à renforcer le pouvoir d'achat des personnes à revenus modestes et moyens, figure la réduction des primes d'assurance-maladie. De plus, avec la hausse brutale des primes qui s'annonce pour cet automne, cette mesure est primordiale.

On ferait aussi des économies si l'on avait le courage de miser sur la prévention. Voilà peut-être pour ma préopinante qui se plaignait des coûts de la santé qui allaient augmenter à n'en plus finir. En effet, on dépense toujours plus dans les services de santé alors que ceux-ci, bien qu'indispensables, interviennent pour seulement 10 à 15 pour cent dans l'amélioration de la santé de la population. Si l'on investissait plus de ressources pour modifier les habitudes et les conditions de vie de la population, on réaliserait des économies substantielles tout en diminuant les souffrances de nombreuses personnes. C'est le sens de la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles de la Confédération, maladies qui représentent 80 pour cent des



coûts de la santé et qui sont, par exemple, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les cancers, le diabète, etc. Le défaut de cette stratégie est qu'elle met trop de poids sur la responsabilité individuelle et pas suffisamment sur les mesures structurelles, à savoir les mesures pour améliorer le cadre de vie de la population.

En conclusion, je vous demande de recommander l'acceptation de l'initiative du Parti socialiste qui propose une répartition plus favorable aux cantons et surtout un réel allègement des primes. Néanmoins, le groupe socialiste soutiendra également le contre-projet issu de la majorité de la commission qui prévoit quand même de mettre à disposition 2,2 milliards de francs pour la réduction des primes, ce qui représente une avancée significative au regard de la situation actuelle.

Imboden Natalie (G, BE): Ist eine Sozialversicherung, die mit einer Kopfprämie finanziert wird, eine soziale Versicherung? Diese Frage stellt sich, wenn wir heute die Prämien-Entlastungs-Initiative beraten. Das Problem ist nicht die Sozialversicherung, das KVG an und für sich, sondern – und darum geht es heute – deren Finanzierung. Der Konstruktionsfehler beim KVG heisst klar: Kopfprämien. Denn genau diese Kopfprämien machen die Krankenversicherung zu einer Unsozial-Krankenversicherung.

Die Prämienverbilligungen sind darum das notwendige soziale Korrektiv bei einer unsozial finanzierten Sozialversicherung. In seiner Botschaft an das Parlament anerkennt der Bundesrat das Problem der Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Der Bundesrat weist darauf hin, dass in den vergangenen Jahren

AB 2022 N 1224 / BO 2022 N 1224

gewisse Kantone ihren Beitrag an die Prämienverbilligung nicht im gleichen Mass erhöht haben wie der Bund, dies trotz stetig steigender Gesundheitskosten. Dieser grosse Unterschied zwischen den Kantonen in einer obligatorischen Grundversicherung ist das Problem. So zeigt das im Mai 2022 aktualisiert erschienene Monitoring "Wirksamkeit der Prämienverbilligung", das im Auftrag des BAG erstellt wird, genau diese Problematik sehr detailliert auf.

Ich nehme das Beispiel des Kantons Bern, weil ich dieses Beispiel gut kenne. Der Kanton Bern hat – notabene mit einem SVP-Gesundheitsdirektor – hohe Prämien und tiefe Prämienverbilligungen, was unter dem Strich eine besonders hohe Belastung für den Mittelstand zur Folge hat. Die Belastung liegt im Kanton Bern gemäss diesem Monitoring bei den Standardprämien bei sattem 18 Prozent. Das ist die verbleibende Belastung nach Abzug der Prämienverbilligungen. Haushalte müssen fast einen Fünftel ihres Einkommens für die obligatorische Krankenversicherung bezahlen.

Es gibt nur ein wirksames Rezept gegen dieses Problem, und das ist die Beschränkung der Belastung der Prämien auf 10 Prozent, wie es die heute vorliegende Initiative uns vorschlägt. Denn nur so werden die säumigen Kantone verbindlich eingebunden und verpflichtet, sich an einer wirksamen Lösung zu beteiligen. Damit werden die Prämienverbilligungen nicht zum Spielball finanzpolitischer kantonaler Sparprogramme, wie das in der Vergangenheit in verschiedenen Kantonen leider der Fall war. Stimmen Sie darum wie ich der Volksinitiative für die Prämienentlastung zu. Nur die Initiative gestaltet die unsozialen Kopfprämien für den Mittelstand sozial verträglich aus und macht damit eine unsozial finanzierte Sozialversicherung für den Mittelstand und für die Familien verträglich.

Alle anwesenden Personen und auch die Parteien, die sich sonst für den Mittelstand und die Familien einsetzen, müssen darum heute eigentlich Ja sagen, Ja zur Empfehlung der Prämien-Entlastungs-Initiative.

Roth Franziska (S, SO): Vor 31 Jahren setzte der Bundesrat das Sozialziel, wonach die Krankenkassenprämien die Haushalte mit nicht mehr als 8 Prozent des steuerbaren Einkommens belasten sollen. Klar, ein Ziel ist nicht verbindlich – aber ein Ziel, das man sich so setzt, ist eben auch keine Vision. Nach über dreissig Jahren kann man da nur konstatieren: Aufgabe nicht erfüllt, Ziel nicht einmal annähernd erreicht.

Mittlerweile machen die Krankenkassenprämien bis zu über 14 Prozent des Einkommens aus. Jahr für Jahr liest, hört und debattiert man darüber, dass Massnahmen gegen zu hohe Prämien ergriffen werden sollen. Menschen mit tiefen Einkommen "retten" sich vor unbezahlbaren Prämien in hohe Franchisen und gehen damit wegen der hohen Kosten oftmals zu spät zum Arzt. Nach über dreissig Jahren Versagen löffeln diejenigen Menschen die Fehler der Politik aus, die in der doch reichen Schweiz, im Verhältnis zu ihrem Einkommen, sonst schon vor einem Suppenteller sitzen, dessen Boden nur knapp bedeckt ist – weil sie keinen Platz am reich gedeckten Tisch erhalten. Einzelne können, sinnbildlich gesprochen, nicht einmal von der Hand in den Mund leben.

Diese Menschen können nichts dafür, dass die Politik versagt hat. Wir können zwar mit dem Nichtstun weiter-



fahren. Aber die Hunderttausende Menschen, die von Armut betroffen sind oder kurz davor stehen, brauchen dringendst eine Entlastung. Dies soll nicht in Form von Leistungsabbau oder einer weitergehenden Zweiklassenmedizin, wie wir sie mit den Zusatzversicherungen bereits ansatzweise haben, geschehen, sie brauchen eine Entlastung in Franken und Rappen. Dafür steht die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)". Diese Massnahme wäre schon längst nötig, denn unser System mit den unsozialen Kopfprämien belastet die unteren und mittleren Einkommen gleich mehrfach.

Uns ist klar, dass wir mit dieser Initiative die Zunahme der Gesundheitskosten nicht direkt bekämpfen. Aber wir bekämpfen direkt weitere Armut, ein weiteres Abdriften in die Sozialhilfe, und tragen direkt dazu bei, dass die Menschen bei Bedarf wieder rechtzeitig zum Arzt gehen. Unser Ziel muss es doch sein, die Gesundheit zu fördern und nicht die Krankheiten.

Wir können nicht arme Menschen für unsere Untätigkeit zahlen lassen. Wie stellen Sie sich das in Zukunft vor? Die Kosten werden weiter steigen, und die hohen Kosten werden uns alle belasten. Wen belasten sie aber verhältnismässig am meisten? Nicht die mit Einkommen, wie wir sie haben, sondern Personen im Handwerk, in der Landwirtschaft, in der Pflege – den Coiffeur, die Bäckerin, die Gärtnerin, den Raumpfleger. Unser Ziel muss sein, die Kaufkraft, die Gesundheit, die Unabhängigkeit und den Wohlstand dieser Menschen zu verbessern.

Erlauben Sie mir den Vergleich: Die Armee bekommt von heute auf morgen mehr Geld, ohne im Moment belegen zu müssen, wofür. Wir bauen für Milliarden neue Autobahnen und Tunnels. Aber für eine bezahlbare Gesundheitsversorgung unserer Steuerzahlenden streiten wir seit über dreissig Jahren und kommen nicht wirklich weiter. Bund und Kantone machen trotz schwarzmalenden Budgets Überschüsse. Die Hauptbegründung der Ablehnung der Prämien-Entlastungs-Initiative durch Bundesrat und Kommission lautet: erhebliche Auswirkungen auf den Bundeshaushalt.

Machen wir Nägel mit Köpfen, sagen wir Ja zur Initiative, fördern wir erhebliche positive Auswirkungen auf die Gesundheit von uns allen.

de Montmollin Simone (RL, GE): Ce n'est pas un scoop: la charge que représentent les primes d'assurance-maladie pour les assurés est un sujet de constante préoccupation, tant elle impacte fortement leur budget; une charge qui ne cesse d'augmenter depuis des années. La loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit pourtant des réductions de primes pour les assurés de condition modeste, et la Confédération y contribue à hauteur de pratiquement 3 milliards de francs. Mais il est regrettable de constater que tous les cantons n'appliquent pas ces réductions de manière homogène, ou en tout cas pas de manière à suivre la progression, quand bien même ils sont tenus de le faire.

