



21.067

**Für tiefere Prämien – Kostenbremse
im Gesundheitswesen
(Kostenbremse-Initiative).
Volksinitiative und indirekter
Gegenvorschlag (Änderung
des Bundesgesetzes
über die Krankenversicherung)**

**Pour des primes plus basses.
Frein aux coûts dans le système
de santé (initiative
pour un frein aux coûts).
Initiative populaire et contre-projet
indirect (modification de la loi
fédérale sur l'assurance-maladie)**

Erstrat – Premier Conseil

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 31.05.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 01.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Einen wunderschönen guten Morgen, geschätzte Kolleginnen und Kollegen, die Sie schon den Weg hierher gefunden haben. Es ist selten, dass wir in den Tag starten und mehr Zuschauerinnen und Zuschauer auf der Tribüne sind als Nationalrätinnen und Nationalräte im Saal. Wir beginnen mit der Debatte über die Kostenbremse-Initiative. In der allgemeinen Aussprache über die Volksinitiative behandeln wir auch das Eintreten auf den indirekten Gegenentwurf.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Je commence aujourd'hui ce long débat relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)", qui a été déposée le 10 mars 2020. Cette initiative populaire vise à compléter l'article 117 de la Constitution. Il est ainsi demandé au Conseil fédéral de limiter l'augmentation des coûts, en collaboration avec les cantons, les assurances et les fournisseurs de prestations. Les coûts doivent évoluer conformément aux salaires moyens et à l'économie nationale. Une disposition transitoire – vous savez que dans les initiatives populaires en général on met les choses intéressantes dans les dispositions transitoires – prévoit que des mesures contraignantes doivent être prises dans les deux ans si les coûts ne suivent pas l'évolution des salaires moyens ou de l'économie nationale.

Votre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique a procédé à des auditions approfondies, comme elle le fait traditionnellement sur des sujets comme celui-ci, en entendant les initiants et des représentants des milieux intéressés.

Les coûts de la santé, c'est un thème récurrent, c'est une préoccupation majeure pour l'ensemble de la population, et pour cause: l'évolution des coûts en 2021 et 2022 est plus que préoccupante. En comparaison annuelle, le dernier trimestre 2021 affichait une hausse des coûts de 5,1 pour cent. Pour le premier trimestre 2022, on parle d'une augmentation de 6,7 pour cent pour un an. Les augmentations de primes attendues en septembre sont extrêmement élevées; on parle d'une moyenne de 7 à 9 pour cent, selon les observateurs les plus pessimistes.

Depuis l'introduction de la LAMaL, les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins ont bien plus que doublé, à charge du porte-monnaie des ménages. Par exemple, de 2011 à 2020, la commission a analysé





l'évolution des tarifs des cabinets médicaux. Si les prestations des généralistes sont restées à 3,5 milliards de francs, celles des spécialistes ont augmenté de 4 à 7 milliards de francs durant cette période de neuf ans. Cette préoccupation est évidemment centrale pour les Suisses: on parle de centaines de francs, de près d'un millier de francs, d'augmentation annuelle pour une famille, avec l'augmentation des primes d'assurance-maladie qui sont attendues cet automne.

Le Parlement, tout comme le Conseil fédéral, n'est pas resté les bras croisés, naturellement. Deux paquets de mesures ont été adoptés par notre chambre: le 1a et le 1b sont en attente au Conseil des Etats. D'autres mesures aussi sont en attente au Conseil des Etats, on pense par exemple à la réforme du financement du système hospitalier.

Dans ce projet, nous devons d'abord nous prononcer sur l'initiative populaire. L'ensemble des acteurs relève des problèmes dans le secteur de la santé et l'inquiétante évolution des coûts, mais nous avons aussi constaté que l'initiative manquait de clarté quant aux moyens pour la mettre en oeuvre; par ailleurs, elle fixe des objectifs sans expliquer les méthodes pour y parvenir et elle peut passer par la mise en oeuvre d'un budget global rigide. Certaines personnes craignent que les seules mesures de l'initiative qui puissent être mises en oeuvre directement soient des restrictions de prestations, et donc une diminution drastique de la qualité des soins pour la population. D'autres personnes ont critiqué l'absence de sanctions en cas d'absence de mesure, et un lien rigide entre l'évolution économique et celle des coûts de la santé qui paraît peu approprié, puisqu'on ne tiendrait alors pas compte d'autres facteurs, par exemple l'évolution démographique – nous savons que nous souffrons d'un vieillissement de la population comme l'ensemble du monde occidental.

En résumé, cette initiative peut avoir deux effets contradictoires: soit elle devient un tigre de papier et conduit à l'établissement incessant de nouveaux rapports – rapports sur rapports sur l'évolution des coûts que l'on connaît –, soit elle a pour résultat un budget global, qui signifie, comme dans d'autres pays, une restriction des soins à la fin de l'année et un report d'interventions médicales nécessaires sur le budget de l'année suivante. De l'une ou l'autre solution – que ce soit le tigre de papier ou des mesures beaucoup trop drastiques qui pèsent sur la qualité –, personne ne veut.

Ainsi, la commission, par 20 voix contre 4 et 0 abstention a rejeté l'initiative populaire et invite le peuple à en faire autant.

En revanche, la commission estime que l'on ne peut pas rester les bras croisés face à l'évolution des coûts de la santé, notamment face à l'évolution dramatique des primes à laquelle nous devons nous attendre pour le mois de septembre de cette année et pour celui de l'année prochaine. Ainsi, un contre-projet, proposé par le Conseil fédéral et considérablement modifié par la commission, a été soutenu par cette dernière.

La Commission de la santé et de la sécurité sociale a ainsi chargé une sous-commission, qui s'est réunie à plusieurs reprises, d'établir un catalogue de nouvelles mesures dans le domaine de la santé. Tel est le projet qui vous est soumis aujourd'hui, l'essentiel de ses mesures ayant été proposé par la sous-commission.

Parmi les mesures à relever qui ne font pas l'objet d'un débat, il faut quand même citer les suivantes, même s'il n'y a pas de minorités qui s'y opposent. Il y a la mise en oeuvre

AB 2022 N 817 / BO 2022 N 817

des "health technology assessments" (HTA) – excusez mon accent –, soit la vérification technique des prestations médicales, qui sera confiée à des tiers, à l'article 32. Dans le domaine des laboratoires et des analyses, il y a la levée de l'obligation de contracter. On se souvient des tests Covid-19 qui, lorsqu'ils sont payés par la Confédération coûtent 150 francs et lorsqu'ils sont payés par les ménages, coûtent 15 francs. Il y a une volonté de mettre un peu de concurrence dans ce système. Il y a l'obligation de traiter les conventions tarifaires dans un délai d'un an. Il y a la possibilité d'exclure des prestataires de soins qui ne respecteraient pas les critères EAE – économicité, adéquation, efficacité. Il y a l'exigence d'adopter immédiatement des mesures pour corriger les rémunérations excessives dans le Tarmed.

La commission a toutefois rejeté le coeur du contre-projet du Conseil fédéral – il s'agit d'une petite majorité, nous en débattons tout à l'heure ou demain – à savoir la proposition d'introduire des objectifs de coûts dans le contre-projet, étant donné que ceux-ci existent déjà dans le volet 1b de mesures visant à freiner la hausse des coûts, en attente au Conseil des Etats; c'est le fameux article 47c qui, tel le phénix, est rené de ses cendres.

La minorité Weichelt – je crois qu'elle a été retirée, mais qu'elle a été reprise par le groupe UDC – estime que les mesures déjà adoptées dans les volets 1a et 1b sont suffisantes, et estime qu'il ne faut pas entrer en matière sur ce contre-projet.

Il y a en effet d'autres mesures à l'article 47c. Au Conseil des Etats, il y a le projet EFAS et les deux paquets globaux de mesures qui devraient prochainement être adoptés.

Au final, c'est par 14 voix contre 11 et une abstention que la commission a estimé qu'il était nécessaire d'entrer



en matière sur le contre-projet; elle vous invite à en faire autant.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Im Frühjahr 2020 wurde die eidgenössische Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen", kurz "Kostenbremse-Initiative", eingereicht. Die Initiative der Mitte-Partei will Bundesrat und Kantone verpflichten, eine Kostenbremse im Gesundheitswesen einzuführen. Liegt das Kostenwachstum pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um mehr als einen Fünftel über der Nominallohnentwicklung, soll der Bundesrat in Zusammenarbeit mit den Kantonen Kostenbegrenzungsmaßnahmen ergreifen, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden. Damit soll erreicht werden, dass sich die Kosten in der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln und die Prämien bezahlbar bleiben.

Der Bundesrat ist der Auffassung, der von den Initianten vorgeschlagene Mechanismus mit der Koppelung des Kostenwachstums an die Lohnentwicklung sei zu starr. Eine solche Aufgabenregel führe zu Rationierungseffekten. Faktoren wie die Alterung der Gesellschaft, der technisch-medizinische Fortschritt sowie die Abhängigkeit der Löhne vom Konjunkturverlauf würden nicht berücksichtigt. Der Bundesrat lehnt die Initiative deshalb ab.

Als Gegenvorschlag hat er am 10. November 2021 die Botschaft für die Vorgabe von Kostenzielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) verabschiedet. Diese Massnahme ist Teil des laufenden Kostendämpfungsprogramms. Die Vorgabe von Kostenzielen war ursprünglich bereits Teil des zweiten Massnahmenpakets des vom Bundesrat lancierten Kostendämpfungsprogramms. Sie wurde zwischenzeitlich aber aus diesem Paket, das noch im Jahr 2022 dem Parlament überwiesen werden soll, herausgelöst und dient nun alleine als Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei.

Der Bundesrat nimmt mit dem indirekten Gegenvorschlag das Kernanliegen der Initiative auf, indem auch er vorschlägt, eine Vorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP vorzusehen. Bund und Kantone sollen jährlich festlegen, welches Ziel für das maximale Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angestrebt wird. Sie sollen dabei die verantwortlichen gesundheitspolitischen Akteure mit einbeziehen. Sollten die Ziele überschritten werden, sind die Tarifpartner, die Kantone und der Bund verpflichtet, in den Bereichen ihrer Verantwortung zu prüfen, ob korrigierende Massnahmen notwendig sind. Solche Massnahmen könnten beispielsweise die Anpassung von Tarifen oder die Zulassung von Leistungserbringern betreffen.

Heute fehlen systematische Überlegungen dazu, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der OKP angemessen ist. Mit der Vorgabe von Kostenzielen will der Bundesrat diese Diskussion anstossen. Er ist überzeugt, dass dies die Transparenz erhöhe und die Tarifpartnerschaft stärke und dass die verantwortlichen Akteure dadurch in die Verantwortung genommen und medizinisch unnötige Leistungen reduziert würden. Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates berücksichtige die Anliegen der Initiative und zeige zusätzlich auf, wie und mit welchen Massnahmen die vorgegebenen Ziele erreicht werden könnten, ohne dass medizinisch notwendige Leistungen rationiert würden.

Die Regulierungsfolgenabschätzung des Bundesrates verspricht, dass mit Einführung der Zielvorgabe von einem deutlich spürbaren Kostendämpfungseffekt auszugehen sei. Die konkreten finanziellen Folgen sind allerdings schwer einzuschätzen. Dies hängt insbesondere davon ab, wie die Massnahmen von den Akteuren umgesetzt werden. Genau diese Akteure stehen dem Entwurf des Bundesrates jedoch sehr skeptisch gegenüber.

Wir sind Erstrat. Wir haben die Initiative und den Gegenvorschlag in der Kommission behandelt. Ihre vorberatende Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit hat sich seit Januar dieses Jahres intensiv mit der Kostenbremse-Initiative auseinandergesetzt. Parallel dazu erfolgte auch die Vorberatung der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP. Diese verfolgt mit einem Sozialziel bei der Prämienverbilligung ein ähnliches Ziel wie die Kostenbremse-Initiative, indem die Belastung der Haushalte eingegrenzt werden soll; auch hierzu gibt es einen indirekten Gegenvorschlag.

Die Kosten im Gesundheitswesen und die Prämien der Krankenkassen sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Die stetig steigenden Krankenversicherungsprämien sind auch nach Auffassung Ihrer SGK ein Problem, gerade für Haushalte mit tieferen und mittleren Einkommen. Das ist ein Problem, das gelöst werden muss.

An ihrer Januarsitzung ist die Kommission, nachdem sie zuvor Vertretungen des Initiativkomitees, der Kantone, der Versicherer und der Versicherten sowie der Leistungserbringer angehört hatte, mit 17 zu 8 Stimmen bzw. mit 14 zu 11 Stimmen auf die beiden indirekten Gegenvorschläge eingetreten. Angesichts des engen thematischen Zusammenhangs wollte die Kommission die Gegenvorschläge aber koordiniert beraten und hat zunächst in einer Subkommission eine vertiefte Debatte über alle möglichen Varianten geführt.

Schliesslich hat die Kommission im April mit 20 zu 4 Stimmen beschlossen, die Ablehnung der Initiative zu empfehlen. Eine Kostenbremse, die weder den medizinisch-technischen Fortschritt noch die Alterung der Be-



völkerung berücksichtige, sei gefährlich, hiess es. Um das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung zu bremsen, setzt die Kommission stattdessen auf einen indirekten Gegenvorschlag, den sie in der Gesamtabstimmung mit 15 zu 10 Stimmen guthiess. Die Kommission wollte dabei nichts von einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum wissen, wie dies der Bundesrat vorgeschlagen hatte. Auch eine vereinfachte Form eines Kostenziels lehnte die Kommission mit 13 zu 11 Stimmen ab. Die Mehrheit befürchtete, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten darunter leiden könnte. Stattdessen beantragt die Kommission eine Reihe von konkreten Massnahmen, und zwar insbesondere bei den Tarifen und den Laboranalysen.

Zu Tarmed: Der Bundesrat soll überhöhte Vergütungen in der veralteten Tarifstruktur Tarmed für ambulante ärztliche Behandlungen unverzüglich senken. Die Kommission hat das mit 13 zu 12 Stimmen beschlossen. Diese Massnahme soll nach dem Willen der Mehrheit bereits für die Prämienrunde 2024 wirksam werden, was der Minderheit nicht praktikabel scheint. Diese Bestimmung würde hinfällig, sobald Tarmed durch eine neue Tarifstruktur abgelöst wird.

AB 2022 N 818 / BO 2022 N 818

Ein weiterer Punkt: Ist ein Tarifvertrag nicht mehr wirtschaftlich und sachgerecht und können sich die Tarifpartner nicht innerhalb eines Jahres auf eine Anpassung einigen, kann die Genehmigungsbehörde den Tarif festsetzen. Dabei kann sie für einzelne Positionen der Tarifstruktur oder Gruppen von Leistungserbringern differenzierte Tarife festsetzen. Das hat die Kommission mit 15 zu 9 Stimmen beschlossen. Die Behörde könnte damit z. B für bestimmte Spezialisten die Tarife senken oder die Grundversorger in bestimmten Regionen besserstellen.

Zur Vertragsfreiheit bei Laboranalysen: Die Krankenkassen sollen Analysen nur jenen Labors vergüten, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Diese Entscheidung erfolgte mit 16 zu 3 Stimmen bei 5 Enthaltungen. Die Vergütungen sollen dabei tiefer sein als die behördlich festgelegten Tarife. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Praxislabors. Zudem unterstützt die Kommission die neuen subsidiären Kompetenzen des Bundesrates gemäss Artikel 46a Absatz 2 und Artikel 49 Absatz 2bis KVG und will den Grundsatz stärken, wonach Behandlungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein sollen.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, auf die Vorlage einzutreten und in der Detailberatung den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

Lohr Christian (M-E, TG): Wir müssen bei den Gesundheitskosten handeln, und zwar jetzt. Es gilt heute, klare Kante zu zeigen, dass wir die Kostenexplosion bei den Prämien nicht weiter akzeptieren wollen; jetzt müssen wir handeln. Es geht nicht an, dass wir in einem Staat, der zwar ein qualitativ gutes Gesundheitswesen hat, immer mehr Leute haben, die ihre Prämien nicht mehr zahlen können.

Es gibt drei Hauptgründe für die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen". Der erste Grund ist die Entwicklung der Gesundheitskosten und der Löhne in den vergangenen Jahren: Hier ist die Schere weit auseinandergegangen – unakzeptabel weit. Wir müssen handeln!

Zweitens gibt es das Sorgenbarometer, das immer wieder neu erscheint und das deutlich aufzeigt, dass die steigenden Prämien für viele Menschen in unserem Land ein grosses, ein eklatantes Problem sind. Die Leute sorgen sich, dass sie die Prämien nicht mehr zahlen können und dass sie als Folge dann auf Gesundheitsleistungen verzichten müssen. Das dürfen wir nicht akzeptieren.

Wir wissen auch – das ist der dritte Grund -: Prämien werden zu Schuldenfallen, und wer dort hineingerät, für den wird es immer schwieriger. Es sind inzwischen bereits rund 6 Prozent der Prämienzahlenden, die ihre Prämien nicht mehr zahlen können und die damit in eine schwierige Lebenssituation kommen.

Gestatten Sie mir, dass ich kurz darauf verweise, was die Initiative genau will. Steigen die Gesundheitskosten jährlich stärker als die Löhne, dann muss der Bund zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern zwingend Kostensenkungsmassnahmen durchsetzen.

Was will die Initiative weiter? Wir wollen einen grösstmöglichen Freiraum für Massnahmen bieten, die die Partner untereinander aushandeln. Es geht hier also ganz klar darum, dass alle gemeinsam am Problem arbeiten und sich nicht Einzelne aus der Verpflichtung herausstellen.

Bund und Parlament, das ist der dritte Punkt, sind gezwungen zu handeln. Man kann nicht einfach die Hände in den Schoss legen und warten, dass sich das Problem – was es ohnehin nicht tut – von selbst löst.

Was will die Initiative nicht? Sie fordert keine Rationierung der medizinisch notwendigen Leistungen, im Gegenteil: Sie will Anreize dazu schaffen, sich aktiv Gedanken zu diesem Gesundheitssystem zu machen, das im Notfall eben auch Korrekturen braucht. Es geht konkret auch darum, dass man im Gesundheitswesen Eigenverantwortung und Eigenkompetenz fördert. Es ist keine Rede davon, dass man ein Globalbudget einführen will. Wer das behauptet, betreibt bewusst Schwarzmalerei und zeigt, dass er eigentlich gar nicht reagieren will.



Ich betone es nochmals: Wir haben in der Schweiz ein sehr gutes Gesundheitssystem. Aber es muss für alle finanzierbar bleiben. Das ist extrem wichtig. Wir wissen, dass es ein Einsparpotenzial im Gesundheitswesen gibt. Experten haben uns klar und deutlich belegt, dass ein Fünftel der Kosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden könnte.

Ich appelliere deshalb an Sie: Empfehlen Sie diese Initiative zur Annahme.

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Frau Weichelt hat ihren Minderheitsantrag auf Nichteintreten auf den indirekten Gegenentwurf zurückgezogen. Frau Amaudruz übernimmt diesen Antrag als den ihren.

Amaudruz Céline (V, GE): Laissez-moi vous exposer brièvement pourquoi le contre-projet indirect à l'initiative populaire ne doit pas être soutenu. Aujourd'hui – on peut s'en féliciter – tout le monde en Suisse a un accès complet aux soins médicaux. Or, la fixation d'objectifs de coûts prévue par l'initiative populaire et par le contre-projet indirect changerait la donne. Il en résulterait une détérioration des soins de santé primaire et le risque que le volume des prestations soit insuffisant ou inapproprié.

Le principal reproche fait à l'initiative est qu'elle instaurerait des règles rigides en matière de dépenses qui conduiraient à un rationnement. Le contre-projet indirect n'est pas une solution, car il est tout aussi rigide que l'initiative. Le mécanisme d'objectifs en matière de coûts prévoit de donner au Conseil fédéral la compétence de fixer les tarifs, au cas où les budgets prévus seraient dépassés. Cette solution n'en est pas une. Dans de nombreux domaines aujourd'hui, les prix, tels que ceux des médicaments ou ceux des laboratoires sont administrés. Cela n'empêche pas les coûts de progresser, et même davantage que dans les domaines où les prix et les tarifs sont fixés avec le partenariat tarifaire.

Cette rigidité inefficace serait accompagnée d'une énorme bureaucratie, avec des objectifs fixés selon une approche "top-down" par secteur et par canton. Cette façon de procéder, étatiste au possible, serait en contradiction totale avec le partenariat tarifaire actuel, et annoncerait l'étatisation irréversible de la politique de santé. Que dire des premiers concernés, soit les patients et les médecins? Pour la Fédération des médecins suisses, les objectifs en matière de coûts visent à diminuer les prestations médicales fournies. Avec un seuil maximum de coûts, il se peut cependant que, dans certaines circonstances, il ne soit plus possible de dispenser toutes les prestations médicales nécessaires aux patientes et aux patients. Les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques ou de polyopathologies seraient les premières à subir les conséquences de cette mesure.

Attendre pourrait par ailleurs devenir habituel pour les personnes qui n'ont que l'assurance obligatoire. Lorsque le budget serait épuisé, les prestations médicales seraient reportées à une date ultérieure. Personne ne nie que les coûts de la santé augmentent de manière constante en raison notamment de l'évolution démographique et des progrès médicotéchniques. Néanmoins, des plafonds en termes de coûts limiteraient l'accès au progrès médical et entraveraient l'innovation.

Plutôt que de s'orienter vers des mécanismes drastiques, à l'instar de ce que visent l'initiative et le contre-projet, qui compromettraient la bonne prise en charge médicale de la population, misons sur des solutions consensuelles et observons comment les nouvelles dispositions réglementant notamment la gestion des admissions et l'économicité déploient leurs effets. N'orientons pas notre politique de la santé vers toujours plus de surréglementation et d'étatisation, ce que visent l'initiative et le contre-projet indirect.

Humbel Ruth (M-E, AG): Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen steht im Sorgenbarometer der Bevölkerung weit oben. Seit Jahren belasten die Krankenversicherungsprämien das Budget der Haushalte, der Familien, der Rentnerinnen und Rentner immer stärker, während die Einkommen stagnieren.

AB 2022 N 819 / BO 2022 N 819

Die Prämien sind die Folge der massiv gestiegenen Gesundheitskosten. Von 2020 auf das letzte Jahr, 2021, sind die Kosten pro versicherte Person insgesamt um über 5 Prozent angewachsen. Die ambulanten Arztkosten sind um über 6 Prozent, die ambulanten Spalkosten um über 7 Prozent und die Physiotherapiekosten gar um mehr als 17 Prozent pro versicherte Person gestiegen. Auch im laufenden Jahr ist ein überproportionales Kostenwachstum zu verzeichnen, weshalb auf das nächste Jahr mit Prämienerrhöhungen von über 5 Prozent zu rechnen ist.

Wie sind solche Kostensteigerungen zu begründen? Kosten sind Menge mal Preis. Die Preise für Gesundheitsleistungen waren in den letzten Jahren stabil. Folglich ist das Mengenwachstum die Hauptursache für die Kostensteigerung, und dieses kann nur zum geringeren Teil mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technischen Fortschritt begründet werden.



Eine zentrale Ursache für das starke Mengenwachstum liegt in der Verschwendung. Die Ressourcenverschwendung in unserem Gesundheitssystem ist enorm, wie verschiedene Studien belegen: Eine Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zeigt ein Einsparpotenzial von jährlich bis zu 6 Milliarden Franken auf. Allein durch eine bessere Koordination der Leistungen könnten 3 Milliarden Franken eingespart werden. Die angebotsinduzierte Nachfrage und Moral Hazard kosten uns weitere 3 Milliarden Franken. Über- und Falschmedikationen führen zu vermeidbaren Spitalaufenthalten. Etwa 20 000 Spitalaufenthalte pro Jahr sind in der Schweiz auf medikamentenbedingte Probleme zurückzuführen. Jährlich entsorgen wir 4000 Tonnen Medikamente, welche mit Prämien- und Steuergeldern finanziert worden sind.

Mit einer besseren Koordination der Leistungen, der Verhinderung von unnötigen Leistungen und Übermedikation können massiv Kosten eingespart werden, dies ohne Beeinträchtigung der Qualität – im Gegenteil, zur Stärkung der Patientensicherheit.

Die Kostenbremse-Initiative will dieses Einsparpotenzial nutzen. Sie will die Akteure – Leistungserbringer, Versicherer und Behörden – verpflichten, ihre Verantwortung wahrzunehmen und gemeinsam nötige und bekannte Massnahmen umzusetzen, um die Vergeudung im Gesundheitswesen zu stoppen. Subsidiär müssen Bund und Kantone eingreifen und wirksame Massnahmen zur Kostensenkung verfügen.