Confédération et cantons doivent ensemble contrer cette spirale d'augmentation des primes en oeuvrant activement contre l'augmentation des coûts de la santé. Lutter contre la hausse des coûts reste la priorité absolue. Mais tant que les assurances annonceront des augmentations parfois substantielles, il sera également nécessaire de tenir compte des conséquences de ces augmentations pour la population. Je pense en particulier à la classe moyenne, aux familles, aux jeunes adultes, aux personnes âgées qui ne sont pas éligibles aux réductions de primes mais pour qui la part du budget consacrée aux primes d'assurance-maladie devient un véritable fardeau et une cause, parfois, de paupérisation.

Dans cette perspective, l'initiative part d'un constat partagé: les primes d'assurance-maladie doivent être supportables pour les assurés, pour tous les assurés. Est-il pour autant correct de changer de paradigme en intégrant un taux unique de 10 pour cent, ou que la Confédération se substitue aux cantons en assurant deux tiers des allègements? Ce serait, à mon avis, un oreiller de paresse qui s'avérerait vite impossible à payer.

Cette initiative part d'un bon sentiment, mais n'est pas une réponse durable, tant elle traite le symptôme et non le mal. En maintenant sous perfusion un système défaillant, on ne réglera pas le problème de la hausse des coûts. Il est pourtant nécessaire d'apporter une réponse. Oui, le contexte économique est à l'inflation, ce qui péjorera encore le pouvoir d'achat. Les annonces d'augmentation de primes à venir sont autant de sources d'inquiétude pour les assurés. Trouver une réponse adéquate à cette spirale des augmentations, en luttant contre l'augmentation des coûts de la santé, reste donc une priorité.

Dans l'immédiat, cela doit aussi passer par un soutien aux assurés, qui doit rester équitable et suffisamment incitatif pour que les cantons y contribuent activement. En cela, la proposition du contre-projet indirect est un bon compromis, ambitieux financièrement, puisqu'on parle tout de même de 2,2 milliards de francs, mais équilibré et qui respecte le principe de subsidiarité et, surtout, qui tient compte du caractère obligatoire de l'assurance-maladie, qui doit rester supportable pour tous.



Suter Gabriela (S, AG): Die Krankenkassenprämien steigen seit Jahren, während die Löhne stagnieren. Zwischen 1996 und 2008 betrug der jährliche Anstieg durchschnittlich 4 Prozent. Dadurch hat die Belastung für Personen mit geringem und mittlerem Einkommen massiv zugenommen. Eine vierköpfige Familie zahlt mittlerweile sicher über 1000 Franken Prämien pro Monat. Die Initiative verlangt etwas ganz Moderates: Niemand soll mehr als 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlen. Heute ist es so, dass die durchschnittliche Belastung bei 14 Prozent liegt. Im Kanton Aargau, aus dem ich komme, betrug sie 2019 sogar 18 Prozent. Das ist skandalös, und das müssen wir schleunigst ändern.

Deshalb sollen Bund und Kantone mehr zur Prämienverbilligung beitragen. Der Bund soll mindestens zwei Drittel der Kosten tragen, die Kantone den Rest.

Bei allen anderen Sozialversicherungen werden die Prämien solidarisch finanziert, über Steuern oder über einkommensabhängige Beiträge. Bei den Krankenkassenprämien hingegen ist das anders. Egal, ob man 60 000 oder 300 000 Franken im Jahr nachhause bringt, ob man Sachbearbeiterin oder Oberärztin ist – die Prämie ist gleich hoch, denn Krankenkassenprämien sind Kopfprämien. Dieses Kopfprämiensystem ist nicht sozial. Die Versicherten werden sehr unterschiedlich stark belastet.

Die Prämien-Entlastungs-Initiative setzt bei der Kostenverteilung an und sorgt für den nötigen sozialpolitischen Ausgleich. Heute beteiligen sich die Kantone sehr unterschiedlich an den Gesundheitskosten. Das Prämienverbilligungssystem ist ebenfalls sehr uneinheitlich geregelt. Es gibt Kantone, die mit der Prämienverbilligung knausern, und andere, die bereits das volle Ausmass ausschöpfen. Mit der Initiative sorgen wir dafür, dass es keine Rolle spielt, in welchem Kanton man wohnt. Man hat anteilmässig immer den gleichen Anspruch auf Prämienverbilligung.

Stossend am heutigen System ist, dass immer mehr Geld aus dem Prämienverbilligungstopf für Personen eingesetzt werden muss, die Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe beziehen. Dieses Geld fehlt nämlich bei der ordentlichen Prämienverbilligung, die eigentlich für Familien, Paare und Einzelpersonen mit tiefen und mittleren Einkommen vorgesehen ist. Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sind hingegen Sozialleistungen, sie haben mit der ordentlichen Prämienverbilligung nichts zu tun. Die ordentliche Verbilligung der Krankenkassenprämien ist ein Ausgleich zur ungerechten Kopfsteuer, die Menschen mit kleinen und mittleren Einkommen überproportional belastet, ein Ausgleich, den das Parlament bei der Einführung des Obligatoriums explizit als Kompromiss gewollt hat.

Im Herbst droht uns bereits ein weiterer wuchtiger Prämienschock. Bis zu 10 Prozent sollen die Prämien steigen. Zudem schwächt der Krieg in der Ukraine die Kaufkraft. Wir müssen die Menschen entlasten. Der indirekte Gegenvorschlag ist immerhin ein erster Schritt. Er beseitigt aber die ungerechten Verhältnisse zwischen den Kantonen nicht. Darum braucht es die Initiative.

Ich bitte Sie, die Volksinitiative zur Annahme zu empfehlen.

Fischer Benjamin (V, ZH): Es gibt eigentlich nichts, was zum Thema der steigenden Gesundheitskosten noch nicht gesagt wurde. Es ist ein ganz besonders kompliziertes Thema. Es ist nicht so, dass es keine Lösungen gäbe. Es gibt viele, sie sind aber nicht so einfach und populär zu erklären: ambulant vor stationär, wofür es eine einheitliche Finanzierung der ambulanten und der stationären Versorgung braucht; allgemein die Bekämpfung der Überversorgung, wozu es auch eine Lockerung des Vertragszwangs braucht; die Bekämpfung von falschen Anreizen im Tarifsysteem; eine Überarbeitung des Grundkatalogs im KVG. Das sind alles Dinge, die viele eben lieber nicht anpacken wollen, weil es ihnen doch zu heiss ist.

Die Hauptfrage lautet: Will man die Kosten überhaupt senken? Wer will das überhaupt tun? Man muss zum ernüchternden Schluss kommen, dass das eigentlich gar niemand wirklich erreichen will. Man kann ja auch sagen, ein Grossteil der Kostensteigerung sei sehr erfreulich. Sie hat mit der steigenden Lebenserwartung zu tun, sie hat mit dem medizinischen Fortschritt zu tun. Am Ende wollen viele Menschen, die sich über die steigenden Kosten beklagen, dann eben doch die beste Versorgung für sich selber und vor allem auch für ihre Angehörigen. Jede und jeder will eigentlich das Beste, und je weniger man selber dafür bezahlen muss, je weniger man selber sieht, wie viel es kostet, desto weniger hat man einen Anreiz, auf die Kosten zu schauen. Es ist nicht nur so, dass es Leute gibt, die nicht zum Arzt gehen, weil sie Angst haben, dass sie es sich nicht leisten können. Vielmehr ist es in diesem Land auch so, dass sehr viele Menschen mehrere Konsultationen machen und Diagnosen immer wieder überprüfen lassen, vielleicht bis sie die passende haben. Das ist ein Problem der Überversorgung, das wir kennen.

Bei der vorliegenden Vorlage geht es um nichts von alledem. Es geht nicht um die Kosten, sondern es geht nur um die Prämien, um die Frage der Verteilung. Es ist tatsächlich so, dass der Mittelstand die grösste Belastung trägt. Menschen mit sehr tiefen Einkommen erhalten bereits heute erhebliche Prämienverbilligungen.



Menschen in Armut, von denen immer wieder gesprochen wird, profitieren häufig von einer vollen Prämienübernahme, oder ihnen wird die Prämie im Rahmen der Sozialhilfe bezahlt. Bei ganz grossen Einkommen fällt die Prämie prozentual weniger ins Gewicht.

Wir haben zwar, wie immer wieder gesagt wurde, eine Kopfprämie. Es gibt aber doch einen Umverteilungsmechanismus, nämlich insofern, als heute das Gesundheitssystem von den Privatversicherten quersubventioniert wird. Nur mit der Grundversicherung können die Spitäler ihre Kosten häufig nicht decken. Insofern gibt es eben schon eine Umverteilung von den Privat- zu den Allgemeinversicherten.

Aber die grösste Last trägt wirklich der Mittelstand, diejenigen, die eben keine Prämienverbilligungen erhalten, aber bei denen die Prämie doch sehr stark ins Gewicht fällt. Für diejenigen fordert die SVP den vollen Steuerabzug der Prämie. Im Kanton Zürich werden wir im November voraussichtlich eine Volksabstimmung darüber haben.

Mit dieser Initiative hier verteilen Sie die Kosten indes nur um. Sie verdecken das Problem der Entwicklung der steigenden Kosten. Damit wird erst recht niemand mehr ein Interesse daran haben, die Kosten zu senken. Zudem greifen Sie eben in die Autonomie der Kantone ein. Ich war ja jetzt sieben Jahre lang in der Gesundheitskommission des Kantons Zürich, und wir haben unsere Hausaufgaben gemacht.

Lehnen Sie diese Initiative und den Gegenvorschlag also ab. Sie verdecken das Problem, das führt zu einer Umverteilung und nicht zu einer Lösung.

Bendahan Samuel (S, VD): Pensez donc: parmi toutes les raisons pour lesquelles les coûts sont élevés, il y en a qui sont clairement évitables. Les salaires des "top managers" des compagnies d'assurance-maladie, uniquement des patrons des quelques assurances qu'on a, permettraient à eux seuls de payer 12 000 primes, soit les primes de 1000 personnes durant une année. Avec les salaires des médecins qui sont payés plus de 1 million de francs, on pourrait payer les primes de 26 000 personnes, soit 317 000 primes. Le surcoût de la fourniture en masse d'équipements lourds, particulièrement par des cliniques privées, nous permettrait de payer les primes de 52 000 personnes de plus.

Enfin, si vous voulez vraiment des chiffres qui vous fassent tourner la tête, rien qu'avec les bénéfices de Novartis et de Roche en Suisse, on pourrait payer 100 millions de primes, et même plus que cela, ce serait donc plus que nécessaire pour payer les primes d'assurance-maladie de l'ensemble de la population de notre pays. Je ne parle que des coûts illégitimes, je ne parle que des choses que l'on pourrait vraiment faire ici pour réduire les coûts. Des revenus de plus de 1 million de francs pour des médecins, des revenus de centaines et de centaines de milliers de francs pour des directeurs de compagnies d'assurance-maladie, est-ce normal? Absolument pas.

Il y a encore évidemment des sources de réduction des coûts qui sont peut-être moins faciles à trouver, mais que nous avons la responsabilité de mettre en oeuvre. Qui est

AB 2022 N 1226 / BO 2022 N 1226

responsable de la hausse des coûts de la santé? Qui est responsable du fait qu'il soit possible que, dans notre pays, de telles sommes d'argent aillent dans les poches de si peu de personnes? C'est nous, c'est le Parlement. Ce ne sont pas les personnes ni les familles qui, tout à coup, consacrent 15 pour cent de leur revenu au paiement de leurs primes d'assurance-maladie qui sont responsables de ce qui arrive. Que peut faire une famille de la classe moyenne, qui consacre 15 ou 20 pour cent de son revenu au paiement des primes d'assurance-maladie, pour lutter contre l'augmentation des coûts de la santé? La seule chose qu'elle peut faire, c'est voter socialiste. Mais sinon elle n'a aucune prise sur les coûts de la santé. Nous, au contraire, avons prise sur ces coûts. Nous avons la possibilité, chaque jour, d'adopter des mesures pour parvenir au but.

La bonne nouvelle avec l'initiative socialiste, c'est la suivante. Si notre Parlement est efficace et parvient à réduire les coûts de la santé, alors immédiatement après nous verrons que les primes d'assurance-maladie seront allégées pour tous les ménages. Il est de la responsabilité de la Confédération d'agir, et donc c'est à elle d'assumer lorsque cela devient complètement abusif pour la plupart des familles de notre pays.

Je vous invite donc à accepter aujourd'hui cette initiative populaire, parce que nous sommes en pleine explosion des coûts de la santé. Le pouvoir d'achat diminue, nous n'arrêtons pas de le dire, et une des causes principales de l'érosion du pouvoir d'achat, c'est l'explosion du montant des primes d'assurance-maladie.

Nous sommes l'organe qui a les moyens d'agir contre cela. Je vous invite donc à protéger la population contre des primes excessives, c'est-à-dire celles qui dépassent 10 pour cent du revenu, en mettant en place le mécanisme proposé par l'initiative, et ensuite, pourquoi pas, à agir ici pour réduire les coûts, particulièrement quand ces coûts sont dus à des profits énormes des multinationales de l'industrie pharmaceutique ou encore d'abus dans le système de la santé. Il est vrai que la plupart des gens qui travaillent dans le domaine de la



santé sont des gens qui le font par vocation, avec vraiment la volonté d'améliorer la vie des gens, et il n'est pas juste que nous jetions l'opprobre sur l'ensemble du secteur de la santé parce que quelques acteurs arrivent à s'enrichir massivement dans un pays, je vous le rappelle, où nous payons les médicaments et les équipements massivement plus cher qu'ailleurs alors que nous ne serions pas obligés de le faire.

Je vous invite à alléger le fardeau que constituent les primes pour le pouvoir d'achat des ménages, et à recommander l'acceptation de notre initiative, pour le bien de la population.

Steinemann Barbara (V, ZH): Etliche meiner Vorredner haben es schon erwähnt: Seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 sind die Gesundheitskosten und die entsprechenden Prämien in der Schweiz ganz enorm gestiegen. Die grosse KVG-Reform aus der Küche von SP-Bundesrätin Dreifuss ist mit dem grossen Ziel angetreten, die Kosten des Gesundheitswesens zu senken. Schon damals war aber für die SVP klar, dass das von Frau Dreifuss konstruierte und von den Linken und den Mitteparteien inklusive des Freisinns unterstützte KVG zur Kostenexplosion führt. Es war klar, dass es nicht etwa umgekehrt eine kostendämpfende Wirkung erzielt, wie dem Stimmbürger vorgegaukelt wurde.

Auffallend oft verfehlen Politik und Staat nicht nur klar ihre Ziele, sondern erreichen das exakte Gegenteil des Angestrebten. Das Gesundheitswesen ist das Paradebeispiel dieses staatlichen Versagens. Wären Politiker für ihre Fehlleistungen haftbar, wäre das Gesundheitswesen in der Schweiz das Paradebeispiel für eine solche Verantwortungsklage.

Wir dürfen dem Gesundheitssystem nicht einfach noch mehr Geldmittel zuführen, ohne die Ursachen für dessen Versagen zu analysieren. Es sind nämlich nicht alle Kosten im Gesundheitswesen gleichermassen im Steigen begriffen. Heute werden 63 Prozent der Gesundheitsausgaben in der Schweiz von Drittzahlern getragen. Es lohnt sich, ganz genau hinzuschauen: Die Kosten jener Leistungen, die wir per Gesetz gemeinschaftlich finanzieren, also über Steuern und Prämien der OKP, steigen jedes Jahr viel stärker als die Kosten aller anderen Gesundheitsleistungen, die jeder Bezüger selber finanziert, also die Kosten des Zahnarztbesuchs, die Kosten von nicht kassenpflichtigen Medikamenten oder die Prämien für die privaten Zusatzversicherungen. Hier haben wir einen ganz zentralen Kostentreiber ausgemacht. Intuitiv ist das nachvollziehbar, denn bei den gemeinschaftlich finanzierten Leistungen spielt der Preis für den Bezüger keine Rolle, er muss das Preis-Leistungs-Verhältnis nicht abwägen. Die Patienten haben keinen Anlass, nur das Nötigste zu beziehen. Die Anspruchshaltung der Versicherten steuert die Kostenentwicklung ganz massgeblich.

Das ist auch für den Anbieter bequem: Er kann einfach fakturieren, ohne dass jemand Grenzen setzt. Wir wissen alle: Dort, wo die meisten Anbieter von Gesundheitsleistungen sind, sind auch die Kosten am höchsten. Grundsätzliche Systemfehler und Fehlanreize liessen sich durchaus korrigieren. Die Initianten zeigen sich mit ihrer Initiative jedoch unbeeindruckt von den enorm steigenden Kosten. Die Vorschläge der SP-Volksinitiative ändern nichts an der Kostenentwicklung, weil sie nichts am Grundproblem ändern. Die Prämienverbilligungen dürften, ganz im Gegenteil, noch kostentreibend wirken. Ende 2020 waren 2 371 000 Einwohner von Prämienverbilligungen abhängig; das sind 27,6 Prozent der Bevölkerung. Der Staat schüttet heute schweizweit fast 5,5 Milliarden Franken Subventionen dafür aus; bei Annahme der Volksinitiative wären es knapp 10 Milliarden Franken, das wäre also fast das Doppelte. Damit würden noch mehr Einwohner von Umverteilungsgeldern abhängig gemacht.

Der Steuerzahler soll also die Gesundheitskosten übernehmen, ganz nach dem Geschmack der linken Ideologie, wonach Reiche unbegrenzt zur Kasse gebeten werden sollten. Denn die Steuern sind natürlich der Progression unterstellt. Das dürfte für die Sozialdemokraten eine sehr willkommene Nebenwirkung sein, schliesslich haben sie mehrmals vergeblich den Versuch unternommen, die Gesundheitskosten den Reichen bzw. den angeblich Reichen zur Finanzierung zuzuschieben. Immer weitere Bevölkerungskreise von Transfereinkommen abhängig zu machen, ergibt vielleicht aus Sicht der staatsgläubigen Sozialdemokraten Sinn, aber aus ordnungspolitischer und volkswirtschaftlicher Sicht ist das ein Unsinn.

Deshalb empfehle ich diese Volksinitiative zur Ablehnung.

Amoos Emmanuel (S, VS): Depuis l'introduction du caractère obligatoire de l'assurance-maladie en 1996, aucune avancée sociale importante n'a pu être menée par notre Parlement sur ce dossier. Bientôt trente ans; trente ans que l'immobilisme est la norme quand on parle de l'assurance-maladie. Année après année, les primes augmentent sans aucune corrélation avec l'augmentation réelle des coûts – je pense notamment aux réserves. Ces augmentations touchent financièrement de plein fouet les familles de la classe moyenne. Et la majorité de droite de ce Parlement semble s'en satisfaire. C'est consternant!