Kostenbremse und Kostenziele, wie wir sie umsetzen wollen, haben nichts, aber auch gar nichts mit einem Globalbudget oder Rationierung zu tun, wie das von verschiedenster Seite wider besseres Wissen behauptet wird. Es geht um Kostenwachstumsziele und ein Monitoring, das Korrekturmassnahmen über Tarifstrukturen und Taxpunktwerte vorsieht, wenn Kosten unverhältnismässig steigen.

Für sich selbst hat jedes Spital, jede Arztpraxis seine Kosten- oder Budgetziele. Sie wissen, welchen Umsatz sie erzielen wollen. Nur patientenbezogen über die ganze Behandlungskette werden Kostenziele schlechtgredet, und jegliche Ansätze für Steuerungsmassnahmen werden verunglimpft. Zielvorgaben binden die Akteure stärker in die Kostenverantwortung ein und verpflichten sie zur Zusammenarbeit.

Die Leistungserbringer, insbesondere Ärzte, wissen genau, wo Rationalisierungspotenzial liegt und was zu tun wäre. Gut informierte Tarifpartner haben die Freiheit, Effizienzverbesserungen dort umzusetzen, wo dies am besten möglich ist. Die Akteure und Tarifpartner drücken sich indes davor, auch für die Kosten Verantwortung zu übernehmen. Leistungserbringer beargwöhnen zudem schlechtere Einkommensaussichten, geben aber budgetbedingte Leistungseinschränkungen und Qualitätsverluste zulasten der Patienten vor. Das ist einfach unredlich.

Dass es um viel, sehr viel Geld geht, zeigt die massive Kampagne gegen die Volksinitiative und den indirekten Gegenvorschlag mit unzähligen Zuschriften, die wir bekommen haben.

Im Gesundheitsmarkt von insgesamt gegen 90 Milliarden Franken wird ein Teil privat bezahlt. Gut 50 Milliarden Franken werden indes mit Krankenkassenprämien und Steuern finanziert – 50 Milliarden Franken öffentlicher Gelder, welche jedes Jahr anwachsen, ungesteuert und unkontrolliert, obwohl regelmässig ein grosses Einsparpotenzial diagnostiziert wird. Das ist eine Verschleuderung von öffentlichen Geldern. Bei der Initiative geht es darum, dieses unbestrittene Einsparpotenzial zu nutzen, die Ressourcenverschwendung zu stoppen und die Kostenentwicklung und damit das Prämienwachstum in den Griff zu bekommen.

Die Mitte-Fraktion setzt sich für eine qualitativ hochwertige, allen zugängliche und finanzierbare Gesundheitsversorgung ein. Gerade deshalb braucht es den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative. Die Mitte-Fraktion unterstützt die Initiative und den indirekten Gegenvorschlag, der die Kosten- und Qualitätsziele betrifft, mit der Minderheit I (Hess Lorenz) bei den Artikeln 54 bis 54e KVG.

Wer wie die SVP-Fraktion nicht auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten will, sieht offenbar keinen Handlungsbedarf oder will nicht darüber diskutieren.

Die Mitte-Fraktion wird auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten, und ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Roduit Benjamin (M-E, VS): Pourquoi le groupe du Centre soutiendra-t-il évidemment son initiative populaire ainsi que le contre-projet indirect présenté par la Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil?

Vous le savez, notre objectif est de stopper l'explosion incontrôlée du montant des primes d'assurance-maladie et seule, en l'état, notre initiative populaire y parviendra. Lorsqu'on sait que 80 milliards de francs, soit environ 13 pour cent du PIB, sont consacrés chaque année au système de santé – dont 33 milliards de francs à la charge des assureurs-maladie –, que ces coûts ont encore augmenté de plus de 5 pour cent l'an passé et qu'une hausse des primes proche de 8 pour cent est attendue pour cet automne, il faut résoudre ce problème de manière rapide et déterminée. Or, ni le contre-projet indirect du Conseil fédéral, qui fixe des objectifs globaux de maîtrise des coûts, ni les adaptations apportées par la commission, qui visent à ce que la hausse des coûts soit contrôlée par des interventions ciblées sur les tarifs, ne permettent de répondre au caractère urgent de la



situation.

Cependant, contrairement aux principaux partenaires de la santé, qui rejettent les deux contre-projets et se contentent de proposer en ordre dispersé des solutions partielles d'économies qui préservent leurs intérêts ou qui concernent surtout les autres partenaires, notre groupe essaie de manière constructive de soutenir toutes les démarches concrètes visant à lutter globalement contre les coûts élevés du système de santé.

Nous nous démarquons aussi de certains partis de droite qui jusqu'ici ont noyé le problème dans les méandres des négociations parlementaires ou de ceux qui, à gauche, se sont uniquement concentrés sur le problème social que posent les primes d'assurance-maladie sans en traiter les véritables causes.

Or ce n'est pas en occupant la scène médiatique en critiquant l'OFSP, par exemple à propos de sa mauvaise gestion des vaccins périmés, ni en puisant dans nos impôts que l'on s'attaque efficacement aux surcoûts de la santé. Dans ce sens, il s'agit de saluer, même si ce ne sont que de petits pas, les mesures visant à baisser de manière appropriée les rémunérations, notamment dans le domaine des analyses de laboratoires et de la structure tarifaire Tarmed devenue obsolète. Nous soutiendrons ainsi toutes les propositions de la majorité dans le contre-projet, à l'exception de la minorité I (Hess Lorenz) à l'article 54, où l'on peut déplorer que la commission, à une très faible majorité, souhaite renoncer aux objectifs en matière de coûts et de qualité ainsi qu'aux mesures correctives lors de dépassement. C'est justement en agissant de cette manière, moins rigide que celle proposée par le Conseil fédéral, que nous parviendrons à mettre en place de manière efficiente ce frein aux coûts de la santé. Or en brandissant l'épouvantail d'un rationnement des prestations, déjà évoqué de manière spéieuse – je dirai même malhonnête – à l'encontre de notre initiative, les milieux concernés vident le contre-projet de sa substance. Ce n'est plus qu'une coquille vide, à l'image de toutes les autres réformes proposées à ce jour.

AB 2022 N 820 / BO 2022 N 820

En conclusion, bien que conscients des lacunes du contre-projet indirect, nous vous demandons d'entrer en matière sur ce dernier, ainsi que de recommander d'accepter notre initiative, seule voie réaliste pour s'attaquer à la racine du problème, pour éviter une médecine à deux vitesses et surtout pour être à la hauteur des attentes de la population.

Weichelt Manuela (G, ZG): Zuerst zur Initiative der Mitte-Partei mit dem irreführenden Titel "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen": Liebe Mitte-Partei, Sie setzen Prämien mit Kosten im Gesundheitswesen gleich. Das ist eine Augenwischerei. Gerade wenn es um die Kostenentwicklung geht, ist die Unterscheidung zwischen Prämien und Kosten entscheidend. Während die OKP-Prämien bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes noch 29,9 Prozent der Gesundheitskosten finanzierten, sind es heute 37,9 Prozent. Die Prämien steigen folglich auch, weil wir immer mehr über Prämien finanzieren. Würden wir immer noch wie im Jahr 1996 lediglich 29,9 Prozent des Gesundheitswesens über die Prämien finanzieren, wären die Prämien heute um 21 Prozent niedriger – 21 Prozent!

Eine Gleichsetzung von Prämien und Kosten blendet Fragen nach der Finanzierung aus und schadet damit ganz besonders einkommensschwachen Haushalten, denn diese leiden besonders unter einer weiter zunehmenden Finanzierung über Kopfprämien. Wer den Weg im Sinne der Prämienzahlenden gestalten möchte, muss Finanzierungsfragen angehen, statt sie auszuklammern.

Die Entlastung der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler darf nicht über Leistungskürzungen erfolgen, wie dies die Initiative und teilweise auch der indirekte Gegenvorschlag vorgeben. Weil nicht bezahlte Leistungen logischerweise auch nicht mehr erbracht würden, lehnen die Grünen Kostenobergrenzen in der Gesundheitsversorgung ab. Unter Obergrenzen würden vor allem diejenigen leiden, die auf eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung angewiesen wären. Ein solcher Automatismus berücksichtigt weder medizinisch-technische Fortschritte noch gesellschaftliche Entwicklungen oder Entwicklungen der öffentlichen Gesundheit, wie wir sie mit der Pandemie eben erst erlebt haben.

Ein reiches Land wie die Schweiz kann sich Gesundheitskosten in der Höhe von 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes als Solidargemeinschaft leisten, sofern diese Kosten – und das ist wichtig – wirklich für die Gesundheit unserer Bevölkerung eingesetzt werden. Die Mittel müssen sinnvoll eingesetzt und die Lasten fair über die Bevölkerung verteilt werden. Darum braucht es rasch eine stärkere Finanzierung über die öffentliche Hand und die allgemeinen Steuern, eine Trendumkehr bei den Prämienverbilligungen und eine Abschaffung der Kopfprämien. Dann kann sich die Gesundheitspolitik auch wieder vermehrt auf den individuellen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen der Gesundheitsversorgung sowie auf eine kluge Steuerung des Systems konzentrieren. Es geht nämlich zu oft vergessen, dass ein ausgezeichnetes Gesundheitswesen zu den wichtigsten Ressourcen unseres Landes zählt.



Wie wollen Sie, liebe Mitte-Fraktion, mit Ihrer Kostenbremse-Initiative die vom Volk mit grossem Mehr angenommene Pflege-Initiative umsetzen? Sowohl die Kostenbremse-Initiative als auch der indirekte Gegenvorschlag würden eine Umsetzung der Pflege-Initiative weiter erschweren.

Ich komme zum indirekten Gegenvorschlag: Im KVG-Bereich haben wir eine "Reformitis". Zwei Gesetzesrevisionen zur Kostendämpfung sind erst kürzlich in Kraft getreten, und zwar die Zulassung für Leistungserbringende sowie die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zwei weitere grosse Revisionen befinden sich zudem bereits in der parlamentarischen Beratung und sollten zuerst einmal abgeschlossen werden. Die vier kostendämpfenden Gesetzesrevisionen sollten ihre Wirkung entfalten und bezüglich ihrer Auswirkungen wissenschaftlich begleitet werden, bevor neue Massnahmen getroffen werden. Wir sehen ja bereits heute, dass die Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringende in der von uns verabschiedeten Version ein Schnellschuss war.

Die grüne Fraktion ist in Bezug auf das Eintreten gespalten. Die Grünen verschliessen sich einer partiellen Kostensenkung im Gesundheitswesen nicht, sofern sie – und das ist wichtig – nicht zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung führt. Die sinnvollen Kosteneinsparungen im Bereich der unnötigen medizinischen Behandlungen können bereits mit der heutigen Gesetzgebung erreicht werden. Sehen Sie sich die Laborkosten an; hier greift der Bundesrat durch. Es braucht dazu weder die Initiative noch den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Je nach Ausgestaltung des indirekten Gegenvorschlags behält sich die grüne Fraktion vor, diesen abzulehnen.

Porchet Léonore (G, VD): Le groupe des Verts partage l'avis du Conseil fédéral et celui du groupe du Centre: il faut limiter l'augmentation des primes payées par les assurés, c'est vrai, parce que c'est une charge énorme pour la population. Mais il faut aussi rappeler que, alors que les primes de l'assurance obligatoire des soins finançaient encore 30 pour cent des coûts de la santé lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, elles en financent aujourd'hui la moitié. Les primes, donc, augmentent aussi parce que nous finançons de plus en plus par le biais des primes; et si nous ne finançons toujours que 30 pour cent des soins de santé par le biais des primes, comme en 1996, alors les primes seraient, aujourd'hui, inférieures de 20 pour cent.

C'est terrible pour les familles. Il faut rappeler que 400 000 personnes sont aux poursuites en raison des primes d'assurance-maladie; 10 à 20 pour cent renoncent à des prestations pour des raisons de financement.

Mais, l'allègement de la charge des payeurs de primes n'est pas la réduction des prestations. Nous rejetons les plafonds de coûts pour les soins de santé, car les personnes qui dépendent d'un système de santé financé par la solidarité en pâtiraient; nous avons peur de la médecine à deux vitesses et ce Parlement devrait aussi en avoir peur.

Un pays riche comme la Suisse peut sans problème se permettre des coûts de la santé à hauteur de 11 pour cent de son PIB en tant que communauté solidaire. En fait, le problème en Suisse ce n'est pas les coûts, mais bien leur répartition.

La politique de santé pourrait alors se concentrer davantage sur l'utilité individuelle, sociale et économique des soins de santé, ainsi que sur une gestion intelligente du système – je pense notamment à la coordination des soins et à la prévention, au lieu de réfléchir uniquement à la réduction des coûts.

N'oublions pas que notre excellent système de santé est constitué de ressources. Une des ressources les plus importantes de notre pays est constituée de dépenses rentables, d'investissements dans la santé, dans la qualité de vie de la population et d'investissements économiques et scientifiques pour des emplois générés qui ne sont pas délocalisables. Cela favorise la prospérité. Néanmoins, il faut le dire, certaines personnes gagnent trop ou même trichent sur le dos de notre santé. Mais l'initiative pour un frein aux coûts et même le contre-projet indirect ne s'attaquent pas au fond du problème, je pense par exemple aux médicaments sous brevet au prix exorbitant, ou au fait que nous ayons soixante départements marketing, soixante salaires de CEO, soixante locaux dans chaque ville, de soixante caisses-maladie, pour favoriser une pseudo-concurrence! Le groupe des Verts salue les quelques avancées dans le contre-projet; il pense par exemple à la lutte contre la répétition inutile d'actes médicaux ou à la question des tarifs différenciés. Mais le groupe des Verts constate aussi que la majorité de la commission a refusé d'intégrer la notion de qualité dans le contre-projet. C'est bien pour cela que nous risquons, si nous ne prenons pas en compte la qualité, de rendre plus difficile l'accessibilité aux soins et d'aller vers une médecine à deux vitesses.

C'est pour cela que le groupe des Verts vous invite à soutenir la minorité I Hess Lorenz, ainsi que la minorité I Prelicz-Huber, qui demandent que dans le système de tarification Tarmed – et nous espérons un jour Tardoc – nous puissions réajuster aussi s'il le faut les différents tarifs vers le haut.

La proposition qui découle des travaux de la CSSS est éloignée des buts des Verts en matière de santé publique. C'est



AB 2022 N 821 / BO 2022 N 821

en fait une vision pauvre de la santé. Pour les Verts, une vraie vision de la santé, c'est le maintien des gens en santé, il faut donc investir là où c'est indispensable: dans la prévention. C'est ici que des économies peuvent être réalisées, afin d'éviter que les plateaux techniques chers soient occupés par des gens qui ne devraient pas y être, favoriser la médecine communautaire, agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Je pense par exemple aux 14 000 personnes hospitalisées chaque année pour des raisons environnementales, notamment de pollution de l'air.

Ici nous pouvons agir, ici nous avons des possibilités de faire baisser les coûts. Cette vision qui nous est proposée dans le débat d'aujourd'hui est vraiment une vision très pauvre de la santé. Pour cette raison, une partie du groupe des Verts va s'abstenir, une partie va refuser l'entrée en matière sur le contre-projet et une partie entrera en matière, parce qu'il y a quand même des choses positives dans ce contre-projet, je l'ai dit.

Pour finir, je dirai qu'au lieu de continuer à pratiquer une politique "y a qu'à, faut qu'on" contre cette initiative, il faut mettre enfin en place des réformes fondamentales visant à renforcer l'idée de la santé comme un service public, ainsi qu'à étendre la gestion publique et le financement social du secteur de la santé. Nous appelons à une loi sur la santé ou au moins à une loi sur la prévention.

Gysi Barbara (S, SG): In den letzten zwanzig Jahren haben sich die Krankenkassenprämien verdoppelt, wobei in diesem Herbst ein weiterer massiver Anstieg der Prämien droht. Die Löhne sind hingegen marginal gestiegen, das BIP etwas stärker. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen ist real. Probleme ergeben sich zudem, weil wir eine geringe, ja zu geringe öffentliche Finanzierung und sehr hohe Out-of-Pocket-Kosten haben und die Krankenversicherung über ein Kopfprämien-system finanziert wird. Handlungsbedarf ist gegeben. Es gibt Fehlanreize im System. Studien – es wurde bereits erwähnt – zeigen auf, dass rund 20 Prozent der Eingriffe unnötig sind. Im Zusammenhang mit der Pflege-Initiative wurde auch aufgezeigt, dass eine bessere Investition in die Pflege Kosten senken kann und dass auch die integrierte Versorgung zusätzliche Chancen bietet, die Qualität zu verbessern und gleichzeitig auch die Kostenentwicklung zu dämpfen oder im Griff zu behalten.

Dass 16 Prozent der Bevölkerung im letzten Jahr aus wirtschaftlichen Gründen einen Arzt oder eine Ärztin nicht aufgesucht haben und dass 11,9 Prozent nach einem ersten Arztbesuch auf eine weitere Behandlung verzichtet haben, muss uns sehr zu denken geben. Das zeigt, dass es so nicht weitergehen kann.

Es braucht also Massnahmen, die einerseits die Kosten anvisieren. Aber genauso dringend braucht es auch Massnahmen, die andererseits die Prämienbelastung und die Verteilung der Kosten auf die einzelnen Personen ins Visier nehmen.

Wir von der SP-Fraktion haben uns den Debatten über die Kostendämpfung nie verschlossen. Wir haben in diesem Rat, wie Sie im Amtlichen Bulletin nachlesen können, bei den Kostendämpfungspaketen 1a und 1b Hand dazu geboten, wirksame Verbesserungen anzubringen. Leider ist das meiste infolge eines starken Lobbyings untergegangen, will doch letztlich niemand auf Gewinn verzichten. Das ist denn auch eines der grossen Probleme: Das Gesundheitswesen wird zum Teil als Gewinnmaschine angesehen.

Die SP hat, wie gesagt, auch die Kostenverteilung anvisiert. Darum haben wir unsere Prämien-Entlastungs-Initiative eingereicht, über die dann in der dritten Sessionswoche diskutiert wird.

Die Kommission hat richtigerweise diese beiden Initiativprojekte und die jeweiligen Gegenvorschläge auch gemeinsam betrachtet, weil es – dazu stehen wir – beide Blicke braucht: den Blick auf die Kostenentwicklung und den Blick auf die Massnahmen, die ganz klar nötig sind, um die Prämienbelastung der Bevölkerung, nämlich der unteren und mittleren Einkommen, zu senken. Das ist dann eben unser Projekt.

Die Volksinitiative, über die wir heute diskutieren, die Kostenbremse-Initiative, ist untauglich. Dass man die Kosten einfach an die Löhne und die Wirtschaftsleistung knüpfen will, ist falsch. Diese Initiative blendet aus, dass es einerseits eine demografische Veränderung und andererseits auch medizinisch-technische und therapeutische Entwicklungen gibt. Das muss auch einbezogen werden.

Der Bundesrat hat in seinem Gegenvorschlag gewisse Punkte aufgenommen und mit den Kostenzielen in einen Gesamtkontext gesetzt. Wir sind für Eintreten auf den indirekten Gegenvorschlag und begrüssen auch, dass die Kommission diesen indirekten Gegenentwurf weiterentwickelt hat, dass sie Kosten- und Qualitätsziele formulieren wird. Das betrifft im Moment noch eine Minderheit, aber ich glaube, dass das ein Ansatzpunkt ist, der durchaus weiterentwickelt werden kann; dies auch mit den bereits bestehenden Instrumenten, die z. B. in der Qualitätsvorlage gemacht worden sind. Es braucht aber wirklich Ansätze, um auch umzuverteilen. Es ist nicht so, dass zu wenig Geld ins Gesundheitswesen fliesst, es fliesst aber zum Teil an die falschen Stellen.

Ein Blick auf die Entwicklung der Kosten und Mengen zeigt: Die Leistungen der Grundversorger sind in den



letzten zehn Jahren kostenmässig eigentlich ziemlich gleich geblieben. Es gibt bei der Grundversorgung sogar weniger Konsultationen. Die Spezialisten dagegen haben ihre Leistungen finanziell fast verdoppelt, und es gibt auch mehr Konsultationen. Dort müssen wir ansetzen. Wir müssen das Geld intelligenter einsetzen, wir müssen schauen, dass die Qualität verbessert wird und dass eben nicht unnötig Mittel ausgegeben werden. Genau darum sind Kosten- und Qualitätsziele durchaus sinnvoll.

Wir wollen hier beim Gegenvorschlag Hand bieten. Wir werden dann in der Detailberatung diverse Punkte wieder aufgreifen.

Ich bitte Sie, auf die Vorlage einzutreten, die Initiative klar abzulehnen und den indirekten Gegenvorschlag weiterzuentwickeln.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Toutes les personnes qui se sont déjà exprimées à la tribune ont décrit le caractère insupportable du niveau des primes, et le danger – très réel – qu'il y a de les voir encore augmenter cet automne, ce qui est évidemment lié à l'évolution des coûts qui, l'an passé, en tout cas pendant le deuxième semestre, ont à nouveau connu une croissance disproportionnée.

Cette situation, qui va être décrite toute la matinée, cache un effet paradoxal et un cercle vicieux, à savoir que dans l'abondance de dépenses pour le système de santé pour ce qui concerne les soins de premiers recours, les soins aux malades chroniques, les soins d'urgence, le service public de santé, eh bien cette partie-là est sous pression. Et elle l'est doublement, d'abord parce qu'elle ne reçoit pas sa part juste dans la répartition de l'ensemble des moyens; ensuite parce qu'elle est soumise à la concurrence des secteurs de la médecine diagnostique, de la médecine hyperspécialisée, de la médecine qui se fait à des horaires éligibles et avec des patients éligibles. Cette médecine-là, elle, représente une part toujours plus importante des coûts de la santé, ce qui exerce une pression sur la médecine dite de premiers recours en créant une concurrence sur les conditions de travail et sur les revenus qui fait que ce secteur est constamment sous pression.

Nous sommes donc confrontés à un paradoxe: le système coûte toujours plus cher, mais les soins de premier recours, eux, sont toujours davantage sous pression et toujours davantage confrontés à la concurrence de la médecine spécialisée. Un tableau que nous avons reçu en commission illustre cela de manière absolument effrayante. Il montre que la médecine dite de premier recours a coûté en 2020 à peu près autant qu'en 2010, c'est à dire environ 3,6 ou 3,7 milliards de francs. Pendant cette période durant laquelle on n'a pas cessé de dire qu'on voulait faire quelque chose pour la médecine de premier recours, les coûts liés à la médecine dite spécialisée ont presque doublé, puisqu'ils sont passés d'environ 3,6 à près de 7 milliards de francs.

AB 2022 N 822 / BO 2022 N 822

Voilà la situation dans laquelle on est. Ce n'est donc pas simplement une explosion des coûts mais un transfert des ressources de la médecine la plus exposée au vieillissement de la population à la médecine qui, évidemment, accomplit des choses utiles – il ne s'agit pas de le contester – mais qui est, évidemment, moins exposée aux difficultés sociodémographiques. Voilà le cercle vicieux dans lequel on est. Confrontés au problème que pose ce cercle vicieux, les partenaires tarifaires, malheureusement, n'arrivent pas à apporter des solutions.

C'est la raison pour laquelle votre commission a pris à bras le corps ces problèmes, a décidé vraiment d'apporter des solutions concrètes. Nous avons travaillé en sous-commission et abordé les deux sujets importants: la question des coûts et celle des primes, que nous traiterons durant la troisième semaine de la session en traitant l'initiative socialiste qui vise à plafonner les primes à 10 pour cent du revenu disponible. Une sous-commission de six membres a travaillé sur ces deux objets pour préparer deux contre-projets.

Le groupe socialiste vous invite à entrer en matière sur le contre-projet à l'initiative populaire soutenue par le Parti du Centre, parce qu'il estime qu'il faut agir sur les primes – nous en parlerons durant la troisième semaine de session. Sur ce sujet, la commission a fait des propositions de haut niveau. Pour une fois, nous avons un vrai projet de réduction des primes d'assurance-maladie pour la classe moyenne et les milieux à revenu modeste. Mais il faut aussi évidemment agir au niveau des coûts. En effet, si nous n'arrivons pas à faire évoluer la répartition des ressources vers la médecine de premier recours, nous aurons des problèmes insolubles, notamment en cas de pandémie.

Ce sont les raisons pour lesquelles des mesures ciblées ont été proposées dans le contre-projet.

Le groupe socialiste vous invite à recommander de rejeter l'initiative populaire qui, comme cela a été dit, est trop sommaire, n'apporte pas, en fait, d'instruments précis de maîtrise des coûts et se concentre sur les salaires comme indicateur de croissance, ce qui est insuffisant. En revanche, nous vous invitons à entrer en matière sur le contre-projet. Nous vous invitons à rétablir notamment les valeurs cibles proposées par le Conseil fédéral. Là, j'invite toutes celles et tous ceux qui craignent le rationnement des prestations à réfléchir à ceci: dans le domaine de l'éducation et de la sécurité – Dieu sait si ce sont des services absolument indispensables



à la population –, personne ne s'offusque du fait qu'il y ait un budget de l'éducation, un budget de la sécurité, un budget pour toute une série de tâches d'intérêt public qui sont absolument indispensables à la population. Pourquoi le système de santé serait-il le seul à ne jamais devoir s'aligner sur une sorte de budget qui, évidemment, ne peut pas être fermé, qui ne peut pas être bloqué et qui doit évidemment évoluer en fonction des besoins? Mais laisser simplement chacun déterminer par lui-même quel est le volume de consommation et quel est le chiffre d'affaire qu'il entend faire, cela n'est évidemment pas une solution durable, surtout si, encore une fois, cette répartition des ressources se fait de manière aussi inégale.

Voilà les raisons pour lesquelles nous vous invitons à entrer en matière sur le contre-projet, à adopter les propositions qui sont faites, visant notamment à renforcer la médecine de premier recours, puisque nous vous invitons, notamment dans les propositions concrètes à enfin laisser émerger l'idée d'un tarif différencié par groupe de prestataires, ce qui permettrait notamment de faire évoluer ces ressources dans l'intérêt de cette médecine qui est sous pression en raison des facteurs sociodémographiques.

Mäder Jörg (GL, ZH): Das Thema "Kosten im Gesundheitsbereich" kommt heute in diesem Rat nicht zum ersten und auch nicht zum letzten Mal zur Sprache. Im Gegenteil, die Wahrheit könnte nicht weiter davon entfernt sein: Das Thema Gesundheitskosten ist seit Jahren ein Dauerbrenner in der Politik, in den betroffenen Branchen und Verbänden, in den Medien, in der Öffentlichkeit, überall. Das liegt daran, dass wir alle unsere eigene Gesundheit immer wieder und zu Recht als einen der zentralen Aspekte eines glücklichen oder zumindest zufriedenen Lebens betrachten. Eine gute Gesundheit ist nicht alles, aber ohne sie ist alles andere nichts, heisst es bekanntlich.

Die Gesundheitsbranche ist mit ihren zahlreichen Mitspielern – Patienten, Ärzteschaft, Therapeuten, Pflege, Krankenkassen, Kantone, Bund usw. – aber auch sehr komplex. Selbst innerhalb eines einzigen Bereichs, sei es nun bei den Krankenkassen oder in der Ärzteschaft, herrscht alles andere als Einigkeit. Zudem steigen die Kosten, weil es immer mehr Therapien und neuartige Medikamente gibt. Sie steigen zum Teil auch, weil die Effizienz nicht immer gegeben ist, weil manches doppelt gemacht wird oder weil auch ganz Unnötiges gemacht wird. Aber auch die Demografie macht die Situation nicht einfacher, wir haben es heute schon mehrmals gehört. Insgesamt haben wir nämlich die Situation, dass viele Diagnosen und Prognosen, die vor einer Generation noch düstere Aussichten dargestellt hätten, heute die Chance auf noch mehrere Jahre in guter Lebensqualität eröffnen.

Ja, die Prämien sind in den letzten zwei Jahren nur schwach gestiegen im Vergleich zu vorher. Aber so, wie es aussieht, werden sie dafür dieses Jahr wieder stark steigen, und auch die Inflation hat an die Tür geklopft. Corona hat Spuren hinterlassen, gesundheitlich bei den Betroffenen, aber auch systemisch, beispielsweise in der Pflege. Wir haben zu wenig Leute, die in diesem Bereich arbeiten. Diese müssen entsprechend viel zu viel machen und steigen immer öfters aus ihrem geliebten Beruf aus. Die Umsetzung der Pflege-Initiative steht noch an. Und ja, digitalisieren sollten wir das ganze Gesundheitssystem auch noch, und zwar richtig und nicht nur irgendwie halb freiwillig wie bisher. Aber irgendwie ist diese Nachricht noch nicht bei allen angekommen, vielleicht sollten wir sie nochmals verschicken, per Fax. Vielleicht hilft es.

Es ist daher verständlich, dass für die Volksinitiative der Mitte-Partei genügend Unterschriften gesammelt werden konnten. Die Kosten bei der OKP sollen sich entsprechend der Gesamtwirtschaft und den Löhnen entwickeln. Der Anteil der Gesundheitskosten am eigenen Budget soll also nicht weiter steigen, zumindest im Schnitt nicht. Das klingt gut, aber ein frommer Wunsch ist noch kein guter Plan. Genau hier schwächelt die Initiative. Es wird von Zusammenarbeit und einer Kostenbremse gesprochen, aber konkreter wird es nicht.

Wir Grünliberalen sind klar der Meinung, dass dies zu wenig für einen Verfassungsartikel ist. Zudem: Ist eine solche fixe Anbindung an Wirtschaft und Lohn überhaupt sinnvoll? Es wird einseitig auf den Preis fokussiert. Das Preis-Leistungs-Verhältnis wird nicht berücksichtigt. Wollen wir das? Vielleicht sind künftige Therapien so überzeugend, dass wir gerne bereit sind, mehr zu bezahlen. Die Initiative könnte hier zu störenden Effekten und eventuell einer Behinderung des Fortschritts führen. Oder wird man in diesem Fall den Verfassungsartikel einfach ignorieren und die Volksinitiative zu toten Buchstaben degradieren? Beides sind keine guten Optionen, weshalb die Grünliberalen die Ablehnung der Volksinitiative empfehlen.

Kommen wir zum Gegenvorschlag. Bei jeder Volksinitiative, die man ablehnt, sollte man sich überlegen, ob ein Gegenvorschlag angebracht ist. In diesem Fall ist die Situation aber etwas komplexer. Wie eingangs erwähnt, ist das Thema nicht neu. Zahlreiche Vorstösse dazu wurden und werden behandelt. Vonseiten des Bundesrates kommen immer wieder neue Ideen und Ansätze, und eigentlich sind wir mittendrin. Das Kostendämpfungspaket 1 haben wir weitgehend beraten, zumindest Teil A, Teil B beinahe. Das zweite Paket kommt noch.

Das heisst, dass die Volksinitiative offene Türen einrennt. Ja, das Volk hat uns den Auftrag gegeben, uns mit der



Materie zu beschäftigen – aber das machen wir bereits. Man könnte also ganz ruhig auf einen Gegenvorschlag verzichten, da wir schon dran sind. Das ist aber politisch eher schlecht, so geht man mit der Bevölkerung nicht um. Also hat bereits der Bundesrat einen Gegenvorschlag entworfen; genau gesagt: Er hat Teile aus seinem Kostendämpfungspaket 2 herausgelöst, vorgezogen und zum Gegenvorschlag erkoren. Inhaltlich ist das also nichts anderes, sondern einfach anders portioniert.

Der Teil, den er herausgelöst hat, ist aber ein Teil, der schon im Voraus zu heftigen Wellen geführt hat: die Kostenziele. Der Bundesrat möchte angeben, vorgeben, berechnen,

AB 2022 N 823 / BO 2022 N 823

bestimmen, welche Teile des Gesundheitssystems wie viel kosten dürfen und wann zu viel zu viel ist. Damit hätten wir aber eine Art Kostendeckung, die zu einer Rationierung führen könnte. Doch so ehrlich muss man sein: Im ersten Entwurf war das recht hart formuliert. In der aktuellen Version ist es aber wirklich nur als Ziel formuliert, ohne Automatismus; mehr dazu bei Block 1 der Detailberatung. Die Kommission des Nationalrates konnte dieser Idee nicht nur Gutes abgewinnen und ist skeptisch bis ablehnend. Entsprechend hat sie via Subkommission weitere Elemente geprüft und weitere Massnahmen beschlossen, um einen stimmigen Gegenvorschlag zu erhalten; mehr dazu in der Detailberatung.

Insgesamt ist der Gegenvorschlag – insbesondere, wenn man die Kostenziele herausnimmt, was sowohl die Kommission als auch die grünliberale Fraktion empfehlen – ein Leichtgewicht; das aber nicht, weil wir das Thema nicht ernst nehmen, sondern weil wir es in verschiedenen anderen Vorlagen bereits diskutieren und einiges auch schon beschlossen haben. Nichtsdestotrotz empfiehlt die grünliberale Fraktion nach heftig geführter Diskussion, auf diesen Gegenvorschlag einzutreten und ihn am Schluss auch zu bejahen, damit er auf die Reise in den Ständerat gehen kann. Welche Elemente genau wir am Schluss in welcher Form unterstützen, werden die weiteren Beratungen zeigen.

Wir bitten Sie entsprechend, beide Minderheitsanträge abzulehnen.

Sauter Regine (RL, ZH): Bezüglich der Ausgangslage für dieses Geschäft besteht Einigkeit. Alle meine Vorrednerinnen und Vorredner haben es bereits erwähnt, und auch der Kommissionssprecher hat die Zahlen sehr deutlich dargelegt: Die jährlichen Steigerungen der Kosten und der Prämien, die im Gesundheitswesen festzustellen sind, müssen beunruhigen; der permanente Anstieg der Gesundheitskosten bereitet Sorge. Hier muss ich Kollegin Weichelt aber korrigieren: Steigende Kosten haben eben tatsächlich sehr viel mit steigenden Prämien zu tun, denn diese sind eins zu eins ein Abbild der Kosten. Die Prämien werden zu einer immer grösseren Last, insbesondere für die Familienbudgets des Mittelstandes. Was liegt da näher, hat man sich in der Mitte-Fraktion gesagt, als eine Volksinitiative zu lancieren, die rasch Abhilfe schaffen soll oder dies zumindest verspricht?

Der Titel dieser Initiative ist ja auch marketingmässig gut gewählt: Es geht um eine Kostenbremse. Mit Schuldenbremsen haben wir in diesem Land gute Erfahrungen gemacht. Warum also nicht eine Kostenbremse im Gesundheitswesen? Das Thema beschäftigt uns aber schon länger. Auch der Bundesrat hat ein Massnahmenpaket zur Kostendämpfung vorgelegt. Wir sind daran, dieses zu bearbeiten.

Ausser bei der Mitte-Fraktion stelle ich nirgends Begeisterung für diese Initiative fest, was auch nicht weiter erstaunt. Noch schlimmer – um es tatsächlich mit diesen Worten zu sagen – ist indessen der Gegenvorschlag des Bundesrates. Dieser zeigt bereits auf, in welche Richtung eine Umsetzung dieser Initiative gehen würde: in eine Richtung, die wir sicher so nicht unterstützen können. Es geht um die Skizze eines staatlich gelenkten und geplanten Gesundheitswesens, etwas, was für die Schweiz nicht wünschbar ist.

Sowohl die Volksinitiative der Mitte-Partei als auch der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates sind deshalb aus mindestens drei Gründen abzulehnen: zum Ersten aus staatspolitischen Gründen, zum Zweiten aus gesundheitspolitischen Gründen und zum Dritten auch aus ordnungspolitischen Gründen.

Lassen Sie mich zu den staatspolitischen Gründen kommen. Das Gesundheitswesen ist Sache der Kantone, dies zu Recht, muss ich sagen, wenngleich ich in diesem Bereich nicht eine vehemente Befürworterin des Föderalismus bin. Die Initiative und vor allem aber der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates würden nun massiv in diese Kompetenzverteilung und insbesondere auch in die Kompetenzen der Kantone eingreifen. Hier eine zentrale Steuerung durch den Bund einzuführen, ist sicher keine gute Idee. Der Gegenvorschlag des Bundesrates zeigt auf, wie dies erfolgen würde: Man würde Kostenziele für jeden Kanton einzeln definieren. Fraglich ist, wie dies geschehen würde. Würde man beispielsweise dem Kanton Zürich für das nächste Jahr ein Kostenziel von 2 Prozent geben und dem Kanton Uri eines von 5 Prozent? Das Ganze erscheint recht willkürlich, insbesondere aber schwierig umzusetzen. Es sind Kostenziele, die letztlich in den Kantonen umgesetzt werden müssen; die Steuerung bleibt dann auch dort. Die Folge wären ein riesiges Bürokratiemonster und ein



riesiger administrativer Aufwand für alle Beteiligten im Gesundheitswesen, für die kantonalen Verwaltungen, die Ärzteschaft, die Spitäler, für all jene, die dann mit diesen Zielen operieren müssten.

Die Initiative und auch der Gegenvorschlag sind zudem aus gesundheitspolitischen Gründen abzulehnen. Heute haben wir in der Schweiz ein hervorragendes Gesundheitswesen, das muss man an dieser Stelle auch einmal betonen. Wir haben einen ungehinderten Zugang zu medizinischen Leistungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner dieses Landes, höchste Qualität der Versorgung, wir haben kurze Wartezeiten. Die Initiative und der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates operieren nun mit Zielvorgaben. Es wurde wiederholt betont, insbesondere von den Initiantinnen und Initianten, dass man Zielvorgaben nicht mit Globalbudgets verwechseln dürfe, schon gar nicht mit einer Rationierung. Aber auf Englisch würde man sagen: "Let's call a spade a spade."

Zielvorgaben sind nichts anderes als Globalbudgets. Wenn Sie in einem Jahr ein tieferes Kostenziel als im Vorjahr erreichen müssen, heisst das automatisch, dass Sie die Leistungen deckeln müssen. Das hiesse, gewisse Leistungen für gewisse Gruppen oder gewisse Leistungserbringer könnten nicht mehr erbracht werden. Die Initiative und der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates sind somit ein Eingriff in eine sachgerechte Gesundheitsversorgung. Nicht mehr medizinische Kriterien sollen ausschlaggebend sein, sondern rein planerische. Es käme zur Vorenthaltung von Leistungen, je nachdem, wie die Ziele definiert sind. Hierzu gibt es Beispiele aus Deutschland oder Grossbritannien, die verdeutlichen, warum so etwas schlecht funktioniert und was die Folgen solcher Plafonierungen wären. Das wollen wir in der Schweiz nicht!

Eine Folge der Initiative und des indirekten Gegenvorschlages des Bundesrates wäre vor allem auch eine Erosion der Tarifautonomie. Es würde laufend – was heute bereits verschiedentlich vorkommt und als Ausnahmefall deklariert wird – in die Tarifpartnerschaft der Tarifpartner eingegriffen, was sicher nicht wünschbar ist. Eine ungenügende Tarifierung, das ist bekannt, führt letztlich zur Vorenthaltung von Leistungen; auch dies ist ein Grund, aus dem es zu Rationierungen kommen würde.

Schliesslich komme ich zum ordnungspolitischen Grund, aus dem sowohl die Initiative wie auch der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates abzulehnen sind. Es ist ganz klar: Heute braucht es mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, nicht mehr Planung. Es braucht mehr Effizienz und Zweckmässigkeit, nicht noch mehr Staat. Richtigerweise wurde von den Initiantinnen und Initianten wie auch von verschiedenen Rednerinnen und Rednern hier im Saal angeführt, dass im Gesundheitswesen Sparpotenzial besteht. Das ist ganz offensichtlich! Um dieses Sparpotenzial auszuschöpfen, braucht es aber andere Massnahmen, sicher nicht Zielvorgaben, die das Angebot plafonieren.

Ein Beispiel dafür ist Efas, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Hier liegt Sparpotenzial brach. Unser Rat hat eine Lösung für Efas verabschiedet. Seit nunmehr beinahe mehreren Jahren, muss ich sagen, liegt das Projekt im Ständerat. Es geht nicht vorwärts. Je länger wir damit zuwarten, desto unwahrscheinlicher sieht es aus, dass wir hier endlich eine zweckmässige Lösung haben, um die Fehlanreize in diesem Bereich zu beseitigen.

Es braucht bessere Koordination zwischen den Leistungserbringern: Das Stichwort ist hier "Managed Care". Mit solchen Modellen könnten Effizienzpotenziale ausgeschöpft werden, Patientinnen und Patienten besser betreut werden. Auch das führt zu Kosteneinsparungen.

Schliesslich müssten die sogenannten WZW-Kriterien konsequenter beachtet werden. Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein, damit sie von der obligatorischen Grundversicherung übernommen werden. Das

AB 2022 N 824 / BO 2022 N 824

heisst, es sind keine unnötigen Leistungen zu erbringen. Wir müssen es schon sagen: Der Entscheid, auch alternativmedizinische Leistungen in die Grundversicherung aufzunehmen, war vollkommen falsch. Solche Dinge führen eben genau zu Kostenausweitungen in der Grundversicherung.

Nötig ist aber letztlich auch ein Umdenken beim Einzelnen, bei uns allen. Wir haben nämlich nicht primär ein Kostenproblem im Gesundheitswesen, sondern wir haben ein Mengenproblem. Die Kosten sind das Ergebnis von Menge mal Preis, und wenn wir im Gesundheitswesen laufend die Mengen ausweiten, indem wir mehr Gesundheitsleistungen konsumieren, tragen wir selber dazu bei, dass die Kosten steigen. Die Lösung kann sicher nicht sein – und das geht an die Adresse der linken Seite –, diese Kosten nun einfach gleichmässig auf alle zu verteilen oder ein Kopfprämienystem einzuführen. Vielmehr braucht es hier, wie gesagt, Massnahmen im liberalen Sinn.

Unsere Fraktion wird aus diesem Grund ganz klar die Initiative der Mitte-Partei ablehnen. Wir werden auf den indirekten Gegenvorschlag eintreten, allerdings nicht auf den Gegenvorschlag, wie ihn der Bundesrat präsentiert hat; dort lehnen wir alle vorgeschlagenen Massnahmen ab. Die Mehrheit der Kommission hat



eigene Vorschläge erarbeitet. Wir werden mit diesen arbeiten. Wenn diese am Schluss durchkommen, werden wir dem Gegenvorschlag zustimmen.

In diesem Sinne bitte ich Sie, die Initiative abzulehnen und auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten. Details dazu werde ich in der Detailberatung bekannt geben.

Schläpfer Therese (V, ZH): Das Anliegen des Initiativkomitees, das Kostenwachstum in der OKP zu verlangsamen und die Belastung der Prämienzahlenden zu begrenzen, ist auch aus der Perspektive unserer Fraktion sowie der Kantone nachvollziehbar und wünschenswert. Mit der geforderten Koppelung an das Wirtschafts- und Lohnwachstum würde aber die Entwicklung der OKP-Kosten einem starren Mechanismus unterworfen, der sich mit der Funktionsweise eines dezentral organisierten und von vielen Akteuren geprägten Gesundheitssystems kaum vereinbaren lässt. Auch der Bundesrat empfiehlt die Initiative zur Ablehnung, weil die verlangte ausschliessliche Koppelung der Massnahmen an die Wirtschafts- und Lohnentwicklung zu kurz greift. Die SGK-N empfiehlt mit 20 zu 4 Stimmen ebenfalls die Ablehnung. Das Kostenwachstum muss mit anderen Massnahmen, z. B. bei den Tarifen und den Laboranalysen, gebremst, darf aber nicht über Zielvorgaben gesteuert werden.

Der grösste Treiber der Gesundheitskosten und somit der Krankenkassenprämien ist die Mengenausweitung. Das Parlament befeuert diese Entwicklung noch. Laufend stimmt es neuen Forderungen zu – beispielsweise die direkte Verrechnung der Leistungen der psychiatrischen Therapeuten oder die Pflege-Initiative –, welche die Mengenausweitung fördern und somit die Prämien belasten.

Unsere Fraktion lehnt auch den indirekten Gegenvorschlag ab. Sowohl die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen" als auch der vom Bundesrat ausgearbeitete Gegenvorschlag zur Einführung eines Kostenziels führen zu starken negativen Auswirkungen, im Besonderen in folgenden Punkten: Der Bundesrat und die Kantone sollen ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für den maximalen Anstieg der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen, das ist das sogenannte Kostenziel. Werden die Kostenziele nicht eingehalten, prüfen die Kantone und der Bundesrat, ob Massnahmen zur Korrektur von Fehlentwicklungen notwendig sind. Zudem sollen der Bundesrat und die Kantone zusätzliche Kompetenzen erhalten. Der Bundesrat soll neu auch bei Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen subsidiär Anpassungen vornehmen können. Falls Tarifverträge, welche die Höhe der Vergütung regeln, die Anforderungen des Gesetzes an ihre Genehmigung nicht mehr erfüllen und die Tarifpartner diese Verträge nicht von sich aus anpassen oder kündigen, soll ebenfalls die zuständige Behörde neu die Möglichkeit haben, den Tarif festzusetzen.

Solche Zielvorgaben gelten für ein Kollektiv einer Leistungserbringergruppe. Der einzelne Leistungserbringer hat jedoch keinen Anreiz, sich kostengünstiger zu verhalten, im Gegenteil: Er könnte sogar einen finanziellen Anreiz haben, möglichst viele Leistungen in Rechnung zu stellen, um seinen Marktanteil innerhalb der festgelegten Zielvorgabe zu erhöhen.

Sollte ein pauschales Kostenziel tatsächlich eine Wirkung entfalten, so käme es zu unerwünschten Effekten wie zum Beispiel zur Rationierung: Das hiesse, medizinisch notwendige Eingriffe würden nicht erbracht oder aufgeschoben, um eine Überschreitung des Budgets zu vermeiden. Um die Fehl- und Überversorgung wirkungsvoll anzugehen, muss die Ursache an der Wurzel gepackt werden, nämlich bei der Indikations- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer. Ein Kostenziel geht in die gegenteilige Richtung.

Mit der Festlegung von Budgetobergrenzen gäbe es zu wenig Anreize zur Steigerung von Qualität und Effizienz, sodass Innovationen gebremst würden und vorhandene, möglicherweise ineffiziente Strukturen bestehen blieben. Eine allgemeine Obergrenze und Korrekturmassnahmen, die vom Bund beschlossen würden, würden die Autonomie der Tarifpartner bei der Aushandlung von Verträgen einschränken. Somit fände kein Konkurrenzdenken mehr statt.

Darüber hinaus wird der Vorschlag des Bundesrates folgende Effekte haben: Die Rolle der Tarifpartner ist praktisch inexistent. Sie werden nicht einmal in die Erarbeitung der Korrekturmassnahmen einbezogen. Ihre einzige Funktion besteht darin, an der Festlegung der Ziele teilzunehmen, insbesondere durch ihre Vertretung in einer eidgenössischen Kommission. Die Zusammensetzung dieser Kommission ist jedoch noch nicht bekannt.

Mit diesem Entwurf würde die Rolle des Bundes und der Kantone bei der Festlegung der Tarifstrukturen und der Tarife weiter gestärkt, und es ginge in Richtung staatliche Gesundheitsvorsorge. Bund und Kantone bekämen subsidiäre Kompetenzen in zusätzlichen Bereichen. Die Zielvorgaben nach Kostenblöcken zementieren das Silodenken der einzelnen Leistungserbringerbereiche und Kantone, anstatt die integrierte und überregionale Versorgung zu fördern.

Massnahmen gegen die Über- und Fehlversorgung sind jedoch überaus angezeigt, gehen doch Schätzungen



von einem Einsparpotenzial von 20 bis 30 Prozent aus. Wie oben geschildert, muss man dafür jedoch die Fehlanreize an der Wurzel angehen. Sinnvoll wären Massnahmen zur Förderung der Indikations- und Ergebnisqualität, welche an die Vergütung gekoppelt sind: zum Beispiel die Verpflichtung zur Einhaltung der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, die Einführung von Garantieleistungen für medizinische Eingriffe, etwa mittels Ratenzahlungen oder Rückzahlungen bei Nichterreichen des Therapieziels, und die Transparenz betreffend Qualität bis auf Leistungserbringerstufe. Anstatt mit von oben verordneten Kostenzielen das System noch komplizierter zu machen, sollten zunächst die Fehlanreize im bestehenden Gesundheitssystem beseitigt werden.

Kollektive Zielvorgaben werden wenig Wirkung entfalten und das Silodenken der einzelnen Leistungserbringergruppen und Kantone noch verstärken, anstatt die integrierte Versorgung zu fördern. Einsparungen wären höchstens über eine Rationierung zu erreichen. Das Patientenwohl würde nicht im Zentrum stehen. Koppelt man hingegen die Vergütung an klare und strengere Qualitätsvorgaben, so werden damit nicht nur Kosten gesenkt, sondern es wird auch die Qualität im Sinne der Patienten gesteigert – eine Win-win-Situation für alle. Unsere Fraktion empfiehlt Ihnen deshalb, die Volksinitiative abzulehnen und nicht auf den Gegenvorschlag des Bundesrates einzutreten.

Pfister Gerhard (M-E, ZG): Das angeblich beste Gesundheitswesen der Welt ist krank, aber über die Diagnose des Patienten herrscht seit Jahren keine Einigkeit, denn es geht ihm von aussen gesehen noch recht gut. Diejenigen, die an ihm herumdoktern, verdienen alle hervorragend. Der Patient hat subjektiv das Gefühl, man sorge sich um ihn, bis er sieht, wie viel mehr er Jahr für Jahr bezahlen muss.