Ma question est simple: alors que la population n'est absolument pas satisfaite du système de financement par tête, sans aucune solidarité, et que la grande majorité des familles suffoque sous le poids que font peser les



primes d'assurance-maladie sur leur budget, qu'est-ce qui peut bien justifier l'immobilisme de ce Parlement? Si la situation s'est quelque peu améliorée ces dernières années, une réponse est vraisemblablement à chercher dans la représentation scandaleuse des membres bourgeois dans les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique et dans les conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie. Il semble que pour beaucoup ici les bénéfices des caisses d'assurance-maladie et leur enrichissement personnel sont plus importants que le pouvoir d'achat des familles.

Je me demande parfois si vous ne vivez pas dans une bulle. Comment ne pouvez-vous pas vous rendre compte des difficultés qu'affrontent nos concitoyennes et nos concitoyens au moment de payer leurs primes d'assurance-maladie? Pourquoi avez-vous attendu l'initiative du Parti socialiste, pour

AB 2022 N 1227 / BO 2022 N 1227

enfin prendre au sérieux ce problème et faire en sorte qu'enfin des mesures soient proposées par le contre-projet?

Je vais vous donner quelques chiffres: depuis l'entrée en vigueur de l'assurance obligatoire des soins, les primes ont augmenté en moyenne de 3,8 pour cent par an. En trente ans, les primes d'assurance-maladie ont pratiquement triplé! Les augmentations de salaire n'ayant clairement pas suivi, l'augmentation des primes pousse de plus en plus de familles dans des situations extrêmement précaires.

Il est important de se rappeler, que lors de l'élaboration de la LAMal au début des années 1990, le Conseil fédéral avait souhaité que les primes n'excèdent pas un plafond de 8 pour cent du revenu.

Mais, faute d'avoir inscrit ce plafond formellement dans la loi, les primes ont par la suite très vite explosé. Aujourd'hui, en moyenne, les ménages dépensent près de 14 pour cent de leur revenu pour payer les primes d'assurance-maladie. Et cette part peut grimper jusqu'à 20 pour cent du revenu pour certaines catégories de ménages dans plusieurs cantons. Les ménages dépensent plus d'argent pour payer les primes d'assurance-maladie que pour s'acheter à manger.

D'ailleurs, l'une des causes les plus fréquentes d'arriérés de paiement en Suisse est le non-paiement des primes d'assurance-maladie. Près de 8 pour cent de la population est concerné. Chères et chers collègues, 8 pour cent de la population ne parvient pas à payer ses primes! Et ce chiffre de 8 pour cent ne prend pas en compte certains ayants droit aux subsides, tels que les bénéficiaires de l'aide sociale ou les bénéficiaires des prestations complémentaires. Lorsque des personnes ou des familles qui ne sont pas endettées sont forcées de recourir à l'aide sociale, ou bien de s'endetter pour pouvoir payer leurs primes, c'est que la situation nécessite une adaptation d'urgence. Il faut corriger cette situation et améliorer politiquement et socialement le système de réduction des primes.

Les cantons portent une grande responsabilité dans l'inefficacité du système de réduction des primes. Au lieu d'assumer leur responsabilité vis-à-vis des citoyennes et des citoyens, de nombreux cantons n'ont pas suffisamment adapté les subventions à l'augmentation des primes. Certains cantons ont même assaini leurs finances sur le dos de la population. Cela a été le cas dans mon canton, le canton du Valais. Lorsque le canton a réalisé des déficits en 2013 et 2014, le gouvernement cantonal a simplement diminué de 50 millions de francs les subsides pour les primes d'assurance-maladie. A la suite d'une seule décision du gouvernement valaisan, 26 000 Valaisannes et Valaisans n'ont, d'un jour à l'autre, plus reçu aucune subvention. Heureusement, la situation a depuis été rétablie. Cet exemple démontre la fragilité du système actuel et la nécessité d'agir pour aider durablement la classe moyenne. Les cantons doivent absolument s'engager sur le long terme dans le financement des primes d'assurance-maladie.

Car c'est bien la classe moyenne qu'il faut soulager. Jusqu'à aujourd'hui, les réductions individuelles de primes ont essentiellement été mises en place pour aider les personnes en situation de précarité, voire de pauvreté. C'était bien évidemment nécessaire, mais les catégories modestes ont clairement été négligées.

Les annonces d'augmentation à deux chiffres pour cet automne ne sont pas de nature à rassurer la population. La période inflationniste que nous traversons actuellement met encore plus les ménages sous pression. Il semble donc très clair qu'une réaction politique est absolument nécessaire afin de diminuer le poids des primes d'assurance-maladie sur le budget des familles.

Et c'est bien pour cela que l'initiative du Parti socialiste, qui vise à limiter le montant des primes d'assurance-maladie à 10 pour cent du revenu des ménages, doit absolument être mise en oeuvre.

Le contre-projet n'est pas aussi bon, mais il représente déjà une avancée importante pour la classe moyenne de notre pays.

Glättli Balthasar (G, ZH): Als man das Krankenkassenobligatorium einführte, war das das Ende eines langen Prozesses. Die politische Bedeutung dieser Entscheidung der Stimmberechtigten war: Wir wollen, dass die



Gesundheitsversorgung ein Solidaritätswerk ist. Die politische Argumentation und die Überzeugung, welche die Menschen am Schluss zu einem Ja veranlassten, basierten auf dem Wissen darum, dass niemand aus Spass zum Arzt geht. Niemand lässt sich aus Spass in den Notfall einliefern. Niemand nimmt die Risiken einer Operation einfach aus Spass auf sich.

Was ich jetzt aus den Voten der Gegnerinnen und Gegner dieser Initiative immer wieder herausgehört habe, war die Idee, dass man eine unanständige Nachfrage über den Preis lenken muss. Es ist keine unanständige Nachfrage, wenn jemand, der krank ist, versucht, gesund zu werden. Wir sind nicht krank, weil wir es wollen. Wir sind krank, weil der Zufall dazu geführt hat, weil wir genetische Voraussetzungen haben, für die wir persönlich nichts können. Wir sind vielleicht auch aus Umweltgründen krank, oder wir sind krank, weil wir in einer sozialen Situation sind, die uns belastet.

Nicht zuletzt ist auch Existenzangst ein ganz klarer Indikator. Das kann finanzielle Angst sein, aber zum Beispiel auch Angst um den Aufenthaltsstatus. Menschen, die mehr Angst haben, werden kränker. Deshalb muss es doch unser Ziel sein, diese Angst zu verringern und nicht Barrieren aufzubauen, die gewisse Menschen, die ein dickeres Portemonnaie haben, überspringen können und andere nicht. Deshalb meine ich: Zur Solidarität gehört auch die Kappung, zur Solidarität gehört ein Maximum von 10 Prozent des Einkommens; wenn es nach mir ginge, dürfte es auch weniger sein.

Die zweite Diskussion lautet: "Aber die Kosten? Die Kosten steigen!" Eigentlich verwundert mich das etwas. Wir Grünen sind sonst die einzige ernst zu nehmende wachstumsskeptische Kraft in der Politik. Wir sagen, dass immer mehr Konsum, immer mehr Ausgaben, immer mehr Verkehr nicht zwingend immer mehr Wohlstand heisst. Es gibt offenbar einen Bereich in der Gesellschaft, in der Politik, da gilt das nicht. Wenn die Gesundheitskosten steigen, dann sagt man, das sei ein Skandal. Wenn die Werbekosten steigen, dann sagt man, das sei toll, das BIP wachse, es gebe ein Wachstum.

Es gibt einen Bereich in diesem Land, in dem Wachstum schlecht ist, und das ist das Gesundheitswesen. Aber bei diesem Wachstum geht es nicht darum, ob ein Betrag grösser wird oder kleiner, sondern darum, was dabei rauskommt, ob man mit dem Geld etwas Sinnvolles macht. Ja, und das ist eine Diskussion, die können wir mit dieser Initiative nicht abschliessen. Das ist eine Diskussion um die Frage, ob wir mit diesem Geld das Gute, das Richtige, das qualitativ Brauchbare machen. Zahlen wir für das Richtige oder für das Falsche? Diese Diskussion müssen wir führen, aber nicht die Diskussion darüber, dass wir jene Menschen, die weniger Geld haben, von der Teilhabe an unserem Gesundheitssystem ausschliessen.

Sagen wir Ja zu einer Gesellschaft, die Gesundheit will und die Gesundheit als Grundrecht anerkennt. Sagen wir Ja zu dieser Initiative.

Munz Martina (S, SH): Die Krankenkassenprämien steigen und steigen. Die Prämien stehen auf dem Sorgenbarometer der Bevölkerung ganz oben. Gegenwärtig beträgt die Belastung der Haushalte im Durchschnitt 14 Prozent des verfügbaren Einkommens, im Kanton Bern beträgt sie sogar 19 Prozent. Die Gesundheitsausgaben sind – nach den Wohnkosten und noch vor den Steuern – mittlerweile die zweithöchste Ausgabenposition der Haushalte.

Mit der Inflation und den steigenden Preisen für Energie droht der Bevölkerung ein Kaufkraftverlust. Mit der Annahme der Prämien-Entlastungs-Initiative haben Sie es in der Hand, gezielt die mittleren und unteren Einkommen zu entlasten. Im Gegensatz zu den Benzinpreissubventionen setzt die Prämien-Entlastungs-Initiative gezielt bei der Erhaltung der Kaufkraft bei den unteren Einkommen und dem Mittelstand an.