AB 2022 N 825 / BO 2022 N 825

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist ein einzigartiges Perpetuum mobile der Selbstbedienung, ein Paradies der Numismatik. Wer dieses Paradies betritt, beispielsweise als Arzt, dem eröffnet sich der einzig real existierende Markt, auf dem ihm Absatz- und Preisgarantie von Gesetzes wegen zustehen und auf dem der Wettbewerb sich darauf fokussiert, wer die höchsten Preise fordern darf, nicht darauf, wer das beste Kosten-Leistungs-Verhältnis auf den Markt bringt. Es herrscht auf diesem Milliardenmarkt ein Gewimmel von Experten, Beratern, Komitees und Interessengruppen, die alle ebenfalls gut daran verdienen, dass sie die Komplexität nicht reduzieren, sondern so erhöhen, dass sich an ihrem einträglichen Businessmodell nichts ändern wird. Man ist sogar derart kartellisiert, dass sich die Versicherer den Luxus zweier Verbände leisten können. Diese sind sich offen so spinnefeind, dass es sogar den Bürgerlichen in der nationalrätlichen Kommission jetzt genügt und sie nach dem Staat rufen, weil sich die Verbände und die Ärzte nicht darauf einigen können, wie viel sie verdienen sollen.

Einen solchen Luxus der Streiterei können sich nur Organisationen leisten, die fest im Kartellsattel auf dem hohen Ross der politischen Unantastbarkeit sitzen. Auch das gibt es nur noch im Gesundheitsmarkt, denn bei allen Differenzen sind unter allen Akteuren in diesem Kartell drei grosse Einigkeiten vorhanden. Erstens sind sie sich alle einig, dass die unaufhörlich steigende Prämienlast für den Mittelstand existenzbedrohend wird, wenn die Kosten nicht endlich mit den Löhnen einigermaßen Schritt halten. Zweitens sind sie sich alle einig, dass nicht sie, nicht ihre Organisation, nicht ihre Lobby einen Beitrag zur Kostensenkung leisten müssen, sondern immer und ausschliesslich nur die jeweilig anderen. Drittens sind sie sich alle einig, dass die Volksinitiative, um die es heute geht, abgelehnt werden muss. Denn genau mit dieser Initiative käme das Schlimmste zustande, was sie zu befürchten haben: Es würde sich etwas zugunsten der Prämien- und Steuerzahlenden ändern, die das überbezahlte System bezahlen müssen.

Alle Lobbyisten haben auf die Beratung dieser Initiative hin ihre immerhin schon überdurchschnittlich grosse Mail- und Papierflut nochmals erhöht. Sie haben mit den schwärzesten Farben die Menetekel "Zweiklassenmedizin" und "Rationierung" an die Wand geschrieben. Sie haben alle nochmals bestätigt, dass sie weder fähig noch willens sind, etwas zu tun, was in der realen Welt, ausserhalb dieses Kartells, völlig üblich und normal ist: Budgets zu erstellen, Ziele zu vereinbaren und sich nur schon die Frage gefallen lassen zu müssen, warum bestimmte Budgetziele nicht erreicht wurden und was sie vielleicht einmal dagegen zu tun gedenken. Was jeder Prämienzahlende für sich jährlich tun muss, weil die Prämie sein Budget erneut stärker belastet, ist für die Lobbys im Gesundheitskartell eine Zumutung, die sie nur beim Geldzählen stören würde.

Wenn alle Profiteure eines Kartells gegen etwas sind, dann muss es sich um etwas handeln, das das Kartell vielleicht aufbrechen könnte – und das ist diese Initiative. Das Kartell hat es noch einmal geschafft, via seine Lobbyisten einen Gegenvorschlag zwar nicht zu vermeiden, aber doch zu verharmlosen. Bleibt es dabei, freue ich mich auf den Abstimmungskampf über diese Initiative. Er wird Gelegenheit geben, dem Volk transparent zu machen, wer hier eigentlich das Problem ist: all jene Akteure, die ein Interesse daran haben, dieses Perpetuum



mobile der falschen Anreize zu erhalten, das für die Profiteure eben nicht falsch, sondern rentabel ist. Gibt es hier keinen brauchbaren Gegenvorschlag, wird man im Abstimmungskampf dem Volk sagen müssen, dass es diesem Treiben nur ein Ende setzen kann, wenn es Ja sagt zur Initiative.

Da ich noch dreissig Sekunden Redezeit habe, gebe ich als erster Redner des heutigen Morgens noch meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Verwaltungsrat einer Reha-Klinik einer gemeinnützigen Gesellschaft. Sie, verehrtes Publikum, sollten wissen, dass es hier Usus ist, dass man seine Interessenbindung angibt, aber meine Vorredner haben so viele Interessen in diesem Bereich, dass sie die Hälfte ihrer Redezeit dafür aufbringen müssten, sie hier zu erwähnen. Deshalb haben sie es nicht gemacht.

Prelicz-Huber Katharina (G, ZH): Eigentlich ist es despektierlich, dass wir, wie wir das heute Morgen jetzt immer wieder tun, über das Gesundheitswesen als reinen Kostenfaktor diskutieren, der endlich eingedämmt werden muss. Denn wir in der Schweiz können uns glücklich schätzen, ein gutes Gesundheitswesen zu haben, das alle benützen können, und tolles, engagiertes Personal zu haben, das alles tut, um eine gute Versorgung für uns als Bevölkerung zu gewährleisten – das hat gerade die Pandemie gezeigt. Und das darf etwas kosten. Ja, wir haben eine Kostenentwicklung, und wir haben vor allem eine Kostenentwicklung seitens der Bevölkerung oder, wie es immer so schön gesagt wird, der Versicherten. Wir haben nämlich Krankenkassenprämien, die viel zu hoch sind. Wir sind hier EU-weit betrachtet Spitzenreiter, aber leider im schlechten Sinn, nämlich mit dem höchsten Kostenanteil für die Bevölkerung.

Ja, es gibt auch Fehlanreize. So wird beispielsweise sehr gut mit der Zusatzversicherung verdient, indem möglichst viele Leistungen erbracht und auch unnötige Operationen gemacht werden, weil das dann rentiert. Wir haben den Fehler auch bei DRG, weil Operationen rentieren und die Pflege leider nicht. Wir haben in gewissen Bereichen zu hohe Spitzenlöhne für Fachspezialisten, meistens Männer, und zu hohe Chefarztlöhne, auch meistens für Männer. Es ist nicht in allen Bereichen so, ausser, wenn es "Bschiss" ist. Bei der Hausarztmedizin, bei der Kindermedizin oder bei der Psychiatrie sprechen wir sogar von Unterversorgung, weil es teilweise nicht rentiert. Wir sprechen auch von der Unterfinanzierung der Pflege oder von der Unterfinanzierung des ambulanten Bereichs im Spital. Es wird also lieber operiert, weil das rentiert, und nicht ambulant behandelt, weil das nicht rentiert.

Wir haben viel zu hohe Medikamentenpreise. Während der Pandemie gab es sogar Milliarden Gewinne mit Impfungen. Die Pharmalobby ist immer noch unersättlich. Wo ist da das Ehrgefühl?

Das Hauptproblem ist aber die Prämienbelastung für die Bevölkerung. Es ist deshalb, das kann man sagen, verdienstvoll, dass die Initiative tiefere Prämien will. Denn die Prämienbelastung steht für die meisten Arbeitnehmenden tatsächlich in einem krassen Missverhältnis zur Lohnentwicklung. Bei den Prämien gibt es eine extreme Steigerung. Das durchschnittliche Haushaltsbudget wird mit 14 Prozent belastet, was für viele Familien ein Riesenproblem ist, das trotz Krankenkassenprämien-Verbilligung nicht wirklich gelöst ist.

Die Antwort der Initiative auf dieses Problem ist aber untauglich. Die Kostenentwicklung soll entlang der Löhne erfolgen. Von welchen Löhnen sprechen wir dann? Wenn wir auch hier die Entwicklung der letzten zwanzig Jahre anschauen, dann sehen wir, dass die unteren und mittleren Löhne stagniert haben bzw. im Verhältnis zu den Lebenshaltungskosten wie Krankenkassenprämien sogar gesunken sind. Die obersten 10 Prozent der Löhne sind aber um 20 Prozent gewachsen, das oberste Prozent gar um 40 Prozent. Entlang welcher Löhne also soll die Kostenentwicklung erfolgen? Unten und in der Mitte gäbe es keine "Spatzung", ganz oben aber enorm viel Luft.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich im Vergleich zum BIP ist auch kein Problem. Die Gesundheitsbranche ist letztendlich in ihrer ganzen Breite ein wichtiger Arbeitgeber. Aber in den letzten Jahren haben Bund und Kantone immer weniger beigetragen, dafür immer mehr auf den Buckel der Prämienzahlerinnen überwältzt. Das Hauptproblem sind die Kopfprämien. Sie betragen für alle gleich viel. Das heisst, das ist klar, unten und in der Mitte wird überbelastet und zuoberst zu wenig. Die Lösung wäre also klar: keine Fehlanreize, keine Kopfprämien. Für dieses Problem haben wir die Antwort mit der SP-Initiative. Da soll aber, wir werden es sehen, keine verbindliche Lösung gefunden werden – das ist keine ehrliche Politik.

Nein zu diesem untauglichen Vorschlag der Initiative! Leider ist auch der Gegenvorschlag kein Wurf.

Kutter Philipp (M-E, ZH): "Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme der Welt", sagen alle. Doch es ist auch ein sehr teures, und das System strotzt von Fehlanreizen. Das

AB 2022 N 826 / BO 2022 N 826

Hauptproblem ist, dass die Akteure im Gesundheitswesen nicht dazu angehalten werden, sich kostenbewusst zu verhalten. Ein zweites Problem ist, dass viele von Ihnen zwar hier am Mikrofon sagen: "Ja, man muss etwas



tun", dann aber nichts tun. Die Rechnung dafür zahlt die Bevölkerung mit immer höheren Prämien. Sie bedrohen mittlerweile den Mittelstand. Über 2,2 Millionen Menschen in der Schweiz können ihre Krankenkassenprämien nicht mehr selbst bezahlen. Wenn wir daran nichts ändern, ist unser ach so gutes Gesundheitssystem langfristig in Gefahr.

Die notwendigen Korrekturmassnahmen sind bekannt. Eine gute Übersicht lieferte eine Expertenkommission unter dem Vorsitz von alt Ständerätin und alt Regierungsrätin Verena Diener, die nicht der Mitte-Partei angehört. Die Kommission besteht aus 14 Mitgliedern, die ausserordentlich viel medizinischen und gesundheitsökonomischen Sachverstand vereinen. 2016 beauftragte der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern diese Expertengruppe, rasch umsetzbare kostendämpfende Massnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorzuschlagen.

In ihrem Bericht, welche die Kommission 2017 vorlegte, hielt sie wörtlich fest: "Es ist offensichtlich, dass bis dato zu wenig und zu spät auf das Kostenwachstum im Gesundheitswesen reagiert wurde. [...] In diesem Zusammenhang muss von einem systematischen Versagen gesprochen werden. Vor diesem Hintergrund ist nun Eile und Entschlossenheit gefordert." Die Expertinnen und Experten schlagen mehr als dreissig Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen vor. Die Massnahmen sind zum grössten Teil bereits seit Jahren bekannt, wurden aber nicht umgesetzt, weil der entsprechende Druck fehlt.

Der Bericht hält insbesondere fest, dass die Gesamtsteuerung verbessert werden müsse. Hierfür schlägt die Kommission als zentrales und neues Steuerungsinstrument die Festlegung von verbindlichen Zielvorgaben für das Kostenwachstum in der OKP vor. Gemäss Expertengruppe erhöht dies die Kostenverantwortung für alle beteiligten Akteure. Zudem zeigen Erfahrungen in den umliegenden Ländern, dass dies eine zielführende Kostendämpfungsmassnahme ist.

Ich halte fest, dass es sich um eine Expertengruppe des Bundesrates handelt und nicht um eine Expertengruppe der Mitte-Partei. Ihre Forderung ist trotzdem sehr nahe bei dem, was unsere Volksinitiative fordert. Die Forderung der Experten ist sogar strikter als unsere, fordern wir doch eine Koppelung der Kostenentwicklung an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und der Löhne. Wir fordern zudem ein übergeordnetes Kostenziel, das die Akteure im Gesundheitswesen zur Zusammenarbeit verpflichtet. Wir wollen erreichen, dass die Akteure endlich gemeinsam Verantwortung übernehmen.

Der Gegenvorschlag des Bundesrates ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber zu starr und geht zu stark ins Detail. Er definiert nämlich den maximalen Anstieg der Kosten nicht nur für die gesamten Leistungen, sondern auch für einzelne Leistungsarten. Das führt unserer Ansicht nach zu einem Silodenken und zu Planwirtschaft. Beides erachten wir als nicht zielführend. Aus diesem Grund empfehle ich Ihnen jetzt schon, bei Artikel 54 des Gegenvorschlags den Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz) zu unterstützen.

Noch mehr empfehle ich Ihnen Zustimmung zur Volksinitiative. Sie senden damit eine wichtige Botschaft ins Land hinaus: Mit einem Ja zur Volksinitiative anerkennen Sie ein Problem, das die Bevölkerung sehr beschäftigt und unter dem sie sehr leidet, und Sie geben zu erkennen, dass das Parlament mit besseren Anreizen das Prämienwachstum endlich in den Griff bekommen will.

Wettstein Felix (G, SO): Vorweg meine Interessenbindung: Ich bin ehrenamtlich Präsident von Pro Salute, der gemeinsamen Stimme von Konsumentinnen, Patienten und Steuerzahlenden.

Es ist keine falsche Idee, in der Gesundheitsversorgung mit Kostenzielen zu arbeiten, im Gegenteil. Die gesundheitliche Versorgung oder die Versorgung im Krankheitsfall, wie es eigentlich heissen müsste, ist ein regulierter Markt. Zu Recht hat die Schweiz mit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einen stark regulierten Markt geschaffen. Wir wollen, dass eine breite Grundabdeckung an Behandlungen für alle zugänglich ist, und wir wollen, dass dies zu einem grossen Teil über ein – verbesserungswürdiges – Versicherungssystem sowie über Steuern finanziert wird. Bei diesen Voraussetzungen sind Kostenziele berechtigt. Ich weiss, es gibt viele mächtige Kreise, die bei diesem Thema sofort laut aufheulen und "Staatsmedizin" rufen. "Staatsmedizin", das eignet sich ganz offensichtlich als Schimpfwort. Wir werden es heute bestimmt noch ein paarmal hören. Warum eigentlich? Warum sollen die Leistungen der Grundversorgung nicht so etwas sein wie die Leistungen der öffentlichen Schule, der Volksschule, der Mittelschule oder der Hochschule? Oder wie die Leistungen der Justiz, der Polizei, der Zoll- und Grenzschutzbehörde?

Ein anderes Reizwort heisst "Kostenexplosion". Sie werden dieses Wort in meinen Begründungen nicht hören, weil es schlicht unzutreffend ist. Wir haben keine Explosion. Die Kosten im Behandlungswesen steigen seit Jahrzehnten stärker als das Bruttoinlandprodukt oder das Lohn- und Rentenniveau, das stimmt. Darum ist es auch richtig, festzustellen: Wir haben Handlungsbedarf.

Die Frage ist bloss, warum die Kosten stärker steigen. Ist es die Masslosigkeit der Menschen, die wegen jedem "Bobo" zum Arzt rennen, wie oft behauptet wird? Nein, das ist es nicht. In zwei Dritteln aller Krankheitssituatio-



nen setzen wir Menschen in der Schweiz auf Selbstheilung, auf Hausmittelchen und Pflege durch Angehörige. Patientinnen und Patienten sowie ihr privates Umfeld sind die wichtigsten Leistungserbringer!

Was ist es also? Wird das System immer teurer, weil wir älter werden? Auch das wird oft behauptet und ist widerlegt. Die Zeit des Lebens, in der wir krank, das heisst in professioneller Behandlung sind, hat sich sogar verringert. Was allerdings stimmt: Der einzelne Behandlungstag wurde laufend teurer. Bekommen wir dafür mehr Qualität? Wir alle wissen, dass das nur zum Teil zutrifft. Der andere Teil heisst: Es gibt immer noch Anreize, zu viel zu diagnostizieren, eine zu teure Behandlung anzusetzen, ein zu teures Medikament zu verschreiben, weil es sich für jene auszahlt, die behandeln und verschreiben. Und es gibt Überkapazitäten, die danach rufen, ausgeschöpft zu werden. Das sind die Kostentreiber, die wir endlich beseitigen müssen, denn sie bringen keine bessere Heilung und keine bessere Gesundheit. Und damit ich richtig verstanden werde: Ich unterstelle nicht, dass alle oder ein grosser Teil der Behandelnden zu viele Leistungen anordnen und verrechnen würden.

Wie also müssen wir steuern? Die Volksinitiative der Mitte-Partei schlägt meiner Meinung nach einen untauglichen Weg vor. Die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und die Entwicklung der durchschnittlichen Löhne taugen schlecht als Indikatoren für Kostenziele. Der Titel der Initiative ist, wie es unsere Fraktionssprecherin aufzeigte, irreführend, denn wir reden heute von den Kosten und nicht von den Prämien. Was also ist die Alternative? Schauen wir doch den Expertinnen- und Expertenbericht Diener vom 24. August 2017 an; mein Vorredner hat ihn angesprochen. Massnahme 1 von insgesamt 38 Massnahmen lautet: "Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum". Die anschliessenden Erläuterungen liefern sehr detaillierte und sehr gut begründete Angaben über die sinnvolle Art, einen Kostenindex zu bilden. Sie geben auch Antworten darauf, was zu geschehen hat, wenn das Ziel verfehlt wird, und sie werfen einen Blick auf andere Länder, die schon erfolgreich Zielvorgaben anwenden.

Der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates ist gar nicht weit weg davon. Darum halte ich es für richtig, auf ihn einzutreten. Dann brauchen wir allerdings zwei entscheidende Ergänzungen, damit das Endergebnis im Lot ist. Erstens brauchen wir die Ergänzung um Qualitätsziele. Zweitens: Nicht nur Kantone, Leistungserbringer und Versicherer sind anzuhören, sondern auch die Versicherten – ganz im Sinne der Minderheit II (Wasserfallen Flavia). Denn, wie gesagt, die Versicherten sind die wichtigsten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

AB 2022 N 827 / BO 2022 N 827

Ritter Markus (M-E, SG): Man kann es nicht wegre-den: Die Gesundheitskosten liegen beim Sorgenbarometer der Schweizer Bevölkerung seit Jahrzehnten auf einer Spitzenposition. Heute belasten die Kosten für die Krankenkassenprämien und die weiteren Gesundheitskosten praktisch die gesamte Schweizer Bevölkerung in einem enormen Mass und sprengen viele Familienbudgets. Um die Prämienverbilligungen bei den Krankenkassenprämien, die gesprochen werden und gesprochen werden müssen, zu gewährleisten, trägt die öffentliche Hand Milliardenbeträge im Bereich dieser Sozialkosten für das Gesundheitswesen bei. Ohne diese Prämienverbilligungen könnten sich viele Menschen in der Schweiz diese Kosten schon lange nicht mehr leisten. 2,2 Millionen Menschen beziehen in der Schweiz Prämienverbilligungen. 170 000 können sich die Krankenkassenprämien gar nicht mehr leisten.

Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist weiter ungebremst. Zwischen 2010 und 2020 sind die Kosten pro Jahr und pro Kopf durchschnittlich um 2,5 Prozent in die Höhe geschneilt, während die Nominallöhne im gleichen Zeitraum nur um 0,7 Prozent angestiegen sind. Wohin soll dies führen? Beim heutigen System im Gesundheitswesen wäre jede andere Entwicklung allerdings eine grosse Überraschung. Die Anreize sind so gesetzt, dass kostenbewusstes Verhalten kaum oder unzureichend gefördert wird. Die privaten Leistungserbringer wollen am Schluss des Tages ihre Kosten decken, gute Löhne ausbezahlen und wenn möglich als Unternehmer Gewinne erzielen. Das ist doch ganz normal. Die staatlichen Leistungserbringer wollen auch ihre Kosten decken, auch konkurrenzfähige Löhne bezahlen und möglichst wenig Geld aus den Kantonskassen nehmen. Dies ist nur mit gut ausgelasteten Kapazitäten möglich. Das ist auch ganz normal.

Und die Versicherten? Wenn man schon über Jahre so hohe Beiträge bezahlt hat und dann für einmal etwas beziehen kann, will man doch eine Topleistung. Wenn die Franchise einmal verrechnet und der Selbstbehalt bezahlt ist, spart man doch nicht noch zulasten der eigenen Gesundheit – nein danke. Ausnahmen bestätigen die Regel. Die Krankenkassen verrechnen den Versicherten jährlich mit ernster Miene die höheren Kosten, die dann auch von den Bundesstellen genehmigt werden – ein Verwaltungsakt. Wenn jemand nicht einverstanden ist, kann er ja die obligatorische Krankenkasse wechseln.



Und was tut die Politik? Die zuständigen Kommissionen in unserem Parlament sind reich bestückt mit Fachwissen und gefüllt mit Interessenvertretern aus den verschiedenen Gremien der Akteure des Gesundheitswesens. Ich war letztes Jahr an einer Veranstaltung der Branche zur Thematik, hier in Bern. Alle waren sich einig, dass mit unserer Initiative nicht die richtigen Akzente gesetzt werden. Auf die Frage, wo denn gespart werden könne, kamen durchaus Vorschläge, die aber jeweils die anderen betrafen. Diese wehrten sich natürlich mit aller Deutlichkeit und holten sofort zum Gegenschlag aus.

Man fasst es kaum – man dreht sich weiterhin im Kreis. Man reicht die heisse Kartoffel weiter wie bisher. Der Tardoc ist ein einziges Trauerspiel und zeigt, dass die Politik gefordert ist zu handeln, weil es die Branche selber nicht mehr kann.

Nichts tun ist bei den Gesundheitskosten einfach keine Option mehr. Wer die Entwicklung der letzten zwanzig Jahre ausblendet und die absehbare Prämienentwicklung für die kommenden Jahre nicht wahrhaben will, vergisst die Sorgen der Menschen in unserem Land. Wir haben ein gutes Gesundheitswesen in der Schweiz, das aber für die Kostenentwicklung klare Leitplanken braucht, damit wir es uns auch künftig noch leisten können.

Deshalb: Ja zur Initiative und Ja zum indirekten Gegenvorschlag.

Quadri Lorenzo (V, TI): In questa sessione la nostra Camera affronterà due iniziative popolari che riguardano i costi della salute: quella promossa dal PPD, ora Alleanza del Centro, di cui discutiamo oggi, e quella del PS che vuole plafonare i costi dei premi della cassa malati al 10 per cento del reddito e sarà in agenda nella terza settimana della sessione in corso.

Intanto, per il 2023 è stato annunciato l'ennesimo massiccio aumento dei premi di cassa malati, che va ad inserirsi in un contesto di impoverimento dei cittadini causato dall'aumento del costo della vita; e di recente abbiamo anche sentito che il Consiglio federale non intende intervenire in altri ambiti, ad esempio con tagli alle accise sul carburante, diversamente da quanto fanno paesi a noi vicini, per ridare un po' di potere d'acquisto ai cittadini.

L'annunciato aumento dei premi di cassa malati per il 2023 non appare giustificato. Dopo la crisi pandemica le operazioni elettive che erano state sospese sono sì riprese ma non in misura tale da portare ad aumenti dei premi che per tanti assicurati, già lo si sa, saranno di una percentuale a due cifre. Quindi anche questa volta si assisterà ad una discrepanza tra la crescita dei costi e la crescita dei premi, con i secondi che aumenteranno molto di più dei primi.

Si sono poi anche sentite le fantasiose teorie da parte dei responsabili del portale Comparis a proposito della riduzione delle riserve che farebbe aumentare i premi. Queste sono semplicemente "fake news". Lo scorso anno le riserve degli assicuratori malattia sono state ridotte di circa 360 milioni di franchi, e sostenere che una riduzione di questa entità, quando le riserve in esubero ammontano a 5,7 miliardi di franchi, metterebbe in pericolo la sicurezza finanziaria del sistema e priverebbe gli assicuratori del margine di liquidità necessario per far fronte alle oscillazioni dei costi sanitari, è semplicemente assurdo.

Sono all'ordine del giorno del Consiglio degli Stati, sempre in questa sessione, atti parlamentari che chiedono di rendere obbligatoria la restituzione – oggi facoltativa – delle riserve in esubero. C'è da sperare che questi atti parlamentari verranno approvati. Poi anche sul calcolo delle riserve minime ci sarebbe qualcosa da dire. È comunque chiaro che, per quanto attiene ai premi di cassa malati, c'è necessità di agire – sussiste un'urgenza palese.

L'iniziativa popolare oggi in discussione prevede di mettere un freno ai costi nel rettore sanitario. Il rischio di un tale meccanismo è evidente, cioè il razionamento delle cure, quando il tetto massimo viene raggiunto e, a maggior ragione, quando non si tiene conto di fattori come il progresso medico e tecnologico nonché l'invecchiamento della popolazione.

Per questo motivo, all'iniziativa viene contrapposto un controprogetto indiretto che propone una serie di misure puntuali, alcune delle quali sono certamente interessanti. Quindi non si può dire che sia tutto da buttare. Però, queste misure sono in generale abbastanza rigide e burocratiche. Comportano anch'esse il rischio di razionamento a danno dei pazienti, in particolare dei pazienti anziani e dei malati cronici. D'altronde, respingere tutte le proposte porterebbe a un immobilismo difficile da difendere nel contesto attuale, soprattutto se queste vengono respinte perché magari si scontrano con interessi di parte, che sono anche rappresentati in questo Parlamento.

Tuttavia, alla luce del continuo peggioramento della situazione c'è da chiedersi se non sia giunto il momento di proporre qualcosa di diverso, come può esserlo un contributo per abbassare i premi di tutti. Si tratterebbe quindi di un cambio di paradigma.



Concludo invitando a respingere l'iniziativa, pensando però a provvedimenti che sono di un altro tipo, perché la necessità di agire è data, e più ci si perde nel dettaglio, più l'efficacia si diluisce. Quindi occorre muoversi, probabilmente senza troppe ambizioni sul piano della perfezione formale e tecnica – altrimenti non si va da nessuna parte –, ma puntando su misure che comportino semplicità, comprensibilità e soprattutto efficacia.

Roth Pasquier Marie-France (M-E, FR): Aujourd'hui, une famille de quatre personnes paye 15 000 francs par an uniquement pour les primes d'assurance-maladie. Le monitoring 2017 réalisé par Ecoplan montre que les primes d'assurance-maladie représentent une charge financière toujours plus lourde pour les familles à revenu faible ou moyen. Au cours des dix dernières années, la charge est passée en moyenne de 10 à 14 pour cent du revenu. La classe moyenne et les ménages doivent être soulagés. Ceux qui utilisent le

AB 2022 N 828 / BO 2022 N 828

système de manière responsable payent aujourd'hui pour l'inefficacité des autres.

Nous devons stopper la tendance à l'explosion des coûts sans toucher à la qualité des prestations fournies. L'initiative populaire incite à se demander quelles sont les prestations vraiment nécessaires. L'Office fédéral de la santé publique parle d'un potentiel d'augmentation de l'efficacité, et sans perte de qualité, de 20 pour cent. C'est précisément pour cela que l'initiative pour un frein aux coûts est nécessaire. Le mécanisme est le même que pour le frein à l'endettement: dès que les primes d'assurance-maladie augmentent plus fortement que les salaires, la Confédération, les cantons, les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations doivent s'asseoir autour d'une table pour décider de mesures de maîtrise des coûts. L'objectif est une meilleure coopération entre tous les acteurs de la santé. Seule une responsabilisation de ceux-ci et une collaboration auront des effets sur les coûts. Ils doivent cesser de se renvoyer la balle. Il est d'ailleurs déjà prouvé que la qualité des traitements est meilleure, que les traitements sont plus efficaces et moins chers dans les réseaux de soins intégrés.

C'est pour cela que je vous encourage à soutenir l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé".

Riniker Maja (RL, AG): Wir sprechen zwar über Gesundheitspolitik, wir sprechen über eine Initiative und einen indirekten Gegenvorschlag. In Tat und Wahrheit geht es heute und morgen aber vor allem um Parteipolitik. Die Initiative hätte der CVP bzw. der Mitte-Partei vor den letzten Wahlen im Jahr 2019 Rückenwind geben sollen. Die Grosswetterlage hat sich geändert, der Wind hat sich gedreht, und wir stehen vor den nächsten Wahlen. Nun will die Mitte-Fraktion die Initiative aus dem Verkehr ziehen, denn die Partei verspürt Gegenwind. Damit die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei nicht zu einer Wahlerfolgsbremse wird, sollen wir, das Parlament, einen Gegenvorschlag ausarbeiten, und wir sollen uns dafür ein Jahr mehr Zeit geben.

Ja, es ist nicht per se schlecht, der Mitte-Fraktion aus der Patsche zu helfen. Aber es ist in erster Linie unsere Aufgabe, zu prüfen, ob es gut für unser Gesundheitswesen ist, noch weitere Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes in Angriff zu nehmen. Gesetzgeberisch ist unter dem Titel "Kostendämpfung" in letzter Zeit viel getan worden. Die Zulassungssteuerung für Leistungserbringer ist neu. Neu ist auch die KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, und neu ist auch das Kostendämpfungspaket 1a. Diese Revisionen sind erst in Kraft gesetzt worden. Praxiserfahrungen haben wir noch kaum.

Dafür aber rudern wir gesetzgeberisch schon wieder zurück, dies beispielsweise im Bereich der Zulassungssteuerung. Hier hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz soeben Alarm geschlagen und beantragt, Ausnahmen zu beschliessen. Sie befürchtet eine Unterversorgung. Wir werden auch hier wieder gesetzgeberisch tätig werden müssen. Wir müssen die Schraube lockern, kurz nachdem die Zulassungssteuerung in Kraft getreten ist. Wir sind weiter mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen sowie mit dem Kostendämpfungspaket 1b beschäftigt.

Es ist unsere Verantwortung, Sorge zu unserem guten Gesundheitswesen zu tragen und Gesetzgebung mit Augenmass zu betreiben. Das ist im Interesse der Patienten, der Ärzteschaft und der Spitäler. Es ist eben halt leider nicht immer im besten Interesse von Patienten, Ärzteschaft und Spitälern, die Gesetzgebung auf eine Parteiraison auszurichten.

Wir beraten auch den Gegenvorschlag des Bundesrates, und dieser trägt ebenfalls die Handschrift der Befürworter zusätzlicher staatlicher Eingriffe. Der Bundesrat wollte weitere behördliche Eingriffe in die ambulanten Tarife und Interventionen in die stationäre Tarifstruktur, staatliche Eingriffe zur Differenzierung der Tarife und Eingriffe in den Tarmed.

Lassen Sie uns doch bitte heute und morgen vernünftig sein. Die Kommission hat verschiedene prüfenswerte Anträge eingereicht. Wenn wir diese Kommissionsanträge unterstützen, die betreffenden Vorschläge des



Bundesrates hingegen ablehnen, dann kann man Sympathien für den Gegenvorschlag entwickeln. Zusammenfassend halte ich fest: Lassen Sie uns doch bitte die Initiative ablehnen und am Schluss, je nach Ausgang der Beratung über den indirekten Gegenvorschlag, diesen unterstützen.

Bregy Philipp Matthias (M-E, VS): Die Kosten steigen und damit auch die Prämien. Die Gewinner sind die Akteure im Gesundheitswesen. Die Verlierer sind die Prämienzahler. Das muss klar und deutlich gesagt werden: Es ist nicht erst seit gestern so, sondern seit Jahren. Grund dafür ist eine Tatenlosigkeit. Es ist eben nicht so, dass dieses Parlament in der letzten Zeit griffige Massnahmen ergriffen hätte, wie Frau Riniker gesagt hat. Das Gegenteil ist der Fall! Dieses Parlament scheut sich vor griffigen Massnahmen. Ich kann Ihnen versichern, spätestens im Herbst dieses Jahres werden die Menschen da draussen, für die wir verantwortlich sind, Sie fragen: Warum muss ich 5 bis 10 Prozent mehr Prämien zahlen? Alle da draussen werden betroffen sein. Belastet wird aber der Mittelstand, jene Leute mit einem durchschnittlichen Einkommen, jene Leute, die keine Prämienverbilligungen erhalten.

Man kann jetzt die Mitte-Fraktion hier schon kritisieren und sagen, das sei Wahlkampf. Das ist es aber nicht. Es ist der Kampf für den Mittelstand, für die Leute, die unter diesen Prämien massiv leiden. Ich gebe Ihnen ein einfaches Beispiel. Meine Familie, wir sind nicht speziell versichert, würden 5 Prozent Prämienanstieg 600 Franken im Jahr kosten; 10 Prozent Anstieg würden 1200 Franken kosten. Stellen Sie sich vor: 600 Franken Mehrbelastung für meine Familie bei einem minimalen Anstieg und 1200 Franken bei einem maximalen Anstieg – das ist brutal viel Geld!

Die Mitte-Fraktion ist offen, auch über Prämienverbilligungen zu reden. Die SP hat durchaus recht. Kurzfristig ist es der Ansatz, den es braucht. Mittel- und langfristig haben wir aber nur eine Chance, wenn wir den Anstieg der Kosten bremsen, und zwar nachhaltig. Frau Sauter hat es heute richtig gesagt: Die Kosten sind der Treiber der Prämien. Die Mitte-Fraktion ist nicht mehr bereit zuzuschauen. Die Mitte ist nicht bereit zuzuschauen, wie der Mittelstand in seiner Existenz bedroht wird. Und ich kann Ihnen versichern: Die Mitte-Fraktion wird kämpfen – hier im Saal für eine gute Lösung und nötigenfalls draussen vor dem Volk. Denn spätestens im Herbst werden die Leute spüren, was das für ihre Brieftasche bedeutet.

Hören Sie auf zu sagen, es komme zu einer Zweiklassenmedizin, zu Rationierungen und dass die Leute gefährdet seien. Nein, gefährdet sind sie einzig durch die hohen Prämien, die sie nicht mehr stemmen können. Die Zeit, um Däumchen zu drehen, ist vorbei. Es braucht hier Lösungen, Lösungen für die Menschen da draussen, Lösungen für den Mittelstand. Und zwar braucht es Lösungen, die mittel- und langfristig nachhaltig sind. Dann haben wir etwas Gutes getan, und dann können wir uns rühmen, dass wir endlich die Kostenproblematik in Angriff genommen haben. Ansonsten betreiben wir nichts anderes als "Pflasterlipolitik".

Ich schliesse gerne, wie mein Parteipräsident, mit meiner Interessenbindung. Meine ist noch viel einfacher: Ich bin Prämienzahler.

Hurni Baptiste (S, NE): "Faites vos jeux, rien ne va plus", cette assertion nous évoque le casino, l'appât du gain, le hasard ou même l'addiction, mais pas vraiment le financement du système de santé. Et pourtant, "Faites vos jeux, rien ne va plus", dit le croupier à son aréopage de suiveurs incapables de détacher leur regard de la boule folle, braqués qu'ils sont sur le hasard qui leur sourira ou non.

Eh bien, cette scène, Monsieur le vice-président, Monsieur le conseiller fédéral, chères et chers collègues, n'est pas sans nous rappeler le financement du système de santé.

Oui, à la table de cette monstrueuse mécanique que rien n'arrête, il y a d'abord celles et ceux qui n'ont d'autre choix que d'y siéger. Celles et ceux qui sont dépendants, soit les patients. Ils doivent payer leurs primes qui ne cessent d'augmenter – 5 pour cent, 10 pour cent par année, parfois plus, parfois un peu moins. Aucun choix en la matière. Et puis, il

AB 2022 N 829 / BO 2022 N 829

y a les fournisseurs de prestations, eux aussi dépendants de la roulette du Tarmed ou des Swiss DRG, mais qu'ils ne négocient pas, cet exercice étant laissé à de hautes sphères. Et, enfin, le croupier, le Conseil fédéral, anime ce jeu malsain mais ne le pilote qu'insuffisamment, attendant simplement de voir qui gagne et qui perd. Le financement du système de santé en Suisse a bel et bien quelque chose du casino. Et comme au casino, à la fin, ce sont les joueurs qui paient la note, qui trinquent. A la grande différence néanmoins que les joueurs, ici, c'est nous toutes et tous. Ce n'est pas un choix ou encore moins une addiction, c'est une obligation légale. L'initiative du Parti du Centre a le grand mérite de tenter de mettre en place un mécanisme de régulation. Les coûts devraient évoluer conformément à l'économie nationale et aux salaires. En bref, si les salaires augmentent de 1 pour cent, les coûts et les primes ne devraient pas dépasser cela. Mais, car il y a toujours un



mais, c'est là où le bât blesse pour deux raisons qui nous semblent rédhibitoires.

D'abord, l'initiative ne pipe pas mot du cœur du problème, car nous sommes tous d'accord de limiter les coûts. Mais c'est sur la question de savoir comment les limiter que nous nous écharpons. C'est donc une initiative du type "il faut qu'on fasse ci", "il n'y a qu'à faire cela" mais qui ne dit jamais ce qui fâche, soit la manière de poursuivre l'objectif. Et quand je vois comment cette assemblée a balayé des mesures simples et efficaces avec un gros potentiel d'économie, du type du prix de référence des médicaments, je ne peux pas m'empêcher de sourire et pensant que même si l'initiative venait à passer, son effet serait plus que limité.

Autre problème conceptuel grave de l'initiative: elle ne tient pas compte de la réalité démographique. Ainsi, en simplifiant, si on réduit l'application de l'initiative à un groupe de 100 personnes, dont 80 travaillent et 20 sont à la retraite, et que, après dix ans, la proportion des retraités, dont les besoins de santé sont statistiquement plus importants, passe à 40 pour 60 personnes qui travaillent, alors inévitablement les coûts de la santé progresseraient davantage que les salaires. Dans ce cas, que ferait-on? Rationnerait-on les soins? Diminuerait-on le tarif? Mais ce serait une injustice que de pénaliser les praticiens ou les patients qui, dans mon exemple, n'auraient pas fait de la surfacturation, n'auraient pas "surbénéficié" de prestations et n'auraient pas été poussés à la consommation médicale. Les praticiens se retrouveraient uniquement avec une population qui a plus besoin de soins.

Faites vos jeux, rien ne va plus! La machine à hasard des coûts de la santé ne s'arrêtera pas de s'emballer grâce à cette initiative mal conçue, ni même avec le contre-projet, mais celui-ci, qui dit davantage quoi faire, ralentirait un peu cette mécanique infernale dont les pires accélérateurs, il faut bien le dire, sont définitivement l'autorégulation, un libéralisme de mauvais aloi et une concurrence d'opérette.

Je vous enjoins donc de suivre la majorité de la commission, de rejeter l'initiative, d'entrer en matière sur le contre-projet et, surtout, de voter les mesures en faveur de la médecine de premier recours qui elle seule peut contribuer à limiter quelque peu les coûts dans le domaine de la santé.

Stadler Simon (M-E, UR): Wir wurden aufgefordert, unsere Interessenbindungen transparent zu machen. Das kann ich sehr gut machen. Ich habe zwei Bindungen, sie sind eigentlich ganz einfach: Ich bin Prämienzahler und potenzieller Patient. Damit verfolge ich ganz klar zwei Interessen: Erstens will ich weiterhin ein sehr gutes Gesundheitswesen, und zweitens muss dieses für mich bezahlbar sein. Es kann ja nicht sein, dass bestimmte notwendige medizinische Leistungen nur noch für gewisse Leute zugänglich sind. Ab und zu habe ich den Eindruck, dass meine ureigenen Interessen als Prämienzahler und eben als potenzieller Patient hier im Parlament keine Lobby haben.

Wir alle wissen, dass es zahlreiche Akteure im Gesundheitswesen gibt. Es gibt die Pharmaindustrie, die Leistungserbringer, die Krankenversicherer, den Bund und die Kantone. Alle sind sie in diesem Haus sehr stark vertreten. Ja, es gibt auch ein gewisses System einer gegenseitigen Blockade. Die Medizin, die so in diesem Haus zusammengebraut wird, dient lediglich einer Symptombekämpfung und nicht einer Wurzelbehandlung gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen.

Machen wir uns nichts vor: Es wären uns x Massnahmen bekannt, aber wir nutzen sie nicht. Einige Stichworte: Fehlanreize, Doppelspurigkeiten, Medikamentenverschwendung oder wirtschaftliche Interessen an nicht notwendigen Behandlungen. Genau hier setzt unsere Initiative an mit der Forderung einer Kostenbremse. Das Volk gibt mit einer Verfassungsbestimmung die Marschrichtung vor; der Bund, die Kantone, die Krankenversicherer und die Leistungserbringer werden in die Pflicht genommen. Sie können sich nicht mehr vor griffigen Massnahmen gegen die Kostenexplosion drücken, und somit ist keine Arbeitsverweigerung mehr möglich.

Es wird auf Verfassungsstufe nicht einfach irgendeine Massnahme vordefiniert. Alle Akteure haben hier den notwendigen Freiraum, zusammen wirksame Massnahmen zu treffen.

Ich frage mich wirklich: Wie kann man überhaupt gegen eine solche Verfassungsbestimmung sein? Für mich ist die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ein so zentrales gesellschaftliches Thema – dieses ist wirklich würdig, in die Verfassung aufgenommen zu werden. Man darf sich hier an dieser Stelle schon fragen: Wer hat da eigentlich Angst vor dem Volk?

Damit komme ich nochmals zurück zu meinen Interessen. Bereits heute könnten im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverlust rund 20 Prozent oder jährlich 6 Milliarden Franken eingespart werden. Mein erstes Interesse, das von einem weiterhin sehr guten Gesundheitswesen, wird damit erfüllt. Damit, das ist das zweite Interesse, bleibt unser Gesundheitswesen schlussendlich auch für mich bezahlbar. Seit ich vor 34 Jahren auf die Welt gekommen bin, sind die Kosten für die Krankenkassenprämien um über 140 Prozent gestiegen. Diese enorme Zunahme belastet den Mittelstand und die Geringverdiener in unserem Land sehr stark. Heute bezahlt z. B. eine vierköpfige Familie rund 15 000 Franken Prämien pro Jahr.

Genug ist genug, die Schmerzgrenze für den Mittelstand und die Geringverdiener in unserem Land ist erreicht.



Wir als Politikerinnen und Politiker sind es den Prämienzahlerinnen und -zahlern schuldig, dass ihr Geld richtig und effizient eingesetzt wird. Genau dort setzt unsere Initiative an. Wir möchten eine Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen, sodass jeder Franken der Bürgerinnen und Bürger optimal eingesetzt wird. In diesem Sinn bitte ich Sie, unsere Initiative zur Annahme zu empfehlen.

Fischer Roland (GL, LU): Auch ich möchte zuerst meine Interessenbindung bekannt geben: Abgesehen davon, dass ich auch potenzieller Patient oder Prämienzahler bin, bin ich Verwaltungsratspräsident einer Pflegeinstitution in meiner Wohngemeinde Udligenswil.

Die stetig steigenden Kosten unseres Gesundheitswesens sind eine grosse Herausforderung. In diesem Punkt sind wir uns einig. Wir haben es heute Morgen schon vielfach gehört. Wir haben auch gehört, dass es kaum einen Mangel an Lösungsideen gibt. Es gibt Lösungen, es gibt Vorschläge. Sie werden nur zu wenig genutzt. In den Kantonen und auf Bundesebene beschäftigen wir uns seit vielen Jahren mit unzähligen Vorstössen zum Thema. Trotzdem kommen wir kaum voran.

Unser Gesundheitssystem ist derart verheddert in einem dornigen Gestrüpp aus Kompetenzen, Regulierungen, Fehlanreizen und Partikularinteressen, dass es bisher noch keiner noch so edlen Ritterin oder noch keinem noch so edlen Ritter gelungen ist, sich durch diese Dornenhecke zu kämpfen und die tief und fest schlafende Kostenkontrolle aus ihrem Dornröschenschlaf zu wecken. Auch heute steht wieder eine Ritterin vor uns. Sie behauptet, das richtige Buschmesser für die Dornenhecke des Gesundheitswesens zu haben. Diese Ritterin ist die Mitte-Partei, und sie verlangt mit ihrer Volksinitiative, man möge die Kosten der Gesundheitsversorgung so begrenzen, dass sie sich nur entsprechend dem Schweizer Bruttoinlandprodukt und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln.

AB 2022 N 830 / BO 2022 N 830

Das tönt auf den ersten Blick vielversprechend. Ich möchte aber gerne mithilfe von drei Punkten zeigen, dass die Initiative leider nicht das Zeug zum Schwert hat. Die Initiative erinnert eher an ein altes, rostiges Sackmesser, mit dem wir der Kostenkontrolle in unserem Gesundheitswesen keinen Schritt näher kommen.

1. Die Initiative verliert kein Wort darüber, wie genau das Ziel der Kostenbremse erreicht werden soll. Keine konkrete griffige Massnahme, keine konkrete Lösung wird vorgeschlagen. Nach Annahme der Initiative wären wir also keinen einzigen Schritt weiter als heute. Wir wären weiterhin im dornenvollen Dickicht unserer Gesundheitspolitik gefangen.

2. Die Initiative verlangt etwas, das in Anbetracht der demografischen Entwicklung in der Schweiz völlig unrealistisch ist. Unsere Gesellschaft altert, das ist allseits bekannt. So wird sich beispielsweise die Zahl der Über-80-Jährigen bis 2050 mehr als verdoppeln. Entsprechend werden auch die Kosten der Gesundheitsversorgung weiter steigen, denn der grösste Teil der Kosten entsteht in den letzten Lebensjahren. Bereits 2020 hat die Gesundheit der Über-61-Jährigen unsere Gesellschaft ebenso viel gekostet wie die Gesundheit der Unter-61-Jährigen. Nur machten die Über-61-Jährigen dabei weniger als ein Viertel der Gesamtbevölkerung aus. Wenn also das Wachstum der Gesundheitskosten das BIP-Wachstum nicht übersteigen soll, dann werden wir uns alle nach der Annahme der Initiative mächtig ins Zeug legen müssen, um eine entsprechend hohe Wirtschaftsleistung zu erarbeiten, damit wir diese Bedingung erfüllen können.

3. Die Mitte-Partei stellt sich mit der vorliegenden Initiative zwar als edle Ritterin dar. Für meinen Geschmack sitzt sie dabei – nicht allein, aber eben auch – auf einem hohen Ross. Diesen Eindruck habe ich deshalb, weil es gerade auch die Mitte-Partei ist, die beispielsweise im Kanton Luzern viel dazu beiträgt, dass Partikularinteressen noch immer höher gewichtet werden als Effizienzsteigerungen in unserem Gesundheitssystem. Wenn aus regionalpolitischen Gründen ein neues Regionalspital gebaut werden soll und dabei Kosten-, Effizienz- und Qualitätsüberlegungen in den Hintergrund treten, dann trägt dies nicht gerade zur Kostendämpfung bei. Mit anderen Worten: In den Kantonen könnte bereits heute viel getan werden, um die Kostenentwicklung zu begrenzen, aber eben, Partikularinteressen verhindern es. Dieses Problem löst die Initiative nicht.

Ich bitte Sie deshalb, die Initiative abzulehnen, aber auf den Gegenvorschlag einzutreten.

Roduit Benjamin (M-E, VS): "Seuls contre tous!" Voilà la situation du Parti du Centre au moment de débattre sur notre initiative visant à freiner les coûts de la santé. C'est peut-être bon signe! Je m'explique.

Lors de son dépôt, il y a quatre ans, notre projet obligeant le Conseil fédéral, l'Assemblée fédérale et les cantons à intervenir si le coût des soins augmente trop fortement par rapport à l'évolution des salaires semblait susciter la sympathie. Pour preuve, la récolte de 119 000 signatures a montré que l'initiative répond de manière concrète à la plus grande préoccupation de la population suisse, à savoir l'augmentation des coûts de la santé. Au début, le Parti socialiste et Travail Suisse ont même reconnu son bien-fondé; je cite: "Le mécanisme proposé par le PDC est considéré comme ayant les meilleures chances de succès parmi toutes les propositions



existantes et nouvelles en matière de politique de santé. C'est parce qu'elle s'attaque au coeur du problème: les coûts." Ce communiqué a été publié en décembre 2018, au moment où le Parti socialiste lançait sa propre initiative, à but social, sur l'allègement des primes, initiative complémentaire à celle du Parti du Centre.

Que s'est-il passé dès lors pour qu'il y ait un rejet généralisé de la part des autres partis, du Conseil fédéral et des principaux partenaires de la santé? La main sur le coeur, on nous oppose des généralités. Par exemple le fait de lier la question à l'évolution des salaires irait trop loin. Les facteurs comme le vieillissement de la population, les progrès techniques et médicaux et la conjoncture économique ne seraient pas pris en considération. Enfin tout cela conduirait à un rationnement des prestations.