Die Krankenkassenprämien sind zur unerträglichen Last geworden, insbesondere für viele Haushalte, die gerade ein wenig zu viel verdienen, um eine Prämienentlastung zu erhalten. Die Prämien steigen rascher als die Löhne. Personen mit kleinem Einkommen bis weit in die Mittelschicht werden dadurch jedes Jahr ärmer. Die Schmerzgrenze ist für viele

AB 2022 N 1228 / BO 2022 N 1228

Haushalte überschritten. Die Schuldenberatungen schlagen Alarm, weil immer mehr Menschen die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlen können.

Die Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 1996, also vor erst 25 Jahren, ist nach der AHV die grösste sozialpolitische Errungenschaft der Schweiz und geht auf die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss zurück. Das Obligatorium brachte grössere Solidarität unter allen Bevölkerungsschichten – Solidarität zwischen Jung und Alt, zwischen Mann und Frau, zwischen Gesunden und Kranken – und einen Leistungsausbau in der Grundversicherung. Das Obligatorium hielt aber auch am Kopfprämienmodell fest, einem problematischen schweizerischen Unikum. Bei der Einführung der Krankenversicherung sollten die Prämien gemäss Vorprojekt 8 Prozent des Familieneinkommens nicht überschreiten dürfen, heute sind wir durchschnittlich beim



Doppelten angelangt.

Die SP fordert deshalb mit der Prämien-Entlastungs-Initiative, dass kein Haushalt mehr als 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Prämien zahlen soll: eine sinnvolle Belastungsobergrenze, wenn man am Kopfprämienmodell festhalten will.

Gewisse Kantone haben in der Vergangenheit auf Kosten der Prämienentlastung gespart. Auch bei diesem Problem setzt die Initiative an. Sie fordert, dass der Bund mindestens zwei Drittel und die Kantone den Rest zur Entlastung beisteuern. Die Kantone sollen sich nicht mehr aus der Verantwortung stehlen können. Der Anspruch auf Prämienverbilligung soll in allen Kantonen gleichermassen gelten.

Der Handlungsbedarf wird weit über die Parteigrenzen hinweg erkannt. Der Gegenentwurf geht in die richtige Richtung, auch wenn er weniger weit geht als die Initiative. Für die Prämienentlastung werden vom Bund zusätzlich 2 Milliarden Franken zur Verfügung gestellt, das ist eine massive Entlastung der Bevölkerung.

Ich bitte Sie, unterstützen Sie die Initiative und auch den Gegenentwurf. Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative, aber auch mit dem Gegenentwurf können wir die Prämienlast für alle Bevölkerungsschichten erträglich gestalten und stützen damit auch die Kaufkraft der Bevölkerung.

Piller Carrard Valérie (S, FR): L'initiative dont nous débattons aujourd'hui est un excellent outil pour lutter contre la pauvreté des familles. Ces vingt dernières années, les primes d'assurance-maladie ont plus que doublé en Suisse, alors que les salaires et les rentes n'ont que très légèrement augmenté. Pour de nombreux ménages, les primes d'assurance-maladie sont devenues un fardeau insupportable. En réduisant le revenu disponible de la classe moyenne, l'augmentation annuelle des primes se fait au détriment de dépenses comme la nourriture ou le logement et, comble de l'ironie, au détriment de la santé même des personnes assurées, qui tardent à consulter pour cause de franchise élevée.

Selon les derniers chiffres qui datent de 2020, donc avant la crise sanitaire, 8,5 pour cent de la population suisse est touchée par la pauvreté: très concrètement, ce sont 722 000 personnes qui peinent à vivre dignement dans notre pays. C'est considérable! Notre initiative vise donc à ce qu'aucun ménage en Suisse ne doive dépenser plus de 10 pour cent de son revenu pour les primes d'assurance-maladie.

Le chaos règne actuellement dans le système des réductions individuelles de primes. Il existe en effet 26 régimes cantonaux, ce qui est inacceptable pour une assurance sociale nationale. L'égalité de traitement entre les assurés et les cantons doit enfin être renforcée. De plus, ces dernières années, les cantons se sont progressivement désengagés du financement des réductions individuelles de primes, de sorte que de moins en moins d'assurés bénéficient de subsides.

En janvier 2019, le Tribunal fédéral a déclaré illégales les réductions individuelles de primes trop faibles dans le canton de Lucerne. Ce jugement tire la sonnette d'alarme pour tous les cantons: selon la LAMal, les familles à "revenus faibles et moyens" ont droit à des réductions de primes. Or, dans de nombreux cantons, les limites de revenus donnant droit à des réductions de primes violent la loi fédérale.

Il est grand temps que les cantons corrigent cette dynamique! Les personnes ayant perdu leur droit aux subsides doivent le recouvrer, et celles à revenus modestes doivent être mieux protégées.

Notre initiative créerait plus de justice, puisque les barèmes de la réduction des primes seraient similaires dans tous les cantons. Elle vise à établir des règles plus équitables et plus solides. En investissant davantage dans la réduction individuelle des primes, nous renforcerions la justice sociale. En effet, la réduction des primes est financée par l'argent des contribuables et amortit le caractère antisocial de la prime par tête. La Confédération et les cantons auraient ainsi une plus grande responsabilité et seraient davantage incités à adopter une approche plus concrète de la maîtrise des coûts.

Je pense en particulier à la classe moyenne et aux familles gagnant juste "trop" pour bénéficier d'une réduction des primes: elles voient leur revenu disponible fondre chaque année un peu plus. La pauvreté n'est pas un phénomène marginal en Suisse, et la guerre en Ukraine n'a rien arrangé. Les conséquences en ont été largement sous-estimées, on le voit avec l'augmentation du prix de l'essence et de l'électricité, dont l'ampleur a de quoi inquiéter. Et il y a bien sûr une incertitude quant à la durée de ces prix surfaits. Pour moi, il est évident qu'il est urgent d'agir aujourd'hui pour soutenir les familles, leur redonner un certain pouvoir d'achat qui profitera bien sûr à l'ensemble de l'économie. Cela passe par une intervention volontaire de la Confédération et des cantons.

Je vous invite avant tout à soutenir l'initiative d'allègement des primes, un outil privilégié pour lutter contre la pauvreté et renforcer le pouvoir d'achat des familles. Il s'agit aussi d'anticiper l'augmentation des primes-maladie, qui sera très probablement annoncée en septembre prochain. Après l'accalmie de l'an dernier, cette hausse risque de faire particulièrement mal cette année.



Studer Lilian (M-E, AG): Die Schweiz lässt sich das Gesundheitswesen etwas kosten. Dies ist eine Tatsache und streicht die Bedeutung des Gesundheitswesens heraus.

Die EVP ist dankbar für alles, was im Gesundheitswesen an Gutem und Wichtigem geleistet wird. Dies waren schon meine Worte bei der Kostenbremse-Initiative, diese Worte kann ich bei dieser Debatte nur wiederholen. Die hohen Kosten sind eine Realität, welche die Prämienzahlenden auch spüren. Der Anstieg der Standardprämien der letzten dreizehn Jahre ist mit einem Wachstum von 54 Prozent, das heisst mit über 150 Franken pro Person und Monat, sehr hoch. Auch nächstes Jahr sieht es nicht besser aus.

Die Prämienbelastung betrug 2017 durchschnittlich 14 Prozent des verfügbaren Einkommens. Die Belastung kann insbesondere für einen Teil des unteren Mittelstands hoch ausfallen, wenn die Kantone dessen Prämien nicht oder nur sehr eingeschränkt verbilligen. Als Indikator dient die Anzahl der Betreibungen wegen nicht bezahlter Prämien. Über 410 000 Versicherte, die von keiner Verbilligung profitieren, konnten 2019 ihre Prämien nicht bezahlen. Zusätzlich haben die Kostenbeteiligung – die Franchise und der Selbstbehalt – sowie Selbstzahlungen beispielsweise für Zahnbehandlungen, Langzeitpflege oder für Medikamente, also für Dinge, die nicht in der Grundversorgung inbegriffen sind, in den letzten Jahren stark zugenommen.

Viele Kantone haben sich zudem über die letzten Jahre sukzessive aus ihrer gesetzlichen Verpflichtung zurückgezogen. Ziel wäre es ja, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu gewährleisten. Dies wird überall ein wenig anders interpretiert. Dass im Jahr 2019 zehn Kantone sogar insgesamt weniger Geld für Prämienverbilligungen zur Verfügung stellten als noch im Jahr 2010, ist für die EVP nicht nachvollziehbar.

Doch die Prämien-Entlastungs-Initiative, die gut gemeint ist, hat negative Konsequenzen. Die Annahme der Initiative hätte eine Umverteilung der Kosten der Prämien auf die Allgemeinheit zur Folge. Das heisst, nur diejenigen, die Bundessteuern bezahlen, müssten diese Kosten übernehmen. Während Haushalte mit tieferem Einkommen von Verbilligungen, Kita-Subventionen und tieferen Steuern profitieren, bezahlen Haushalte des Mittelstands die Krankenkassenprämien

AB 2022 N 1229 / BO 2022 N 1229

selbst, erhalten keine oder wenige Subventionen und bezahlen hohe Steuern.