Pire, certains milieux n'hésitent pas à dire qu'il n'y a pas de lien entre les coûts de la santé et l'augmentation des primes. On s'appuie aussi sur les réformes en cours et celles à venir pour dire que ces correctifs suffisent. Eh bien non, "es ist nicht so"! Voici quatre constats:

1. Les primes sont trop élevées. Rien n'a changé depuis le dépôt de l'initiative. Depuis plus de vingt ans, les primes d'assurance-maladie ont augmenté en moyenne de 4,5 pour cent par an, tandis que les salaires ont stagné. Une famille avec deux enfants paie en moyenne 1500 francs de primes d'assurance par mois, soit le 20 pour cent de son budget. Cette charge financière n'est plus supportable pour la classe moyenne.

2. Le système est paralysé. Je suis membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Je constate que chaque partenaire parle un dialecte différent. Personne ne veut faire des économies: ni médecins, ni hôpitaux, ni cantons, ni offices fédéraux, ni fabricants, ni pharmaciens, ni patients, personne!

En fait, l'habitude de travailler en silos et la défense de leurs prestations empêchent les partenaires tarifaires de coopérer davantage et de mettre en oeuvre des mesures d'économie efficaces là où c'est nécessaire. Pire, on sent de véritables champs de tension: cantons contre Confédération, fournisseurs de prestations contre assureurs, technologie médicale et surconsommation, liberté thérapeutique et rationalisation, et cela au détriment des patients et assurés que nous sommes tous. Ce qu'il manque, c'est peut-être un pilote dans l'avion.

3. Des solutions existent. On peut économiser des coûts inutiles sans réduire les prestations. Selon les experts mandatés par la Confédération, plus de 6 milliards de francs, soit 20 pour cent des coûts des soins de santé, sont gaspillés chaque année pour des traitements inutiles – je dis bien: inutiles – dans le seul domaine de l'assurance-maladie obligatoire. Des exemples? Vous savez tous qu'une opération en soins ambulatoires coûte en moyenne deux fois moins cher qu'en stationnaire. Et cela peut se faire dans de nombreuses situations inimaginables il y a quelques années encore. Je parle en connaissance de cause, puisque j'ai subi lundi passé une opération cardiaque avant de rentrer chez moi le soir. D'autres exemples? Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance-maladie (EFAS) avec l'intégration des soins de longue durée ou l'article 47c de la LAMal, la transparence sur la qualité des prestations, la maîtrise des nouvelles technologies, la baisse des prix des médicaments, l'élimination des incitations négatives, etc.

4. Enfin, un blocage des réformes, voilà ce que l'on vit. Les deux dernières révisions de la LAMal votées par le Parlement présentent déjà de grosses lacunes: celle concernant les mesures d'économie avec des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité accorde une très faible place à la transparence des données et celle concernant la gestion des admissions accentue la pénurie de personnel médical. Quant aux paquets de mesures de la Confédération, débattus au Parlement, vous devez en convenir: on les a vidés de leur substance. Ne restent que des mesurette, telles que les projets pilotes ou l'envoi d'une copie de la facture aux patients. On ne s'est même pas entendu sur un système de régulation des prix des médicaments ou sur une structure tarifaire uniforme efficiente. On balance entre Tardoc et les soins ambulatoires. Quant au contre-projet indirect du Conseil fédéral, édulcoré par la Commission de la santé publique et de la sécurité sociale, il n'offre que des rapiécages, certes acceptables, mais bien insuffisants.

En conclusion, nous ne resterons pas seuls très longtemps, car la population comprendra facilement qu'en l'état, seule notre initiative permet de maintenir un système de santé de qualité et qui soit supportable pour tous.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Seit 2009 wachsen die Prämien pro Kopf stärker als die Löhne und das Bruttoinlandsprodukt. Das Kostenwachstum ist mit der demografischen Entwicklung und dem medizinisch-technologischen Fortschritt zu erklären, aber eben nur zum Teil. Und weil die Kostensteigerung eins zu eins auf die Prämien durchschlägt, werden

AB 2022 N 831 / BO 2022 N 831

die Haushalte Jahr für Jahr von einer immer grösseren Prämienlast erdrückt. Im Kanton Bern ist die mittlere Prämie in den Jahren 2000 bis 2020 von 1800 auf 3800 Franken gestiegen. Das bedeutet einen Anstieg



von 110 Prozent und entspricht dem schweizweiten Anstieg. Auch im internationalen Vergleich schwingen wir obenaus. So ist der Anteil der Gesundheitsausgaben, gemessen an den Haushaltsausgaben, in der Schweiz am höchsten und liegt 2,3 Prozent über dem OECD-Schnitt. Auch wenn wir die Out-of-Pocket-Ausgaben anschauen, d. h. die direkt vom Patienten, von der Patientin getragenen Kosten wie Franchise, Kostenbeteiligung oder Kauf von Medikamenten, sehen wir, dass die Patientinnen und Patienten in unserem Land überdurchschnittlich belastet sind. Die Prämienentwicklung ist also ein Problem, die bereits sehr hohe Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Gesundheitskosten ebenso.

Die Einsparpotenziale im Gesundheitswesen, welche die Behandlungsqualität nicht gefährden, sind bekannt. Trotzdem passiert seit Jahren wenig bis nichts. Die Handlungsfelder befinden sich bei den hohen Medikamentenpreisen, beim zu tiefen Generika-Anteil, bei der fehlenden Koordination, bei Fehlbehandlungen, Überbehandlungen und der ungenügenden Digitalisierung. Spätestens seit dem Expertenbericht von 2016 ist klar, dass "ohne ein effektives Instrument zur Kostendämpfung ein weiterer Anstieg der Gesundheitsausgaben wie bisher zu massiven Zusatzlasten für die Bevölkerung führen kann. [...] Eine effektive Globalzielsteuerung kann die Zusatzbelastung infolge steigender Gesundheitsausgaben bei der OKP und der öffentlichen Hand langfristig in zumutbaren Grenzen halten."

Die darauf folgenden Kostendämpfungspakete und vor allem das Resultat unserer Entscheide sind bis heute, gelinde gesagt, ernüchternd. Mit wechselnden Allianzen zwischen den Gesundheitsakteuren wurden praktisch alle wirksamen Massnahmen versenkt oder auf die lange Bank geschoben.

Anstatt die Rechnungskontrolle effektiv zu stärken, haben wir lediglich beschlossen, dass die Versicherten eine Rechnungskopie erhalten sollen. Das steht ihnen eigentlich schon heute zu. Die Einführung eines Referenzpreissystems zur Senkung der Medikamentenpreise wurde ebenso versenkt. Eine wirksame Alternative, wie sie auch versprochen wurde, fehlt bis heute. Das Schicksal von Artikel 47c KVG, der die Tarifpartnerschaft stärken würde, bleibt offen. Mit diesem Artikel soll nicht nur der Preis der Leistungen verhandelt werden, sondern es sollen auch Massnahmen zur Entwicklung ihres Volumens einbezogen werden.

So stehen wir heute im Rahmen der Beratung des Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative vor der nächsten Gelegenheit, Massnahmen zur Kostensteuerung zu beschliessen. Ich möchte Sie einladen, diese Verantwortung wahrzunehmen und im Sinne des Gemeinwohls aus den Schützengräben hervorzukriechen. Das sind wir den Prämienzahlenden schuldig. Die Einführung von Kostenzielen, welche die demografische sowie die medizinisch-technische Entwicklung mitberücksichtigen, würde Transparenz bringen, sie würde ein Monitoring erlauben und dabei helfen, ungerechtfertigte Kostenanstiege frühzeitig zu identifizieren.

Ich möchte eine weitere Massnahme im Gegenvorschlag erwähnen, es ist der neue Artikel 46a Absatz 3. Wussten Sie, dass die Bruttoleistungen der Spezialisten in den vergangenen zehn Jahren von etwas über 3 Milliarden auf 7 Milliarden Franken angestiegen sind, während die Bruttoleistungen der Grundversorger im gleichen Zeitraum unverändert bei etwas über 3 Milliarden Franken geblieben sind? Urologen oder Gastroenterologen erreichen bereits vor dem Mittag den gleichen Umsatz wie der Grundversorger im gleichen Haus abends um 19 Uhr. Wenn wir hier die Möglichkeit einer Differenzierung der Taxpunktwerte einführen, dann könnten wir bei einer Unterversorgung, bei einem Fachkräftemangel eingreifen.

Ich bitte Sie, auch diese Massnahme einzuführen, auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten und die verschiedenen Massnahmen, die die Kommission beantragt, anzunehmen.

Bulliard-Marbach Christine (M-E, FR): Die Schweiz hat eines der modernsten und leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Darauf können wir mit Fug und Recht stolz sein. Aber dafür zahlen wir auch einen Preis, einen extrem hohen Preis. Und die Kosten steigen von Jahr zu Jahr weiter, viel schneller als die Löhne. Es sind die Familien in unserem Land, die diesen Preis zahlen, und für viele von ihnen ist die Grenze der Tragbarkeit überschritten. 15 000 Franken pro Jahr kostet die Krankenkasse für eine vierköpfige Familie. Das ist für viele schlicht nicht mehr tragbar. Als Folge droht ein Kollaps unseres bewährten Systems. Das würde heissen, dass die Grundversicherung nicht mehr alle heutigen Leistungen übernehmen kann. Die Konsequenz wäre eine Zwei-, Drei- oder Vierklassenmedizin, in der sich gewisse Bürgerinnen und Bürger Gesundheit nicht mehr leisten können. Dies wollen wir um jeden Preis verhindern.

Auch künftig sollen sich alle Bürgerinnen und Bürger mit der Grundversicherung eine gute gesundheitliche Versorgung leisten können. Aber dafür müssen wir jetzt handeln und die enormen Kosten in den Griff bekommen. Wir alle wissen, dass es möglich ist, Massnahmen zur Senkung der Kosten zu treffen. Denn ein Fünftel der Kosten bringt keinen wirklichen Mehrwert. Diese Milliarden können wir einsparen, ohne Einbussen bei der Qualität. Sparpotenzial gibt es bei den Medikamenten, bei überflüssigen Therapien und auch bei ineffizientem Vorgehen im System.

Damit dies gelingt, müssen alle Verantwortlichen des Gesundheitssystems Verantwortung übernehmen. Es



braucht eine Gesamtsicht. Nur wenn alle Akteure an einem Strick ziehen und gemeinsam Lösungen suchen, werden wir die Kosten in den Griff bekommen. Und genau diesen Auftrag kann das Volk mit der Kostenbremse-Initiative erteilen.

Es ist ein Auftrag an die Politik, gemeinsam mit den Akteuren Leitplanken zu setzen, wenn die Kosten weiter übermässig wachsen. Mit einem Ja zur Initiative werden die Akteure dazu verpflichtet, das Kostenwachstum zu bremsen und in eine Bahn zu lenken, die auch für die Familien und den Mittelstand erträglich ist.

Dandrès Christian (S, GE): Le précipice n'est pas loin pour des centaines de milliers de ménages des classes populaires, qui vont être frappés de plein fouet par la hausse des primes d'assurance-maladie pour l'année prochaine, car ces montants vont encore s'ajouter à l'inflation et à la flambée des prix de l'énergie. On peut imaginer que 10 à 15 pour cent du pouvoir d'achat sera perdu pour cette catégorie de la population. Il faut donc trouver des solutions politiques, mais pas n'importe lesquelles et surtout pas celles qui vont encore aggraver la crise sociale que traversent ces personnes. Le Centre propose ici une vieille tambouille néolibérale, celle du frein à l'endettement, et veut instaurer une sorte de moratoire sur la réponse aux besoins en soins.

C'est une proposition technocratique à souhait, puisque l'on veut arrimer les dépenses au PIB et aux salaires plutôt qu'aux besoins des assurés qui doivent être le mètre-étalon dans ce domaine. Et les besoins n'évoluent pas en parallèle des salaires.

La santé de la population dépend de plusieurs facteurs: le vieillissement de la population, évidemment, la question des conditions de travail – dont on parle assez peu –, la qualité de vie, qui dépend aussi de la situation sociale des ménages. Ces facteurs risquent de se détériorer beaucoup plus vite que l'augmentation du PIB et surtout que celle des salaires. Que propose le groupe du Centre? Rogner sur les prestations. En quelque sorte, soit les assurés vont devoir payer les soins de leur poche – directement ou avec des assurances complémentaires – soit ils seront tout simplement privés de soins s'ils n'ont pas les moyens de les payer.

En réalité, cette initiative prévoit une politique de rationnement pour les personnes qui n'ont que l'assurance de base. J'insiste sur cette question sociale, puisque nous ne sommes évidemment pas toutes et tous égaux dans le domaine des soins. Il y a des personnes qui n'ont pas les moyens de se soigner, qui doivent renoncer à des soins parce qu'elles ont dû prendre des franchises trop élevées, pour pouvoir payer les primes d'assurance ou à cause de la quote-part de dix pour cent sur les soins. Rationner les soins, c'est creuser encore plus cet écart entre les riches et les pauvres dont les

AB 2022 N 832 / BO 2022 N 832

conséquences se mesurent en années d'espérance de vie et surtout d'espérance de vie en bonne santé.

En fonction de la catégorie socioprofessionnelle à laquelle on appartient, la différence peut aller jusqu'à un cinquième. Le Centre passe totalement sous silence d'autres facteurs qui sont tout aussi décisifs sur le montant des primes d'assurance-maladie.

Tout d'abord, il y a le fait que les primes sont payées par tête, sans aucun lien avec la capacité financière des assurés. On doit relever que les dépenses de santé en Suisse correspondent à la moyenne de celles des autres pays européens: on est à 11,3 pour cent du PIB, ce qui est même moins que l'Allemagne.

Par contre, les primes sont insupportables pour les salariés à faibles et moyens revenus, parce qu'elles sont payées sans aucune distinction de revenu et de fortune. Il y aurait évidemment une solution très simple à cela, à savoir reprendre le modèle de l'AVS – qui est la seule véritable assurance sociale en Suisse – en fixant des primes en fonction d'un pourcentage de revenu. Cela permettrait aussi de faire payer aux employeurs une partie du financement des soins en rappelant que les mauvaises conditions de travail induisent des pathologies qui pèsent sur le bilan de l'assurance obligatoire des soins, sans que pour l'instant les employeurs aient à verser un seul centime à cette assurance. Le SECO avait fait des études, notamment en 2016, qui ont révélé que le seul stress au travail, qui n'est pas couvert par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, entraînerait des frais médicaux – donc des frais uniquement à charge de l'assurance obligatoire des soins – pour un montant de 1,4 milliard de francs par année.

J'aimerais également relever le fait que la droite veut imposer la frugalité, mais pas à tout le monde. Il y a des gagnants avec ce système: il y a bien sûr les pharmas, on en a parlé, mais il y a aussi des cliniques privées, dont on a moins parlé, qui peuvent pratiquer aux frais de l'assurance de base depuis une dizaine d'années. Il existe deux grands groupes de cliniques privées. La semaine dernière, le premier grand groupe de cliniques privées, Hirslanden, a publié sa marge bénéficiaire, qui a augmenté de 15 pour cent entre 2020 et 2021. Il y aura évidemment des dividendes qui seront versés. Ce n'est pas une situation que connaissent les hôpitaux publics, qui ont été asphyxiés alors que les conditions de travail du personnel se sont fortement dégradées, pour ouvrir un champ aux capitaux privés, surtout dans certains domaines rentables comme l'orthopédie, la



néphrologie, ou autre. Evidemment, les conditions de travail ne sont pas les mêmes dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics. Auparavant – et je crois qu'on doit le rappeler –, les cliniques privées étaient financées par les seules assurances privées. Aujourd'hui, elles sont largement soutenues par l'assurance obligatoire des soins et par les cantons. Les patients n'ont évidemment rien gagné avec tout cela, et notamment pas ceux qui souffrent de maladies chroniques ou de polymorbidité qui, lorsqu'ils vont voir des cliniques privées et que l'on constate que leur cas est trop complexe, sont renvoyés vers les hôpitaux publics.

Donc, pour soulager les ménages des primes trop importantes, il n'y a pas que des mesures à prendre concernant les rémunérations exagérées des spécialistes et des laboratoires. Il faut revoir complètement le système de financement de l'assurance de base, et la manière dont les frais de soins sont répartis.

Il faut surtout recommander le rejet de cette initiative, qui ajouterait aux problèmes actuels une couche de ségrégation sociale supplémentaire, ce dont la population n'a évidemment pas besoin, surtout dans cette période de crise.

Romano Marco (M-E, TI): Da vent'anni i premi di cassa malati hanno una sola tendenza e cioè quella di salire incessantemente. Un cittadino su quattro, quindi oltre 2,2 milioni di persone, nel nostro paese oggi non riesce più a fare fronte da solo a questa spesa. Il ceto medio è schiacciato, i salari stagnano e ora l'inflazione fa aumentare questa sofferenza. Oggi, costi per i premi di cassa malati che si aggirano intorno ai 15 000 franchi all'anno sono la realtà per tante famiglie composte da quattro persone.

La risposta della sinistra consiste a voler statalizzare il sistema, con un'economia pianificata e un aumento delle imposte. La destra ha da tempo rinunciato a sostenere ogni proposta di risparmio e fomenta solo il malcontento. L'Alleanza del Centro assume coraggio e responsabilità e, con questa iniziativa popolare, propone di introdurre un freno ai costi nella Costituzione. Non è nulla di nuovo, un meccanismo già noto nel nostro Stato, che ferma la crescita dei costi quando questi aumentano più del livello salariale medio. Con il freno all'indebitamento, ad esempio, abbiamo gestito in maniera ottimale i conti pubblici negli ultimi decenni, e ci siamo trovati pronti per affrontare la crisi legata alla pandemia.

Ma cosa sta succedendo in generale? I costi della salute aumentano di anno in anno, consumiamo su vari fronti, abbiamo uno dei migliori e più moderni sistemi sanitari del mondo, la popolazione invecchia, le possibilità mediche si moltiplicano. Tutti vogliamo il massimo e subito, quando ne abbiamo bisogno, il più vicino a casa possibile. Nessuno ha però interesse a risparmiare, né i medici, né l'industria farmaceutica, né gli ospedali, né il cittadino individualmente.

Tutti esigono di più, tutti vogliono trarre di più da questo sistema, tanto è la collettività che paga. In realtà sono i singoli cittadini che pagano le tasse e i premi di cassa malati. A pagarne le conseguenze è l'intero sistema che costa sempre di più.

Ecco quindi la nostra iniziativa, il cui obiettivo finale è andare al cuore del problema. Serve un meccanismo chiaro e rigido che scatta appena i costi sanitari aumentano di più del livello salariale. In questo caso la Confederazione, coi cantoni e con tutti gli attori del sistema, deve intervenire in maniera imperativa, sancendo delle misure che riducono i costi sanitari, obbligano a risparmiare ed eliminano sacche di inefficienza. Non si tratta di razionamento, non si tratta di medicina a due velocità – queste asserzioni sono totalmente fuori luogo –, ma si tratta invece di concretizzare misure di efficienza, ridurre qua e là i guadagni che crescono su tutti i fronti e rinunciare al superfluo, magari avere qualche studio medico o qualche macchinario in meno. Una minore capillarità è possibile, anche perché oggi ci si muove sempre di più.

La situazione odierna è veramente raccapricciante. Tutti aspettano che sia l'altro a fare il primo passo e nessuno vuole realmente risparmiare: trattamenti in eccesso, doppioni, falsi incentivi, strutture inefficienti – le distorsioni sono veramente troppe. Ci sono esperti che hanno calcolato tra il 10 e il 40 per cento il potenziale di risparmio dei costi a corto termine, senza dover scendere a compromessi sulla qualità delle prestazioni. Il medesimo Ufficio federale della sanità ha valutato un potenziale di aumento dell'efficienza, senza perdita di qualità, pari al 20 per cento; quindi sarebbero 6 miliardi di franchi all'anno che potremmo risparmiare.

Il fatto che il Consiglio federale proponga un controprogetto indiretto dimostra come la richiesta della nostra iniziativa popolare sia corretta e urgente. Disgraziatamente, il controprogetto è troppo debole, perché si basa su un approccio volontario. E abbiamo visto che puntando sulla volontarietà non succede niente. Nessuno ha un reale interesse a risparmiare, a non generare costi inutili e ad eliminare inefficienze, tanto il cittadino-paziente paga comunque sempre, direttamente e indirettamente.

Oggi tutti i fornitori, tutti gli operatori del sistema hanno troppa libertà e poco interesse a ridurre i costi. Il fatto che tutti siano contro la nostra iniziativa è la dimostrazione di come questa centri appieno la problematica. Serve un'azione collettiva, gestita da Berna, con i cantoni e gli attori del sistema. Tutti insieme devono fare un



passo indietro, perché solo facendo un passo indietro si risparmia e solo risparmiando possono ridursi i premi e i costi per la collettività.

Suter Gabriela (S, AG): Unser Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt, und es ist krank; denn es ist eben auch eines der teuersten der Welt. Seit 1990 haben sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf mehr als verdoppelt. Das spüren wir auch im Portemonnaie. Wir zahlen heute doppelt so hohe Krankenkassenprämien wie noch vor dreissig Jahren, obwohl man heute längst nicht doppelt so viel wie in den

AB 2022 N 833 / BO 2022 N 833

Neunzigerjahren verdient. Vielmehr stagnieren die Löhne seit einiger Zeit. Diese hohen fixen monatlichen Ausgaben sind enorm belastend für einen grossen Teil der Bevölkerung. Es ist unsere Aufgabe im Parlament, hier Abhilfe zu schaffen.

Es fragt sich nun: Welches ist denn die richtige Medizin für unser krankhaft teures Gesundheitswesen? Wie bekommen wir die Kosten in den Griff, ohne Abstriche bei der Qualität machen zu müssen? Wie entlasten wir die Bevölkerung kurzfristig von den hohen Krankenkassenprämien? Das Rezept der Mitte-Partei ist leider das falsche. Die Initiative verlangt, dass die Gesundheitskosten und damit die Krankenkassenprämien nicht stärker wachsen dürfen als die Gesamtwirtschaft und die Löhne. So sollen die Ausgaben gebremst und damit die Krankenkassenprämien gesenkt werden.

Eine solche Koppelung der Gesundheitskosten an die Lohnentwicklung ist falsch. Die Lohnentwicklung und das Wirtschaftswachstum haben wenig mit den Gesundheitskosten zu tun, denn in einer Rezession sinkt zwar die Lohnsumme, nicht aber die Zahl der kranken Menschen. Die Initiative blendet die demografische Veränderung der Gesellschaft aus – die Menschen werden immer älter –, und sie blendet auch aus, dass es medizinisch-technische und therapeutische Fortschritte gibt.

Nein, ein solch starres Kostendach, wie es uns die Mitte-Fraktion vorschlägt, führt nicht zum gewünschten Ergebnis. Stattdessen müssten Leistungen rationiert werden, sodass Patientinnen und Patienten länger auf ihre Behandlungen warten müssten, mit fatalen Folgen für deren Gesundheit. Auch der Bundesrat warnt davor, dass eine solche Koppelung eine Rationierung der Leistungen zur Folge haben könnte.

Die richtige Medizin gegen die hohe Belastung der Menschen durch die Krankenkassenprämien, bei der keine Leistungen abgebaut werden müssen, ist, wie so oft bei wirksamen Therapien, eine ausgewogene Mischung. Wir müssen bei den Gesundheitskosten und der Finanzierung ansetzen. Konkret heisst das:

1. Wir müssen die Mittel sinnvoll einsetzen. Medizinisch unnötige Operationen, die heute bis zu 20 Prozent aller Eingriffe ausmachen, dürfen einfach nicht mehr sein; sie müssen gestrichen werden. Fehlanreize bei den Behandlungen müssen ausgemerzt werden. Das Prinzip "ambulant vor stationär" muss endlich eingeführt werden. Bei der Digitalisierung sind wir gegenüber anderen Ländern massiv im Rückstand. Die Medikamentenpreise in der Schweiz sind exorbitant hoch. In all diesen Bereichen müssen wir ansetzen, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

2. Wir müssen die Kosten fair und solidarisch verteilen. Es braucht eine Abschaffung der unsozialen Kopfprämien. Es braucht rasch eine stärkere Finanzierung der Gesundheitskosten durch die öffentliche Hand, und es braucht mehr Prämienverbilligungen.

Ich lade Sie deshalb bereits heute ein, die Prämien-Entlastungs-Initiative zu unterstützen, die wir in der dritten Sessionswoche beraten. Niemand soll mehr als 10 Prozent des Einkommens für Krankenkassenprämien ausgeben müssen. Die SP-Initiative ist eine Lösung für die steigenden Krankenkassenprämien, die die Menschen immer stärker belasten. Denn, wie gesagt, es braucht beides: gezielte Kostendämpfungsmassnahmen und eine kurzfristige Entlastung bei den hohen Prämien für Menschen mit tiefen und mittleren Einkommen.

Kamerzin Sidney (M-E, VS): Cela fait des années que la même recette miracle est servie aux habitants de ce pays après chaque annonce de hausses des primes: la prise de mesures ciblées, ponctuelles, pour corriger un système financièrement défaillant au bilan financier accablant. Les coûts de la santé à charge de l'assurance obligatoire des soins ont triplé en l'espace de vingt ans, passant de 12 à 32 milliards de francs. Des coûts totaux qui correspondent à 12 pour cent du PIB, alors qu'il s'agit de 9 pour cent pour la moyenne des pays de l'OCDE qui nous entourent. Surtout, pour une famille avec deux enfants, il s'agit aujourd'hui de 15 000 francs de primes par année. Ce montant va, bien évidemment, encore augmenter de manière linéaire si nous n'agissons pas.

Un bilan financier accablant, auquel le Centre répond par le seul outil adéquat: un frein. Comme en matière de finances publiques, il y a lieu de fixer un système de frein aux dépenses constitutionnel, que les autorités et acteurs de la santé devront ensuite respecter et appliquer. Sans un tel mécanisme contraignant, les coûts,



on le voit, sont incontrôlables. Cette solution est la seule à même de permettre au peuple de se sortir de cette spirale infernale continue, permanente, de l'augmentation des primes, pour financer un système de santé, certes à la pointe, mais incapable de s'autoréguler financièrement. Que répondent les opposants à cette initiative? Premièrement, que c'est en cours; ce qu'on dit chaque année après l'annonce de hausses des primes. Manifestement, cet argument ne porte plus. En tout état de cause, nous pouvons soutenir des mesures ponctuelles, des mesures ciblées, mais il faut les mettre en lien avec un objectif chiffré, un objectif contraignant. Deuxième argument avancé: il faut rationner, il faudra rationner; une réponse destinée à susciter la peur. Or, on le sait, selon l'expertise de 2019 citée dans le message commandé par l'OFSP, des économies de l'ordre de 6 milliards de francs par an, de 15 à 20 pour cent des coûts, sont possibles. Avant d'en arriver à un rationnement des prestations de santé, il y a énormément à faire. Enfin, on nous répond qu'il ne faut pas lier la question des salaires et la hausse des coûts. Et pourtant c'est bien ce qui est en jeu: les salaires moyens, les salaires de la classe moyenne financent les primes. C'est, au contraire, un excellent indicateur, peut-être le meilleur.

Ces arguments doivent être rejetés, ils n'apporteraient pas de solution à long terme. Les citoyennes et citoyens savent aujourd'hui que le système est financièrement défaillant, qu'ils devront en payer le prix à moins de dire stop et de trouver une solution efficace, celle qui est aujourd'hui sur votre pupitre.

Un point éloquent: nous avons toutes et tous été contactés, ces derniers jours, par les milieux de la santé, de tous bords: assureurs-maladie, prestataires, experts, médecins, pharmaciens, etc., et les lobbys s'activent autour de ce marché lucratif. Alors qu'ils ne s'entendent jamais lorsqu'il s'agit de limiter les coûts, les voilà tous regroupés, qui donnent de la voix à l'unisson lorsqu'il s'agit de combattre une initiative qui pourrait, pour une fois, être véritablement efficace.

Nous avons le choix aujourd'hui: céder aux lobbys, céder aux groupes économiques et financiers actifs dans le domaine de la santé, qui craignent manifestement pour leurs intérêts, ou, au contraire, agir enfin en faveur de la classe moyenne, en faveur des familles de notre pays, en faveur de la majorité de la population qui subit les dérives d'un système certes performant, mais qui n'a jamais réussi à s'autoréguler financièrement.

Si l'initiative populaire est acceptée, il sera mis fin à l'incapacité des acteurs du domaine de la santé à s'entendre, et l'intérêt de la classe moyenne et du peuple, qui est le premier et en définitive le seul à être vraiment impacté par l'augmentation des coûts de la santé et donc des primes, sera favorisé.

Paganini Nicolo (M-E, SG): Gerne gebe ich Ihnen zuerst meine Interessenbindung bekannt: Ich bin Mitglied des Stiftungsrates einer Stiftung, die in der Ostschweiz Rehabilitationskliniken betreibt.

Die Ausgangslage der heutigen Debatte ist eigentlich klar. Wir haben eines der besten Gesundheitswesen der Welt, vielleicht das beste. Die Kosten bringen aber insbesondere den Mittelstand an seine Grenzen. Eine vierköpfige Familie zahlt heute pro Jahr rund 15 000 Franken für Krankenkassenprämien. Wir wissen es alle: Im Herbst droht erneut eine happige Prämiensteigerung, zusätzlich zum Anstieg der Lebenshaltungskosten infolge des schrecklichen Krieges in der Ukraine.

Der Handlungsbedarf kann also nicht in guten Treuen bestritten werden. Was aber ist zu tun? In meinem Umfeld bewegen sich zahlreiche Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und andere Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Sie alle machen einen tollen Job, und sie alle haben mich als Vertreter der Mitte-Partei kontaktiert, welche die vorliegende Initiative lanciert hat. Wir haben über diese Initiative gesprochen. Eigentlich war der Tenor immer der gleiche. Zuerst hiess es:

AB 2022 N 834 / BO 2022 N 834

Ja, die Gesundheitskosten sind ein Problem. Dann kam das grosse Aber: Immer war es eine andere Berufsgruppe, bei der man endlich handeln müsste.

Weil sich dieses Schwarzpeterspiel zudem bis ins Parlament fortsetzt, ist es auch mehr als ein Vierteljahrhundert nach Einführung des KVG nicht gelungen, wenigstens die Kostensteigerungen auf ein vernünftiges Mass zu senken. Viele Ideen liegen längst auf dem Tisch, allein, wir scheitern immer wieder an Partikularinteressen und zerstrittenen Verbänden. So gelingt es uns nicht, etwa das Effizienzsteigerungspotenzial von 6 Milliarden Franken jährlich zu erschliessen, was ohne Abstriche bei der Qualität möglich wäre. Die Einführung des neuen Tarifsystems Tardoc steht exemplarisch für dieses Trauerspiel.

In einer solchen Situation hilft nur ein systemischer Ansatz, wie ihn die vorliegende Initiative durchaus in Anlehnung an die erfolgreiche Schuldenbremse des Bundes verfolgt. Die Initiative lässt zwar weitere Kostensteigerungen zu, koppelt diese aber an die Entwicklung der Nominallohne. Das ist sachgerecht, denn mit diesen Nominallohnen muss Familie Schweizer ja auch die Krankenkassenprämien bezahlen.

Zum Schluss hilft vielleicht noch ein bildlicher Vergleich: Sie können zwar bei einem auf der heissen Herdplatte stehenden Dampfkochtopf mit dem Ventil vorübergehend Druck reduzieren, aber wirklich weg geht der Druck



nur, wenn Sie das Feuer unter dem Topf reduzieren. Es ist höchste Zeit, dass wir bei den Gesundheitskosten mit dem Da-und-dort-ein-wenig-Dampf-Ablassen aufhören, dass wir vielmehr das Feuer unter dem Kochtopf reduzieren und uns damit endlich um die Ursachen der Prämienanstiege kümmern. Ansonsten passiert mit unserem Gesundheitswesen irgendwann das, was auch mit dem stärksten Dampfkochtopf passiert: Er wird explodieren!

Matter Michel (GL, GE): Quand on s'intéresse à une initiative, on va voir ce que les initiants disent. Alors je suis allé ce matin sur le site Internet du Centre, dans la rubrique "Nos priorités", puis dans la sous-rubrique "Initiative pour un frein aux coûts". Et que lis-je? Il est écrit: "Depuis des années, les primes d'assurance maladie augmentent d'environ 5 pour cent par an". Eh bien non! elles n'augmentent pas de 5 pour cent par an, malgré ce que disent les initiants, puisqu'entre 2017 et 2020, nous sommes plutôt à moins de 2 pour cent, ce qui est en deçà de ce qu'avaient prédit, il y a quelques années, les experts, qui misaient sur une augmentation de 3 pour cent à l'horizon 2025. Donc, dire qu'elles augmentent depuis des années de 5 pour cent, cela ne va pas, et même si l'on prend la période 2012–2016, on observe une augmentation de 4 pour cent et pas de 5 pour cent.

Quand dans le titre d'une initiative on parle à la fois de "primes plus basses" et de "frein aux coûts", on fait un lien entre les primes et les coûts. Or si, dans notre pays, l'évolution des primes suivait celle des coûts, alors les primes ne seraient jamais aussi hautes, puisque souvent elles augmentent deux fois plus vite. Je rappelle que les primes sont fixées sur la base d'estimations qui ne reflètent aucunement la réalité; ce ne sont que des estimations.

Et puis, en Suisse, on charge de plus en plus l'assurance obligatoire des soins. On veut l'ambulatoire avant le stationnaire, on veut un ambulatoire hospitalier de plus en plus grand; il y a une explosion de l'ambulatoire hospitalier depuis 2012 en lien avec les DRG, puisque les séjours doivent être de plus en plus courts. Donc il y a de l'ambulatoire avant et après les hospitalisations.

Quand on dit que, oui, cette année il y aura une augmentation des primes, quand on pointe du doigt les physiothérapeutes, avec plus 17 pour cent d'augmentation, eh bien peut-être qu'on peut se poser la question de savoir si la population va bien ou mal ou si elle en a peut-être plein le dos.

Je rappelle que 62 pour cent du système de santé n'est pas couvert par les primes. Nous devons protéger notre système de santé car il est l'un des meilleurs du monde en matière d'accès et de qualité. Je rappelle ici qu'un tiers des coûts est payé par les primes, un tiers par l'impôt et bientôt un tiers par le "out of the pocket", c'est-à-dire directement par les gens; nous sommes, en comparaison mondiale, un des exemples les plus terribles pour cela.

Vous le savez, je suis médecin, président de l'Association des médecins du canton de Genève. Vous m'entendez souvent parler de rationnement quand on parle de budget global, eh bien, je vais citer le Conseil fédéral qui a osé utiliser le mot "rationnement". Lorsqu'il définit l'initiative pour un frein aux coûts, il dit: "Des règles rigides en matière de dépenses conduisent à un rationnement."

Cette initiative ne tient compte ni du vieillissement de la population, ni des progrès techniques et médicaux, cela a été souligné ce matin, ni de la conjoncture, c'est-à-dire par exemple d'une pandémie ou d'une guerre, et même pas de l'inflation qui entraînera très probablement une hausse des salaires. On parle de la santé des citoyennes et des citoyens; on ne joue pas avec la santé des citoyennes et des citoyens, on ne rationne pas.

Et puis, si l'on parle de milliards, on pourrait évoquer les réserves qui ont explosé ou même la Bourse, puisque depuis vingt – eh oui, depuis vingt ans – dans ce pays, quand la Bourse va mal, les primes explosent. Je vous laisse voir le graphique présentant la hausse ou la baisse des primes et faire la comparaison avec l'évolution de la Bourse.

Vous l'aurez compris, il faut recommander le rejet de cette initiative populaire.

Et puis, le Parlement peut agir. Il peut agir par rapport au financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières, le projet EFAS, qui date déjà de plus de dix ans et qui semble bloqué au Conseil des Etats.

Je dirai encore un ou deux mots sur la clause du besoin qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2021 et que les cantons doivent mettre en oeuvre jusqu'au 1er juillet 2023, qui représente une angoisse gigantesque pour les jeunes médecins, pour la relève et pour la formation.

Un dernier mot sur le Tarmed: certains veulent agir sur un tarif qui est désuet, obsolète, dépassé, qui a plus de dix-huit ans. Le Tardoc est prêt, il serait temps de s'en saisir.

Binder-Keller Marianne (M-E, AG): Gerne möchte ich hier einmal grundsätzlich festhalten, dass ich dankbar für den hohen Standard unseres Gesundheitssystems bin. Ich bin dankbar, dass ich davon profitieren kann, dankbar auch für die Selbstverständlichkeit, mit welcher ich es beanspruchen kann, mit welcher wir alle diese



Leistungen beanspruchen können. Wir können darauf vertrauen, dass uns bei unseren gesundheitlichen Problemen geholfen wird. Die obligatorische Krankenversicherung hat dafür den Grundstein gelegt. Sie ist aber gleichzeitig wohl eine der Ursachen der steigenden Kosten. Denn in einem System, in welchem Leistungen grundsätzlich bezahlt werden, fühlt sich ja niemand ernsthaft verantwortlich dafür, als Patientin oder als Patient diese Leistungen nicht zu beanspruchen oder als Akteur in diesem Bereich die Kosten dafür zu senken.

Deshalb richtet sich unsere Initiative eben nicht an einzelne Akteure, sondern an alle zusammen, inklusive der Patienten. Wir wollen bei einem bestimmten Anstieg der Gesundheitskosten eine Kostenbremse, analog zur Schuldenbremse. Wir wollen das Einsparpotenzial gesamthaft beurteilen, also so, dass alle Akteure in die Verantwortung gezwungen werden.

Ich habe mich deshalb immer für die Bedürfnisse der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen interessiert. Ich wollte im Speziellen auch wissen, wo Möglichkeiten zu Einsparungen bestünden – wer kann das besser wissen als die Akteure selber? Ich habe mich mit Pflegerinnen und Pflegern unterhalten, mit Hausärztinnen und Hausärzten, mit Ärzten und Ärztinnen in Spitaleinrichtungen, mit den Leitungsorganen in diesen Institutionen, mit Akteuren in der Forschung. Alle machten Vorschläge zu Optimierungen bei den Kosten, ohne dass die Leistungen abnehmen würden – im eigenen Bereich, aber eben auch in anderen Bereichen.

Dass die Kosten im Gesundheitswesen explodieren, kann niemand negieren. Das hat mit der Demografie zu tun, mit der Anspruchshaltung des Einzelnen und vor allem auch damit, dass das Einsparpotenzial nie ganzheitlich betrachtet wird. Darauf zielt unsere Initiative ab. Wir kennen die Massnahmen, aber wir definieren sie nicht. Wir wollen, dass diese Massnahmen in einer Gesamtsicht aller Akteure getroffen werden; dies deshalb, weil wir den Handlungsspielraum von

AB 2022 N 835 / BO 2022 N 835

Bund, Kantonen, Krankenversicherungen und Leistungserbringern in keiner Weise einschränken wollen. Aber wir können uns der Tatsache nicht verschliessen, dass die Akteure im Gesundheitsbereich schon dazu neigen, den eigenen Garten zu bewirtschaften. Das gilt auch für uns als Patientinnen und Patienten.

Bei meinen von mir erwähnten Gesprächen hatten alle Akteure konstruktive Vorschläge, wie in ihrem Bereich zu handeln und wie bei Leistungen zu sparen sei. Alle wussten, wo zu sparen ist. Ein kleines Beispiel sind die Medikamentenabfälle pro Jahr. Es geht um den Überschuss an Medikamenten, um Medikamente, die weggeworfen werden müssen. Gemäss der Sondermüllstatistik des Bundes sind das 4000 Tonnen pro Jahr.

Zusammengefasst: Wir wollen kein Globalbudget, wir wollen lediglich eine Optimierung des Sparpotenzials. Die medizinische Leistung bleibt gleich; die Verantwortung liegt bei allen zusammen. Unsere Volksinitiative fordert keine Rationierung der medizinisch notwendigen Leistungen, im Gegenteil: Sie soll dazu anregen, dass wir uns alle miteinander aktiv über medizinisch notwendige Leistungen Gedanken machen. Sie alle, wir alle sind Akteure im Gesundheitswesen, zumindest als Patientinnen oder Patienten. Wir sind eigentlich die Spezialisten, wenn es darum geht, Leistungen abzurufen oder nicht. Niemand kann von sich behaupten, dass es nicht auch bei ihm, bei ihr ein Einsparpotenzial gibt.

Unsere Initiative will das Herumschieben der Verantwortung bremsen. Dieses Herumschieben führt zu einer Stagnation bei der Lösungssuche und zu einer Explosion der Kosten. Unsere Initiative für eine Kostenbremse löst den gordischen Knoten.

Ich bitte Sie also, die Annahme der Initiative zu empfehlen.

Moret Isabelle (RL, VD): Plus de transparence et plus de qualité; ce sont les deux piliers qui permettront une meilleure maîtrise des coûts. Actuellement, notre système de santé est très compliqué et extrêmement opaque. Après seize ans passés au Parlement et plusieurs années au sein de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, franchement, je me demande qui maîtrise vraiment tous les aspects de ce dossier. Or, plus de transparence permettrait un meilleur pilotage et la prise de meilleures décisions.

J'aimerais vous expliquer ce système opaque à l'aide de quelques exemples. Premièrement, nous avons un mélange de compétences entre la Confédération et les cantons. Chaque année, le ministre de la santé vient expliquer à la population l'augmentation des primes et tout le monde pense qu'il en est le seul responsable. Or, je rappelle que les cantons ont la compétence de l'approvisionnement en soins. Ils sont donc responsables, pour une bonne partie, des coûts de la santé et, en particulier, de leur augmentation. Si les coûts de la santé augmentent, les primes augmentent.

Un autre point obscur tient aux nombreux acteurs qui sont impliqués, avec des intérêts différents et qui sont souvent représentés au Parlement, ainsi que dans les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique. Vous le savez: à chaque fois que je prends la parole, je rappelle que je préside H plus, l'association des hôpitaux de Suisse. Pourtant, je suis souvent étonnée que d'autres acteurs de la santé, eux, ne rappellent



pas quels sont leurs intérêts, en particulier en commission. Mes collègues les écoutent sans se rendre compte qu'ils sont en train de porter un intérêt particulier.

Autre exemple d'opacité, commençons par le Tarmed. Comment le Tarmed a-t-il été construit? Le Tarmed permet un remboursement sur la base de l'assurance obligatoire des soins. C'est une assurance qui est obligatoire, c'est une assurance qui est sociale, qui est payée par tous. Mais, à la fin, connaît-on vraiment en Suisse le revenu moyen d'un généraliste, basé sur les remboursements de l'assurance obligatoire des soins? Connaît-on vraiment le revenu moyen d'un spécialiste en fonction des différentes spécialités, basé sur l'assurance obligatoire des soins? On ne le sait pas. Pourtant, nous avons vraiment voulu au sein du Parlement favoriser la médecine de premier recours et les généralistes.

Parlons encore d'autre chose; parlons du Tardoc. Le Tardoc a fait l'objet d'un rapport d'examen qui ne peut pas être publié, cela à la demande des personnes qui ont déposé le Tardoc. Pourtant, ce rapport d'examen extrêmement intéressant démontre le travail effectué par l'Office fédéral de la santé publique pour examiner ce tarif. C'est un très gros document, vraiment complet, incluant beaucoup de remarques. Là aussi, plus de transparence permettrait une publication de ce rapport, qui a d'ailleurs été demandée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, afin que tout le monde puisse juger et comprendre le travail qui a été effectué.

Un des points soulevés dans le rapport montre que le Tardoc n'est pas basé sur des données transparentes. Par exemple, il n'y a pas de comptabilité analytique uniforme dans l'ambulatoire, une comptabilité analytique que l'on pourrait exiger de la médecine en cabinet et de l'ambulatoire hospitalier. Seule une comptabilité analytique permettrait vraiment de construire un tarif qui soit basé sur les coûts. Mais quel acteur de la santé voudrait vraiment faire un effort? Quand on regarde les associations d'assureurs-maladie, je me demande vraiment si elles défendent les assurés, si elles souhaitent véritablement une diminution des coûts. Nous avons essayé aussi d'agir sur le prix des médicaments. Qui défend vraiment une diminution du prix des médicaments? Qui défend vraiment une importation directe des génériques?

L'initiative populaire part d'un autre principe. Elle propose une solution globale. Cela été dit à plusieurs reprises, son application risquerait d'aboutir à une médecine à deux vitesses. J'aimerais relever que cette initiative a le mérite de mettre le Parlement au pied du mur afin qu'il trouve des solutions, parce que ce n'est pas une solution globale qui sera la bonne, mais plusieurs solutions qui feront mal un peu à tout le monde.

Et, pour cela, une transparence est nécessaire.

En tant que présidente de H plus, j'ai souhaité apporter ma pierre à l'édifice en matière de transparence par la création de forfaits dans le domaine ambulatoire, qui doivent permettre une plus grande transparence pour les patients mais aussi dans la surveillance des coûts.

Wyss Sarah (S, BS): Das Teuerste im Gesundheitswesen ist die Krankheit, und es ist für mich völlig unverständlich, dass wir immer noch so wenig in die Gesundheit investieren – in die Prävention, in die Nachsorge, in die Vorsorge. Es würde uns viel weniger kosten und wäre auch besser für die Menschen. Ich erwähne das nur als Vorbemerkung.

Ich möchte gerne etwas zur Kostenbremse-Initiative der CVP bzw. jetzt Mitte-Partei sagen. Die Mitte-Partei hat sich verrannt, und zwar sehr gewaltig. Ihr Wahlkampfmittel von 2019 ist nicht nur untauglich. Es ist brandgefährlich und kontraproduktiv. Frau Binder sagte vorhin gerade, es sei eine Anregung für Optimierungen. Ein Verfassungsartikel ist keine Anregung für eine Optimierung, sondern ziemlich klar in der Verfassung verankert. Die Initiative will sich am Wirtschaftswachstum und an den Löhnen orientieren. Bis heute habe ich niemanden gehört, der mir erklären kann, was die Gesundheit mit dem Wirtschaftswachstum konkret zu tun hat. Vielmehr wurde hier unterstrichen, dass das Kostenwachstum eine Problematik sei. Ja, das Kostenwachstum ist eine Problematik, und wir müssen etwas tun, beispielsweise die Haushalte entlasten, denn letztlich sind gerade auch die Prämien Kopfsteuern, wenn man so will. Sie machen nicht die gesamten Gesundheitskosten aus. Sie sind aber unsolidarisch und widersprechen in einem gewissen Masse auch der Verfassung, die klar sagt, dass jeder Mensch nach seiner Wirtschaftlichkeit besteuert werden soll.

Wir müssen also bei der Finanzierung bzw. beim Finanzierungsmechanismus ansetzen. Ich glaube, wir werden am Donnerstag dazu kommen. Gleichzeitig müssen wir natürlich auch beim Kostenwachstum ansetzen. Da gebe ich der Mitte-Fraktion recht. Wir sollten aber nicht blindlings, wie hier vorgeschlagen, irgendeinen Faktor für einen Wachstumspfad nehmen. Wir müssen gezielt Massnahmen ergreifen, welche die Qualität der Behandlung nicht einschränken, aber unnötige und mit finanziellen Fehlanreizen gespickte Behandlungen verhindern.

AB 2022 N 836 / BO 2022 N 836

Faktoren, bei denen man nicht ansetzen sollte, die aber die Versorgungsqualität auch verschlechtern, sind bei-



spielsweise der soziodemografische Wandel und der technologische Fortschritt. Für diese müssen wir etwas in Kauf nehmen.

Trotzdem eine gute Nachricht: Wir können etwas gegen das Kostenwachstum tun, es wurde heute schon oft gesagt. Es gibt bei der Versorgung tatsächlich Sparpotenzial ohne Einbussen, beispielsweise bei finanziell lukrativen, aber medizinisch unnötigen Eingriffen wie gewissen Kniearthroskopien; hier müssen wir regulieren. Nicht nur bei den Leistungen der hochspezialisierten, sondern auch bei solchen der spezialisierten Medizin müssen wir zentralisieren. Wir müssen die Grundversorgung stärken. So ginge die Liste weiter. Für all diese Massnahmen braucht es konkrete Regulierungen und nicht einen Mechanismus, der die Unter- und Überversorgung fördert und nichts zu einem besseren und bezahlbaren Gesundheitswesen beiträgt.

Ein qualitativ hochstehendes und bezahlbares Gesundheitswesen ist möglich. Aber wir müssen schon an den richtigen Schraubchen drehen. Diese Initiative tut es definitiv nicht. Der Gegenvorschlag – damit schliesse ich – ist schon etwas besser und beinhaltet konkrete Massnahmen, einige weniger sinnvolle, einige sinnvollere. Deshalb lehne ich die Initiative aus Überzeugung ab und kann dem Gegenvorschlag zustimmen.

Siegenthaler Heinz (M-E, BE): Es wurden hier mehrmals Interessenbindungen bekannt gegeben. Um auch noch etwas Originelles dazu beizutragen, möchte ich mich als einen in der Realität Angekommenen bezeichnen. Als kleiner Junge, als junger Mensch habe ich immer geglaubt, die Hauptaufgabe und die einzige Aufgabe des Gesundheitswesens sei es, kranke Menschen gesund zu machen. Nun musste ich, auch durch eigene Erfahrung, erkennen, dass das Gesundheitswesen auch eine Geldmaschine ist, bei der es nur ein Gaspedal zu geben scheint und bei dem eine Bremse komplett fehlt. Daher braucht es eben die Kostenbremse-Initiative.