Wir von der EVP begrüssen hingegen den indirekten Gegenvorschlag. Jeder Kanton soll festlegen, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten höchstens ausmachen darf. Ein Vorteil dieses Gegenvorschlags ist auch, dass für die Kantone Anreize gesetzt werden, die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu senken, damit sie weniger Mittel für die Prämienverbilligung zur Verfügung stellen müssen. Einen weiteren Vorteil sieht die EVP darin, dass die Kantone das Instrument der Prämienverbilligungen auf ihre anderen Sozialleistungen und Steuern abstimmen können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die EVP gegen die zweifache Benachteiligung des Mittelstands wehrt, welche die Initiative verursachen würde, nämlich den fehlenden Zugang zu den Prämienverbilligungen und die erheblich höheren Kantons- und Bundessteuern. Somit lehnen wir die Initiative ab. Den indirekten Gegenvorschlag unterstützen wir aber mit Überzeugung, dies zur besseren Kontrolle durch die Kantone und zur Entlastung der Prämienzahlenden.

Walliser Bruno (V, ZH): So ruhig war es in diesem Ratssaal schon lange nicht mehr. Das hat wahrscheinlich mit der Präsenz zu tun.

Die Initiative der SP fordert, dass kein Haushalt in der Schweiz mehr als 10 Prozent seines verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben muss. Dabei sollen die dafür notwendigen Prämienverbilligungen zu mindestens zwei Dritteln durch den Bund und zu einem Drittel durch die Kantone, also durch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler, finanziert werden.

Es ist eine typische Umverteilungs-Initiative. Die 10-Prozent-Initiative folgt dem Giesskannenprinzip und ist nicht nötig. Der indirekte Gegenvorschlag ist zu bürokratisch und vermischt Prämienverbilligungen mit einkommensabhängigen Prämien. Was wir brauchen, ist endlich ein Rezept gegen die dauernd steigenden Krankenkassenprämien. Die Erwartungshaltung, die Selbstverständlichkeit, dass jedes und alles durch die Krankenkasse bezahlt wird, ist schlicht falsch. Beginnen wir bei uns selbst: Genügend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind schon ein kleiner Beitrag, den jede und jeder leisten kann, um gesund zu bleiben. Auch die übermässige Zuwanderung trägt natürlich dazu bei, dass die Kosten im Gesundheitswesen weiterhin steigen. Die Grundversicherung wird über Kopfprämien finanziert. Diese sind unabhängig vom Einkommen und pro Personenkategorie gleich. Damit wird in einem solidarischen System auch Selbstverantwortung gelebt.

Die Initianten bringen vor, dass immer mehr Versicherte gezwungen wären, eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien bezahlen zu können. Hier soll die Initiative Abhilfe schaffen, indem jeder Haushalt nur noch



10 Prozent seines verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden muss. Eine Annahme der Initiative wird also faktisch dazu führen, dass alle Versicherten, die von ihr profitieren, die tiefste Franchise wählen, da sie die Kosten ja nicht mehr selber tragen müssen. Damit wird in unserem Gesundheitssystem auf breiter Front keine Selbstverantwortung mehr gelebt; Mehrkosten werden die Folge sein.

Dieser Fehlanreiz soll nicht in unser System eingeführt werden. Die Leistungen der Grundversicherung werden heute in der Schweiz über Kopfprämien, Franchisen und Selbstbehalte einerseits und über Steuermittel respektive Prämienverbilligungen andererseits gedeckt. Damit wird in unserem Gesundheitssystem schon heute Solidarität und Selbstverantwortung gelebt.

Aus diesen Gründen sind die Prämien-Entlastungs-Initiative und der indirekte Gegenvorschlag abzulehnen.

Fridez Pierre-Alain (S, JU): Notre société a besoin de cohésion sociale, de justice et de solidarité – de toujours plus de solidarité. Aujourd'hui, la question des primes de caisses-maladie pose problème pour une part toujours plus importante de la population. Les primes annoncées pour cet automne – leur augmentation de 6, 7, 8 pour cent, on ne sait pas – n'annoncent rien de bon. Les primes de caisses-maladie mettent notre société sous tension.

L'assurance-maladie universelle, obligatoire est une bonne chose. Cela permet d'offrir une protection sociale, un filet social à l'ensemble de la population. Le problème, ce sont les coûts. Et malgré tous les efforts réalisés par les différents corps de métier, par l'administration, par les politiques, ces coûts augmentent. Les facteurs ont les connaît, ce sont l'augmentation de l'âge de la population, l'augmentation de la qualité de l'offre qui devient de plus en plus technologique et chère, l'augmentation aussi de la demande des gens. Les primes sont devenues des charges insupportables pour une part croissante de la population. En moyenne, chaque personne doit payer 5000 francs par an avant que la caisse-maladie ne paie un franc pour elle. Il y a deux choix possibles: soit les primes sont élevées et la franchise basse, soit les primes sont basses mais la franchise élevée. Les franchises élevées permettent d'espérer des économies en craignant le coup dur.

Je vais parler de trois catégories de personnes. Tout d'abord celles qui ont des bas revenus. L'aide qu'elles reçoivent actuellement pour payer les primes est juste et indispensable, mais souvent insuffisante face aux besoins. Et dans un canton comme le mien, le Jura, environ 40 pour cent des gens reçoivent une aide qui est souvent insuffisante. Mais les moyens à disposition sont également insuffisants.

Ensuite, il y a la classe moyenne et elle, elle est souvent très pénalisée, avec beaucoup de personnes dans cette classe qui ont des primes qui dépassent largement les 10 pour cent du revenu. Pour une famille composée d'un couple et de deux enfants de plus de 18 ans qui sont aux études, cela peut avoisiner presque les 20 pour cent. Ce qui compte en définitive, c'est ce qui reste à la fin du mois pour tourner.

Le problème dans cette histoire de caisses-maladie, c'est le paiement des primes par tête: une personne, une prime, la même prime quel que soit le revenu, devenue une sorte d'impôt. La situation est très compliquée pour de très nombreuses personnes. En tant que médecin généraliste, je suis confronté en première ligne à la situation de ces gens. Beaucoup peinent à payer leurs primes. J'habite une région où les gens ont des revenus bas. Ce n'est pas simple. 20 pour cent des gens en Suisse, et j'en connais beaucoup, ont une fois ou l'autre renoncé à des soins. Je vois également des patients qui ne consultent pas chaque année, mais tous les deux ou trois ans, et je dois poser des diagnostics tardifs par exemple pour une hypertension ou un diabète. Récemment, j'ai vu un patient qui n'avait pas consulté depuis des années. On lui a trouvé un diabète avec une rétinopathie diabétique, donc une atteinte aux yeux, avancée.

Notre pays a besoin d'une solidarité encore renforcée. Nos grands impôts, au sens large du terme, fonctionnent sur la base soit de la progressivité, tel l'impôt fédéral direct – qui est un impôt juste –, soit de la redistribution, telle l'AVS.

Cette initiative "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie" soulagerait surtout les pauvres de ce pays et tout particulièrement la classe moyenne, qui ne reçoit pas de contribution pour le paiement de ses primes.

Cette initiative arrive dans un contexte un peu particulier, celui de la crise de l'énergie, qui induira une augmentation des prix de l'énergie. Nous assisterons au développement d'une pauvreté sur le plan des énergies. Notre pays a donc besoin de solidarité; cette initiative est un premier pas: merci de la soutenir.

Nidegger Yves (V, GE): L'objectif consistant à faire en sorte que les ménages suisses n'aient pas à déboursier plus que 10 pour cent du revenu pour des primes obligatoires de contribution au système de santé est évidemment totalement défendable en tant que tel. Les plus gros clients des offices de poursuite dans les cantons suisses sont l'Etat, pour les impôts, et les caisses-maladie, pour des primes impayées. L'initiative, telle qu'elle est formulée, vous propose de mélanger tout cela. Je ne pense pas que ce soit digeste pour autant.



Parce que le noyau du mal dans la LAMal, s'il fallait aller le chercher, ce n'est pas la répartition des coûts, ce sont les coûts eux-mêmes qui ne sont pas maîtrisés, contrairement

AB 2022 N 1230 / BO 2022 N 1230

aux promesses de l'époque. Je vous rappelle qu'avant l'introduction de la LAMal on n'avait que 3 pour cent des Suisses qui ne s'assuraient pas parce que ce n'était pas obligatoire: 1 pour cent d'optimistes, 1 pour cent de riches qui pensaient que si cela allait mal ils iraient plutôt aux Etats-Unis se faire soigner et que pour le reste ils pouvaient payer eux-mêmes, et 1 pour cent de pauvres qui souffraient de cette situation: ils se soignaient mal et finissaient à l'hôpital, à la charge de la collectivité.

Aujourd'hui, c'est plus de 30 pour cent des Suisses qui ont recours à la collectivité pour les aider à payer leurs primes parce que ces primes sont totalement non maîtrisées, pas parce qu'elles sont mal réparties, mais parce que le système est un appel à la consommation.

Je vous propose de faire l'expérience vous-mêmes. C'est très simple. Vous partez avec dix amis manger au restaurant un soir et vous leur dites que ce soir l'addition sera partagée à parts égales; vous retournez une semaine plus tard avec les mêmes amis dans le même restaurant en disant que ce soir-là chacun va payer ce qu'il a commandé. Vous comparez ensuite les deux additions; vous constaterez qu'elles sont très différentes parce que, lorsque vous n'avez plus vraiment faim pour un dessert vous vous dites que vous n'en avez pas envie, mais si vous pensez que vous êtes le seul à ne pas manger de dessert et que vous allez payer celui de tous les autres, c'est humain, vous allez prendre dessert, fromage, pousse-café et cigare. C'est ce qui se passe avec les coûts totalement non maîtrisables, simplement parce que c'est un "open bar", un self-service "all inclusive" qui pourrait fonctionner éventuellement avec les anges, mais même pas, puisque les anges, comme on le sait, ne sont jamais malades.

Il y a donc un problème de fond qui tient aux coûts. Et, si l'on décide maintenant qu'il ne faut pas dépasser 10 pour cent, avec un système assez monstrueux de redistribution, avec des calculs bureaucratiques de cas en cas pour savoir combien c'est 10 pour cent d'un revenu et des questions pour savoir ce qu'est un revenu disponible, vous allez tout simplement garder la cause de l'escalade des coûts, et puis vous arriverez peut-être à pas plus que 10 pour cent, mais pas moins de 10 pour cent non plus pour les hauts revenus parce que ceux-ci seront mis à contribution pour cette machine emballée qui ne s'arrêtera pas.

En conséquence de quoi, l'initiative est une fausse bonne idée, assez démagogique et assez marquée du bon sens contre un objectif; mais pas ainsi chers collègues. Et le contre-projet, qui refile la patate chaude aux cantons plutôt que de la laisser à la Confédération, ne vaut pas mieux.

Je vous prie donc de ne pas entrer en matière sur le contre-projet, tout en recommandant le rejet de l'initiative. Je vous en remercie par avance.

Friedl Claudia (S, SG): Es ist spürbar für alle: Die Preise steigen. Im Restaurant kostet das Menü mehr, im Laden das Gemüse. Das Elektrizitätswerk schickt Briefe, in denen die Erhöhung der Strom- und Gaspreise angekündigt wird. Fakt ist: Die Teuerung zieht an, und im Portemonnaie bleibt weniger Geld. Die Kaufkraft nimmt ab. Empfindlich spüren das vor allem die Haushalte mit einem ohnehin knappen Budget. Die Teuerung ist so hoch wie seit Jahren nicht mehr. Seit Jahren steigen die Mieten und die Krankenkassenprämien. Sie sind für viele Haushaltsbudgets die Hauptlast.

Deshalb ist die Prämien-Entlastungs-Initiative gerade heute enorm wichtig. Sie verlangt, dass nicht mehr als 10 Prozent des Haushaltsbudgets auf die Prämien entfallen sollen. Davon sind wir heute weit entfernt. In meinem Kanton, dem Kanton St. Gallen, zeigt sich ein düsteres Bild: Im Jahr 2020 zahlte eine alleinstehende Rentnerin mit einer Bruttorente von 45 000 Franken rund 5500 Franken an Krankenkassenprämien. Das ist eine Belastung von 12 Prozent. Prämienverbilligung gibt es keine. Mit der Initiative würde sie rund 1000 Franken weniger ausgeben müssen. Ein zweites Beispiel: Ein Paar mit zwei Kindern und 70 000 Franken Bruttoeinkommen zahlte 10 500 Franken an Krankenkassenprämien – trotz 3500 Franken Prämienverbilligung. Es bleibt eine Belastung von 15 Prozent des Haushaltsbudgets. Im Nachbarkanton Graubünden würde die gleiche Familie 4000 Franken weniger bezahlen, weil die Verbilligung dort höher ist.

Für das kommende Jahr wird mit einem neuen Anstieg bei den Prämien von 5 bis 10 Prozent gerechnet. Wenn nicht gehandelt wird, schlägt sich das weiter auf die Kaufkraft der Bevölkerung nieder. Da die Löhne kaum mithalten können, fehlt das Geld anderswo. Die Initiative schafft klare Bedingungen, indem eine Belastungsobergrenze von 10 Prozent des Einkommens und eine Aufteilung der Finanzierung festgelegt werden, wonach der Bund mindestens zwei Drittel und der Kanton einen Drittel übernimmt.

Nun hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit bereits einen Gegenvorschlag ausgearbeitet. Insbesondere mit der Entflechtung der individuellen Prämienverbilligung und der Prämienleistungen für die



EL-Bezügerinnen und -Bezüger entschärft sich die finanzielle Situation deutlich. Heute gehen nämlich 2,6 Milliarden Franken als Prämienverbilligung an die EL-Beziehenden. Mit dem Gegenvorschlag stehen dann wieder 2,2 Milliarden Franken für die individuelle Prämienverbilligung zur Verfügung, und damit könnten endlich wieder mehr Haushalte entlastet werden.

Auch wenn im Gegenvorschlag schon einiges aufgenommen wurde, was ich sehr unterstütze, halte ich vorderhand an der Initiative fest. Ich bitte Sie, das ebenfalls zu tun. Eine maximale Belastungsgrenze von 10 Prozent, überall und in jedem Kanton, sollte das Ziel jeglicher Revision sein.

Clivaz Christophe (G, VS): A la suite de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie en 1996, la Suisse s'est dotée d'un financement hybride du système de santé avec une couverture universelle gérée par des compagnies d'assurances privées et financées par la prime, ainsi qu'un financement par des fonds publics, en particulier l'impôt cantonal. De plus, la Suisse est équipée de deux mécanismes censés renforcer la responsabilité individuelle des patients et contribuer à maîtriser les coûts de la santé: la franchise et la quote-part.

En comparaison avec d'autres systèmes de santé, les ménages, en Suisse, sont fortement mis à contribution via des primes qui ne dépendent pas du revenu et des participations aux frais importantes par la franchise et la quote-part. Ainsi, le système de santé suisse est celui où la charge financière pour les ménages est proportionnellement la plus élevée des pays de l'OCDE. Le système de santé suisse est également le deuxième le plus cher de l'OCDE, derrière celui des Etats-Unis, en pourcentage du produit intérieur brut par habitant alloué aux dépenses de santé.

Les effets de la forte pression mise sur les ménages pour le financement du système de santé suisse se font ressentir avec, selon les études, entre 10 et 20 pour cent des personnes en Suisse ayant dû renoncer à des soins pour des raisons financières. Il en résulte un système de santé très onéreux, dont le financement fortement inéquitable renforce ou crée des vulnérabilités socioéconomiques dans certaines catégories de la population, en particulier dans les ménages à faible et à moyen revenus.

Cela amène en effet certains ménages à privilégier des modèles d'assurance-maladie à haute franchise dans une logique non pas sanitaire, mais économique, en vue de faire baisser leur prime mensuelle. La conséquence est parfois le renoncement à des soins du fait d'une franchise trop élevée.

Conscients de cet état de fait et des dysfonctionnements du financement du système de santé, la Confédération et les cantons ont progressivement remédié à ces difficultés en instaurant, dès 2008, des subsides à l'assurance-maladie. Ces derniers sont toutefois largement insuffisants pour faire face à l'augmentation annuelle des primes d'assurance-maladie, qui dépasse systématiquement l'augmentation des salaires. De plus, une partie importante de la classe moyenne se retrouve dans une situation financière qui n'est juste pas suffisamment mauvaise pour pouvoir bénéficier de ces subsides.

A cela s'ajoute une injustice intercantonale du fait de l'application extrêmement variable par les cantons du mécanisme de réduction des primes. Dans ce contexte, une harmonisation des subventions à l'assurance-maladie paraît indispensable. Cela n'a en effet aucun sens qu'un ménage à faible

AB 2022 N 1231 / BO 2022 N 1231

ou moyen revenu lucernois soit moins soutenu pour payer ses primes d'assurance-maladie qu'un ménage équivalent à Bâle-Ville, Schaffhouse ou Genève. Ainsi, l'initiative permettrait également de lutter contre ces inégalités de traitement intercantionales et de s'assurer que tout ménage suisse dans le besoin soit soutenu pour payer ses primes d'assurance-maladie.

En proposant de limiter à 10 pour cent du revenu disponible la part consacrée par les ménages au paiement des primes d'assurance-maladie et d'instaurer en conséquence une augmentation importante des subsides pour la réduction individuelle des primes, l'initiative que nous discutons serait un premier pas essentiel vers un système de santé plus équitable. En effet, cette initiative permettrait de transférer à la Confédération et aux cantons une partie des coûts de la santé à la charge des ménages à faible et moyen revenu.

Certes, cette initiative ne propose pas de solution à l'augmentation continue des coûts de la santé, mais ce n'est pas son but, qui est bien de proposer un financement plus équitable de ces coûts. Comme on a déjà eu l'occasion de le discuter lors de cette session, cette question de la limitation des coûts de la santé occupe le Parlement, qui planche sur différentes réformes pour trouver des solutions.

Le contexte actuel se caractérise par le retour de l'inflation et l'instabilité socioéconomique faisant suite à deux ans de pandémie et à la guerre en Ukraine, ainsi que par une hausse massive annoncée des primes-maladie pour l'année prochaine. Dans un tel contexte, le plafonnement des primes à 10 pour cent au maximum du revenu paraît indispensable pour éviter la précarisation d'une part grandissante de la population suisse.



Concernant le contre-projet indirect, la majorité de la commission propose de donner aux cantons la compétence de déterminer la part maximale que la prime peut représenter par rapport au revenu disponible. Nous aurions ainsi 26 réglementations différentes, et l'inégalité actuelle de traitement entre les assurés des différents cantons persisterait. En bref, ce contre-projet n'est pas très enthousiasmant mais mieux que rien. C'est pourquoi je vous invite à soutenir l'initiative d'allègement des primes ainsi que le contre-projet de la commission.

Pult Jon (S, GR): Viele der Gegnerinnen und Gegner dieser Volksinitiative und zum Teil auch des Gegenvorschlages kritisieren das Anliegen mit dem Vorwurf, es handle sich dabei eigentlich nur um Symptombekämpfung. Aber Symptombekämpfung ist eine zivilisatorische Errungenschaft. Was würden wir ohne Schmerzmittel tun, was würden wir im Gesundheitswesen ohne Medikamente und Therapien tun, die uns helfen, die Symptome zu bekämpfen? Die Menschen würden mehr Schmerzen haben, die Menschen würden mehr leiden. Wir hätten eine ungesündere, eine schlechtere Gesellschaft.

Deshalb ist es falsch, Symptombekämpfung generell als etwas Negatives anzuschauen. Symptombekämpfung ist ein Teil des technologischen, des medizinischen, des gesellschaftlichen Fortschritts. Deshalb habe ich keine Probleme, zu sagen: Ja, diese Initiative ist auch Symptombekämpfung, nämlich die Bekämpfung derjenigen Symptome, die der Bevölkerung, der Mittelklasse, den Menschen in diesem Land, Schmerzen bereiten, ihre Kaufkraft auffressen und damit ihre reale Freiheit im Alltag einschränken.

Natürlich ist diese Initiative aber nicht nur Symptombekämpfung. Sie löst auch ein tatsächliches strukturelles Problem unserer Gesellschaft und unseres Gesundheitswesens, nämlich die Tatsache, dass unser sehr gutes, sehr fortschrittliches, sehr modernes Gesundheitswesen insgesamt eben nicht genügend solidarisch finanziert ist.

Ich glaube, wir müssen in der Schweiz die Ambition haben, zu sagen: Wir wollen nicht nur das beste Gesundheitswesen der Welt, wir wollen auch das solidarischste haben – ein Gesundheitswesen, das allen zur Verfügung steht, zu welchem alle Zugang haben und das für alle auch wirtschaftlich tragbar ist. Heute, das wissen Sie, ist das leider nicht so. Für viele Familien, für viele Bürgerinnen und Bürger unseres Landes sind die Krankenkassenprämien zu einer ökonomischen Zumutung geworden. Dagegen müssen wir etwas tun. Wir haben die Verpflichtung, die Möglichkeiten und auch die wirtschaftliche Kraft dazu.

Im Kontext der krisengeschüttelten Zeit, in der wir uns leider befinden – ich denke jetzt in erster Linie auch an den schrecklichen Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine –, sprechen wir viel über Kaufkraftverluste, über die Inflation und über die sich erhöhenden Preise. Das ist eine wichtige Debatte, die man in vielen Facetten führen kann. Morgen Nachmittag werden wir darüber sprechen, ob wir im Bereich der Mobilität, vor allem der Treibstoffpreise, etwas tun sollten. Aber seien wir ehrlich und prüfen wir objektiv, wo es tatsächlich Handlungsbedarf zugunsten der Familien sowie der Bürgerinnen und Bürger der Mittelklasse dieses Landes gibt, etwas zur Sicherung von deren Kaufkraft zu tun. Dann ist klar erkennbar, dass es im Bereich der Gesundheitskosten und im Bereich der Krankenkassenprämien eine absolute Priorität gibt. Da können wir zielgerichtet den Bürgerinnen und Bürgern unserer Mittelklasse helfen, auch in diesen schwierigen Zeiten ihre Kaufkraft mindestens zu erhalten und freie Entscheidungen für ihre Zukunft zu treffen.

Deshalb bitte ich Sie wirklich, diese Initiative als das zu betrachten, was sie ist: Sie ist einerseits eine sinnvolle Bekämpfung dieser schlimmen Symptome des Kaufkraftverlustes unserer Mittelschicht. Andererseits ist sie die Lösung für ein strukturelles Problem einer insgesamt zu ungerechten und zu unsolidarischen Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung. Weiter ist sie jetzt auch eine Teillösung für den Erhalt der Kaufkraft in wahrscheinlich inflationären Zeiten, in denen es überall und in allen Bereichen zu Preissteigerungen kommt. Diese Teillösung hilft tatsächlich und zielgerichtet denjenigen, die von dieser ökonomischen Situation am schwersten betroffen sind.

Ich bitte Sie, die Initiative oder zumindest den guten Gegenvorschlag zu unterstützen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Liebe Anwesende, schön, sind Sie noch da. Wir haben jetzt vier Stunden lang eine sehr wichtige Debatte geführt, wir werden sie morgen noch weiterführen. Es ist eine wichtige Debatte für ganz viele Menschen in diesem Land. Wir haben vier Stunden lang über eine Steuer gesprochen, die zwei wesentliche Eigenschaften hat.

Es ist die einzige Steuer, welche die Einkommenssituation ignoriert. Es spielt eben keine Rolle, ob eine Familie ein Einkommen von 60 000 Franken oder 600 000 Franken hat: Die Steuer oder eben hier die Kopfprämie für die Krankenkasse, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, ist für beide Haushalte gleich hoch. Weil die Kopfprämie, wie ich sie hier beschrieben habe, den Mittelstand überdurchschnittlich belastet, hat man sich bei der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf einen sozialen Kompromiss geeinigt. Die



betreffende Zahl wurde schon häufig genannt: Man hat sich darauf geeinigt, dass nicht mehr als 8 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Kopfprämien aufgewendet werden sollen. Dafür hat man eben die individuelle Prämienverbilligung eingeführt.

Die zweite Eigenschaft dieser unsozialen Steuer ist, dass sie eben Jahr für Jahr steigt. Wir sind heute in der Situation, dass Kostensteigerung eben Prämiensteigerung bedeutet. Die Kosten gehen im Moment oder seit vielen Jahren nur in eine Richtung, nämlich nach oben. Es ist eine beeindruckende Zahl: Die Prämien sind seit der Einführung inflationsbereinigt um 142 Prozent gestiegen. Die Löhne sind im gleichen Zeitraum um 15 Prozent gestiegen. Da sieht man, wie weit dies auseinanderklafft und dass dies einen massiven Kaufkraftverlust für die Haushalte bedeutet. Die Prämien sind eine massive Mehrbelastung für die Haushalte. Diese Zahlen werden vom BAG erhoben. Wir wissen heute, dass die durchschnittliche Belastung eines Haushaltes bei 14 Prozent liegt; in meinem Kanton liegt sie bei 18 Prozent.

Die Verbilligung hat eben mit dieser Entwicklung nicht mitgehalten, auch wenn die Kantone gesetzlich dazu verpflichtet wären, diese Prämien zu verbilligen. Damit sie diesen gesetzlichen Auftrag auch wahrnehmen, musste die SP sogar bis ans Bundesgericht gelangen und ein Urteil erwirken, das die Kantone eben wieder daran erinnert, wozu sie gesetzlich

AB 2022 N 1232 / BO 2022 N 1232

eigentlich verpflichtet wären, nämlich die Prämien für die unteren und mittleren Einkommen zu verbilligen. Die Kantone haben Überschüsse gemacht, im Jahr 2021 waren es ganze 3 Milliarden Franken. Wir können hier nicht sagen, das Geld sei nicht da oder es wäre nicht möglich gewesen. Trotzdem haben die Kantone hier ihre Verantwortung nicht wahrgenommen.

Ein weiteres Problem in dieser Prämienverbilligungsgeschichte ist eben, dass ein grosser Teil und mittlerweile die Mehrheit der Prämienverbilligung zweckentfremdet wird und direkt in die Bezahlung der Prämien im Rahmen der Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe geht. Das heisst, auch wenn das Volumen bei steigender EL-Quote gleich bleibt, fliesst immer weniger dahin, wo es eigentlich hingehört, nämlich zu den unteren und mittleren Einkommen. Diese Fehlentwicklung müssen wir dringend stoppen.

Diese einmalige Chance haben wir jetzt. Wir haben eine sehr gute Situation, indem wir mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative bei der Kostenentwicklung und gleichzeitig mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative der SP ganz real und rasch bei der Prämienentlastung ansetzen können, da, wo es die Menschen im Moment wirklich nötig haben. Genau diese Logik hat Ihre Kommission ja auch angewendet. Sie hat diese beiden Geschäfte gemeinsam behandelt und hier wirklich pragmatische, gute Gegenentwürfe erarbeitet, die nun vorliegen.

Konkret bedeutet der Gegenentwurf zur Prämien-Entlastungs-Initiative der SP, dass wir die Kantone wieder dazu verpflichten, ein Sozialziel zu definieren, dieses auch einzuhalten und hier auch ihre Aufgabe wahrzunehmen. Zudem können wir auch die Entflechtung ermöglichen, die ich genannt habe: die Entflechtung der Finanzierung der Ergänzungsleistungen von der Finanzierung der Prämienverbilligungen.

Ich hoffe, dass wir diese Chance gemeinsam mit den konstruktiven Kräften wahrnehmen und dass wir auf diesen Gegenentwurf einsteigen. Ich möchte auch die Vertreter der SVP daran erinnern, dass sie keine Vorschläge gegen die Kostenentwicklung bringen und dass sie hier wenigstens etwas für die Einkommen tun könnten, die sie immer zu vertreten vorgeben, nämlich für die einfachen Haushalte in diesem Land.

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen
Le débat sur cet objet est interrompu

Schluss der Sitzung um 18.55 Uhr
La séance est levée à 18 h 55

AB 2022 N 1233 / BO 2022 N 1233