Wir haben bewusst darauf verzichtet, konkrete Massnahmen in den Verfassungstext zu schreiben, um den Beteiligten grösstmöglichen Freiraum zu geben. Das ist genau das Gute an dieser Initiative. Es ist eben nicht so, wie jetzt hier oft gesagt und behauptet wurde, dass die Initiative eine Rationierung von Leistungen oder ein Globalbudget fordert. Sie regt an, sich durchweg Gedanken zu machen, welche Leistungen wirklich notwendig sind. Sie finden im Initiativtext auch keinerlei Forderungen nach einem Globalbudget.

Wir schaffen eine Zielvorgabe. Diese soll alle Beteiligten zu einer stärkeren Kooperation verpflichten. Wir lassen den Tarifpartnern jedoch die Freiheit, Sparmassnahmen, Effizienzverbesserungen und weitere Massnahmen dort umzusetzen, wo sie es am besten für möglich halten. Der Bund soll erst dann eingreifen, wenn die Tarifpartner nicht in der Lage sind, diese Möglichkeiten zu nutzen und Kostendämpfungsmassnahmen durchzusetzen. Das ist eigentlich der Kern dieser Initiative. Es handelt sich eben, analog zur Schuldenbremse, um eine Kostenbremse. Die Schuldenbremse ist, das wissen Sie, beim Volk sehr gut angekommen und hat über Jahre sehr gute Wirkungen erzielt.

Ich habe es gesagt: Ich bin in der Realität angekommen. Da ich hier drin eine grosse Zahl von Bedenkensträgern und Bedenkensträgerinnen gehört habe, die versucht haben, unsere Initiative schlechtzureden, befürchte ich, dass wir auch dieses Mal nicht weiter vorankommen und die Kostendämpfung im Gesundheitswesen und damit auch die Prämienstabilisierung nicht erreichen können.

Dazu erinnere ich noch an unseren gestrigen Beschluss: Gestern hat die Mehrheit hier im Parlament beschlossen, ganz viele Medikamente auf Halbe zu kaufen, am gleichen Tag oder in der gleichen Zeit, in der ganz viele derselben Medikamente bzw. Impfstoffe im Datum abgelaufen waren und entsorgt werden mussten.

Bekanntlich sind wir alle voller guter Wünsche und Ideen. Doch wenn wir krank sind, haben wir nur einen Wunsch: gesund zu werden. Das macht uns blind. Sicherheitshalber sagen wir deshalb bei vielen Massnahmen: Es ist gescheiter und vorsichtiger, wenn wir das so machen.

Ich bitte Sie daher, immer auch die Sicht der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler im Auge zu behalten und daher unsere Initiative zu unterstützen.

Bendahan Samuel (S, VD): Je vous propose de réfléchir à une question assez simple. Quel est le point commun entre les initiatives populaires hypothétiques suivantes: une initiative qui propose simplement d'inscrire dans la Constitution qu'on arrête le réchauffement climatique maintenant; une initiative qui propose de supprimer le Covid-19; une initiative qui propose qu'il pleuve trois jours par mois et puis qu'il fasse beau le reste du temps et une initiative qui demande que l'on stoppe l'augmentation des coûts de la santé? Quels sont les points communs de ces demandes?

Globalement, ce sont des choses que l'on peut vouloir faire. Qui peut être contre la suppression du Covid-19? qui peut être opposé à ce qu'il fasse le temps qu'il faut? qui peut être contre l'arrêt de la hausse des coûts de la santé? Personne. Cette initiative ne permet rien de plus que de déclarer une chose avec laquelle on est d'accord et elle nous confronte à une question simple: comment?

L'absurdité du texte de l'initiative populaire est la suivante. Il est écrit que si les coûts augmentent plus que



dans une certaine mesure fondée sur les salaires, alors là il faut freiner les coûts de la santé, là il faut prendre des mesures! Mais pourquoi devrait-on attendre que les coûts explosent pour le faire? N'est-ce pas un objectif noble que de vouloir stopper l'augmentation des coûts de la santé à tout moment, quel que soit leur niveau? Ne doit-on pas éviter les coûts lorsqu'ils sont excessifs, dans tous les cas? C'est cela la réelle question. Notre mission en tant que Parlement, notre mission en tant que personne engagée en politique est de s'assurer que chaque franc dépensé dans le secteur de la santé apporte quelque chose de suffisant à la société. Si ce n'est pas le cas, cet argent ne doit évidemment pas être dépensé. Le problème du texte de l'initiative est qu'il prévoit de baisser les coûts, mais sans apporter de proposition. Or le secret pour réussir ce que nous voulons faire n'est pas de dire ce que nous voulons faire, mais de trouver des mesures concrètes. Dans ce sens, on peut saluer le contre-projet. Il ne parviendra bien sûr pas à lui seul à freiner les coûts de la santé; à lui seul, il ne règlera pas le problème dont on discute aujourd'hui. Mais le contre-projet, au moins, énumère un certain nombre de mesures qui ont pour objectif de réduire les coûts de la santé et qui sont relativement concrètes. Toutefois, le manque d'ambition de ce contre-projet montre à quel point il est difficile de le faire. Réduire les coûts de la santé, ce n'est pas seulement proposer des baisses de coûts. C'est le faire en trouvant les poches dans lesquelles il y a effectivement des facturations excessives, des gens qui peut-être profitent d'une situation, sans accabler toute une profession, sans accabler toute une série de comportements humains. En effet, il faut le rappeler: dans le secteur de la santé, l'essentiel des personnes et des acteurs sont des gens de bonne foi, qui se battent par conviction, qui font un métier parfois par vocation – et parfois dans des conditions très difficiles. Les mesures globales prises par exemple pour réduire les coûts de la santé peuvent avoir un impact sur ces gens qui ont fait de la santé leur vie, et du bien-être des autres leur vocation. Il est donc nécessaire de trouver des mesures qui touchent les personnes dans le domaine de la santé qui effectivement encaissent ou coûtent trop, sans affecter la qualité du système de soins et sans affecter les personnes qui font leur travail de bonne foi et dont la rémunération est justifiée. Les propositions qui sont donc faites dans le contre-projet vont un peu dans ce sens, ne serait-ce que par rapport aux mesures liées à la transparence ou aux conventions tarifaires, tout comme la proposition de la minorité de créer une commission fédérale des coûts et de la qualité qui évaluerait l'évolution du système de santé. Bien que l'initiative ne doive à mon avis pas être acceptée, je salue le fait qu'elle ait permis au Parlement d'élaborer un contre-projet qui apporte des propositions concrètes. Le groupe socialiste soutiendra évidemment ce contre-projet, mais en rappelant un élément qui reste essentiel: lutter

AB 2022 N 837 / BO 2022 N 837

contre la hausse des coûts de la santé, c'est lutter contre une série de privilèges problématiques qui existent dans ce milieu, où certains coûts sont extrêmement élevés, ce qui est aussi lié au fait que, malheureusement, le système de santé n'est pas exempt de recherche de profit. C'est lorsque des profits excessifs sont faits que l'on peut trouver où améliorer la situation en matière de coûts de la santé. Malheureusement, cette initiative ne va pas dans cette direction. Toutefois, nous saluons le fait de pouvoir peut-être, grâce à ce contre-projet, limiter un peu les coûts de la santé et exercer un peu de pression sur certains acteurs qui ont tendance à pousser ces coûts à la hausse.

Globalement, rappelons-le, la santé, avant d'être un coût est un actif, un avoir, un bien commun. Ce bien commun a beaucoup plus de valeur que toutes les considérations financières que nous avons pu faire jusqu'à maintenant. Car de la santé de la population dépend réellement son bien-être global.

Silberschmidt Andri (RL, ZH): Die Initiative der Mitte-Partei fordert, dass der Bund die Gesundheitskosten entsprechend der Entwicklung der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen regelt. Dazu soll eine Kostenbremse eingeführt werden. Die Initiative vermittelt damit das Gefühl, dass es eine optimale Entwicklung der Gesundheitskosten gibt. Diese entspräche der Entwicklung der Löhne, nicht mehr und nicht weniger. In der Konsequenz würde das bedeuten: Wenn sich die Kosten unter jenen der Gesamtwirtschaft entwickeln, muss der Bund Massnahmen ergreifen, damit sich die Kosten wieder entsprechend der Wirtschaft entwickeln. Wenn sich die Kosten aber überdimensioniert entwickeln, hätte das wiederum zur Folge, dass der Bund eingreifen müsste. Wo er dies aber tun muss, verschweigen die Initiantinnen und Initianten.

Natürlich hat das Volk ein Interesse an tiefen Kosten. Aber ich glaube, das Volk hat ein grösseres Interesse daran, dass das Gesundheitssystem effizient und effektiv ist und dass wir als Regulator im Gesetz keine Fehlanreize setzen.

Wenn wir jetzt einfach ein Kostendach festlegen, hätte das eine Rationierung der Leistungen zur Folge. Man müsste dann bestimmen, welche Behandlungen nicht mehr bezahlt und welche noch bezahlt würden, um ein



fiktives Kostendach zu erreichen. Das wäre nicht im Sinne der Volksgesundheit.

Ich bin der Überzeugung, dass es andere Massnahmen braucht, um das System wirklich effizienter, effektiver und ohne Fehlanreize auszugestalten. Ich sehe vor allem Potenzial in der Digitalisierung. Wenn ich von Digitalisierung spreche, meine ich nicht, dass wir einfach alles in einem PDF-Ordner ablegen, sondern dass wir wirklich das Potenzial der Daten erkennen. Mit Daten ermöglichen wir mehr Innovation, denn gerade die Pharma besitzt sehr wenige Daten im Verhältnis zur Tatsache, dass sie eigentlich sehr viele Innovationen produziert. Ich denke, dass wir über enormes Potenzial in der Innovation verfügen, wenn wir es hier schaffen, beispielsweise die Daten der Pharma zugänglicher zu machen, ohne dass der Datenschutz verletzt wird. Dies würde mit anonymisierten Daten gelingen.

Ich glaube aber auch, dass es sich im gesamten Bereich der sogenannten Customer Journey – also anlässlich eines Anliegens von mir als Patient – fragt, wieso ich nicht einen Online-Arztbesuch beanspruchen kann. Ich bekomme eine E-Medikation; die Bestellung geht direkt in die Versandapotheke, und die Rechnung geht direkt online an die Krankenkasse und wird mir auf dem Bankkonto belastet. Das sind für mich Themen, bei welchen wir in der Schweiz zu wenig weit sind und der Fortschritt leider ausgeblieben ist. Da erhoffe ich mir, dass wir in Zukunft einen Innovationsschub erreichen.

Die Digitalisierung und vermehrte Nutzung von Daten hilft uns auch, die Silos aufzubrechen. Das Gesundheitssystem funktioniert heute noch zu stark in einzelnen Silos.

Auch wenn es darum geht, die Finanzierung der ambulanten Behandlung und der stationären Behandlung gleich zu handhaben, sind wir in der Politik leider immer noch nicht vorwärtsgekommen. Um Fehlanreize zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass es weniger Übernachtungen in den Spitälern braucht und somit die Kosten gesenkt werden, wäre es richtig, immer öfter auch ambulant zu behandeln.

Wir brauchen auch Massnahmen im Tarifbereich. Die Ärzte arbeiten mit Tarifen, die über zwanzig Jahre alt sind. Das Kostenwachstum ist enorm. Da hoffe ich sehr, dass die Player im Gesundheitswesen, die alle ihre Interessen haben – ich habe im Übrigen keine Interessenbindung im Gesundheitsbereich –, sich endlich an einen Tisch setzen und sich darauf einigen können, die Tarife zu erneuern. Neben neuen Tarifen braucht es auch Pauschalen. Wir sollten dort, wo es möglich ist, mit Pauschalbeiträgen arbeiten, sodass es auch einen Anreiz gibt, effizienter zu arbeiten.

Last, but not least bin ich auch der Überzeugung, dass wir im Gesundheitssystem die Eigenverantwortung stärken müssen, beispielsweise indem man auch eine höhere Franchise abschliessen kann. So müssen die Menschen, die selber für ihre Gesundheitskosten, für die Prävention aufkommen, nicht diesen sehr starken Anstieg der Prämien mitfinanzieren. Ich glaube auch, dass wir die Silos aufbrechen müssen. Die Apotheken sollen mehr Kompetenzen erhalten, um niederschwellige Behandlungen dort machen zu können, wo es am effizientesten und effektivsten ist.

Sie hören, es gäbe viele Ideen, das Gesundheitssystem besser und auch kosteneffizienter zu machen. Also lassen Sie uns über diese Ideen diskutieren, streiten, sie vorwärtsbringen. Doch ein Globalbudget, das einfach nur eine optimale Kostenzahl vorgibt, aber nicht mehr, hilft in dieser Debatte nicht weiter.

Maitre Vincent (M-E, GE): Lorsqu'on veut abattre son chien, on dit qu'il a la rage. Alors, c'est avec une certaine tendresse que j'observe depuis ce matin que, tous en chœur, vous nous dites qu'il est urgent de ne surtout rien faire. Et pourtant, les constats sont accablants: notre système de santé et de soins est de toute évidence malade, puisque l'augmentation des primes d'assurance-maladie est, dans la plupart des cas, décorrélée de l'augmentation des coûts de la santé. Dans le canton d'où je viens, il n'est pas inhabituel que les primes augmentent chaque année de quatre, cinq, voire six pour cent, quand, parallèlement, les coûts de la santé augmentent officiellement, quant à eux, de 2,5 pour cent seulement.

Aujourd'hui, dans notre pays, une famille de quatre personnes aura à s'acquitter de près de 15 000 francs de primes d'assurance-maladie obligatoire par année. Ces primes sont la deuxième source d'endettement dans notre pays. Cela représente 2,2 millions de personnes qui vivent en Suisse et qui ne peuvent plus s'acquitter de leurs primes d'assurance-maladie. C'est un quart de la population.

En 2017 pourtant, une commission d'experts a identifié 38 mesures concrètes pour maîtriser les coûts. Il est aujourd'hui de notoriété publique que près de 6 milliards de francs d'économies peuvent être réalisées chaque année, sans aucune perte de qualité, dans notre système de soins.

Alors notre initiative, celle dont nous débattons depuis plusieurs heures, est finalement, nous le pensons sincèrement, une initiative pleine de bon sens, puisqu'elle actionne un mécanisme parfaitement connu de ce Parlement en matière de finances publiques. C'est un réel mécanisme de frein à l'endettement, si on peut parler ainsi des coûts de la santé. C'est un mécanisme qui impose surtout, et enfin, à tous les acteurs du monde de la santé, les pharmas, les assureurs, les médecins et finalement aussi les institutions politiques,



notre Parlement, l'OFSP, le Conseil fédéral, de trouver des solutions, de se mettre autour d'une table lorsque les coûts augmentent significativement plus que les salaires.

C'est une initiative pleine de bon sens, je le disais, puisque, jusqu'à présent, force est de constater que tout le monde dans le milieu de la santé est unanime pour dire qu'il faut faire quelque chose mais surtout jamais en commençant par soi-même. Les efforts doivent toujours être faits par les autres prestataires, par les autres acteurs de la santé.

C'est ici et par cette initiative que nous entendons faire en sorte que chacun puisse enfin prendre ses responsabilités, assumer sa part dans les défaillances de notre système de santé, et que nous puissions enfin trouver des solutions concrètes pour endiguer les coûts.

Alors oui, cela a été relevé par certains d'entre vous, cette initiative n'a précisément pas pour but de proposer des

AB 2022 N 838 / BO 2022 N 838

solutions toutes faites parce que l'expérience nous a définitivement montré que, chaque fois qu'une proposition concrète était présentée, elle n'était jamais la bonne aux yeux du Parlement et qu'il fallait toujours procéder différemment. Alors aujourd'hui la balle est dans le camp du Parlement et dans le camp des acteurs de la santé pour qu'ils nous disent eux-mêmes enfin quelles sont les bonnes solutions, celles qui sont réellement applicables, et qu'ils s'efforcent d'accentuer la transparence dans le milieu de la santé qui, comme chacun le sait, n'est pas la première de ses vertus.

Enfin, pour ce qui est de la référence au salaire, nous pensons que la référence à l'augmentation des salaires est un critère particulièrement opportun pour pouvoir prendre des mesures contre l'augmentation des coûts de la santé, puisque les salaires ne sont ni plus ni moins que le référentiel absolu pour tous nos concitoyens qui, eux, savent exactement ce qui leur reste à la fin du mois, ou plutôt ce qu'il ne leur reste plus, pour s'acquitter des factures courantes, écrasés qu'ils sont par le paiement de leurs primes-maladie. Alors oui, c'est cela qui compte au final aux yeux de nos concitoyens. C'est pour cela que nous pensons que la référence au salaire a précisément tout son sens.

Studer Lilian (M-E, AG): Die Schweiz lässt sich das Gesundheitswesen etwas kosten. Das ist einerseits als Statement und Tatsache nicht negativ gemeint, sondern streicht die Bedeutung des Gesundheitswesens heraus. Die EVP ist dankbar für das Viele, das im Gesundheitswesen an Gutem und Wichtigem geleistet wird.

Andererseits sind die steigenden Kosten im Gesundheitswesen besorgniserregend. Die seit 1996 um den Faktor 2,5 gestiegenen Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellen viele Haushalte vor eine grosse Herausforderung. Daher besteht dringender Handlungsbedarf. Wir müssen dabei bedenken, dass die Privatpersonen in der Schweiz mit einer Beteiligung von 70 Prozent an den Gesundheitskosten einen im internationalen Vergleich sehr hohen Beitrag selber leisten müssen. Zudem kann mit der individuellen Prämienverbilligung nicht mehr ausreichend korrigierend eingegriffen werden, wodurch ein nur ungenügender sozialer Ausgleich erfolgt.

Kostendämpfungsmassnahmen wurden bereits diskutiert und werden nun umgesetzt. In weiteren Bereichen wären aber weitere Einsparungen zwingend. Dennoch spürt man nicht wirklich den Willen zu handeln. Ich denke da beispielsweise an die hohe Medikamentenverschwendung: Mehrere Tonnen an Medikamentenabfällen fallen täglich an. Zudem sind die Preise im internationalen Vergleich sehr hoch; dies ist nur ein Bereich, in dem gehandelt werden könnte, aber in dem der Wille dazu fehlt.

Unser Eindruck ist, dass im Gesundheitswesen der schwarze Peter bezüglich Kosten und Mengenausweitung immer allen anderen zugeschoben wird, selber nimmt man sich aber davon aus. Alle Akteure weichen zurück, wenn es darum geht, konkrete Lösungsvorschläge zu präsentieren, Lösungsvorschläge, die sinnvolle Einsparungen mit sich bringen würden, ohne dass dabei die Lebensqualität eingeschränkt würde.

Heute diskutieren wir nun über einen Lösungsvorschlag: die Kostenbremse-Initiative. Das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung zu drosseln und die Belastung der Prämienzahlerinnen und -zahler zu reduzieren, muss ein Ziel sein. Dies war schon mit den Kostendämpfungsmassnahmen ein Ziel. Somit arbeiten wir weiter an dieser Zielvorgabe. Denn die Belastung der Prämienzahlenden darf in Zukunft nicht mehr so stark wachsen wie in den letzten Jahren. Das ist allen klar. Die Kostenbremse-Initiative bietet dazu einen Lösungsvorschlag. Es ist ein Lösungsvorschlag, der an die Lohnentwicklung und die schweizerische Gesamtwirtschaft gekoppelt ist.

Man kann infrage stellen, ob ein solcher Mechanismus wirklich sinnvoll ist. Aber ohne Einbau eines Mechanismus werden die Kosten weiterhin explodieren. Dies haben sowohl der Bundesrat wie auch die Kommission erkannt. Wir sprechen heute deshalb nicht nur über die Initiative, sondern auch über einen indirekten Gegen-



vorschlag.

Für uns als EVP wäre es wichtig, einen griffigen Gegenvorschlag unter Dach und Fach zu bringen. Mit Ausnahme von Artikel 54 unterstützen wir somit die Mehrheit der Kommission und sagen in dieser Phase Ja zur Initiative.

Amoos Emmanuel (S, VS): Durant cette session, nous allons traiter des deux initiatives qui proposent de diminuer les primes d'assurance-maladie. Si les outils proposés ne sont pas les mêmes, le constat est en revanche identique: l'augmentation année après année des primes n'est plus supportable pour une part toujours plus grande de la population. La classe moyenne suffoque, d'autant plus qu'elle n'a que très peu profité de la croissance économique de ces vingt dernières années. Les primes d'assurance-maladie ont augmenté bien plus rapidement que le revenu disponible des ménages. Ces dernières années, les quelques augmentations de salaire acquises au prix de grandes luttes syndicales ont été totalement absorbées par l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Les annonces d'augmentation à deux chiffres pour cet automne ne sont pas de nature à rassurer la population.

De plus, la période inflationniste que nous traversons met encore plus les ménages sous pression. Il semble donc clair qu'une réaction politique est absolument nécessaire afin de diminuer le poids des primes d'assurance-maladie sur le budget des ménages.

Le constat est identique, mais les outils ne sont pas les mêmes. Si l'initiative du Parti socialiste se veut avant tout solidaire, l'initiative du Centre n'est finalement qu'un frein, que je qualifierais d'asocial, aux coûts de la santé. Je salue par contre le fait que cette initiative ait permis d'ouvrir le débat qui a amené ensuite au contre-projet.

Pour en revenir à l'initiative, je pense que la proposition faite par le Centre est inadaptée et dangereuse. Cette proposition est une fausse bonne idée, car elle propose un ensemble de règles très abstraites qui peuvent par la suite conduire, dans leur mise en oeuvre, à des décisions strictes de rationnement des soins et, en définitive, à une médecine à deux vitesses.

En outre, dans le texte de l'initiative, la valeur de référence est l'évolution des salaires nominaux. Ce facteur n'est pas suffisamment pertinent pour donner à lui seul une estimation des besoins financiers du système de santé, dont les coûts sont fortement déterminés par des facteurs sociodémographiques.

Par ailleurs, et contrairement à d'autres secteurs économiques, il est important de rappeler que, dans le domaine de la santé, les concepts théoriques de rationalisation et de réduction des coûts ne peuvent pas s'appliquer tels quels. En effet, les hôpitaux et les établissements médicosociaux (EMS) ne sont pas des usines avec des chaînes de production qui peuvent être rationalisées à l'infini. On peut aujourd'hui constater les répercussions négatives de la rationalisation dans la crise sanitaire qui nous a concernés ces deux dernières années.

Ainsi, toute réforme ou projet de loi doit respecter les conditions sine qua non suivantes: la qualité des soins, ainsi que la sécurité des patientes et des patients ne doivent jamais être compromises; les réformes ne doivent pas se faire au détriment des conditions de travail de l'ensemble du personnel soignant; le système de santé, en sa qualité de service public, ne doit pas être poussé dans des mécanismes de rationalisation qui ne permettent plus une répartition équitable des infrastructures de soins sur l'ensemble du territoire et qui réduisent ainsi l'accès aux soins.

Ces arguments nous obligent à recommander le rejet de l'initiative pour un frein aux coûts défendue par le Centre.

Cependant, si les outils ne sont pas les bons, je rejoins l'avis du Conseil fédéral selon lequel il est nécessaire d'agir sur le pilotage des coûts; c'est une évidence. Jusqu'à aujourd'hui, le Parlement a toujours été incapable d'agir concrètement sur le pilotage des coûts. Il est temps de trouver un compromis, c'est pourquoi nous allons soutenir le contre-projet du Conseil fédéral, ainsi que la grande partie des propositions faites par la commission. Contrairement à l'initiative du Centre, le contre-projet et les propositions de la commission visent des mesures concrètes et des outils d'action.

AB 2022 N 839 / BO 2022 N 839

Concernant la proposition du Conseil fédéral relative aux valeurs cibles pour maîtriser les coûts, force est de constater que la commission a totalement dénaturé le projet. Il ne reste finalement plus rien du projet initial. Il est donc nécessaire de soutenir la minorité Hess Lorenz. Cette minorité propose de simplifier le dispositif, mais garde l'esprit du projet du Conseil fédéral.

Actuellement, le système de tarification pour l'ambulatoire et l'hospitalier conduit inexorablement à une augmentation du volume des prestations qui ne se justifie pas forcément du point de vue médical. C'est pourquoi il



faut instaurer des objectifs en matière de coûts et des mesures correctives en cas de dépassement permettant de contrôler l'évolution des coûts.

Nous avons le devoir d'agir pour soulager la classe moyenne. Il ne suffit pas d'appliquer un principe général, un concept tel que le frein proposé par le groupe du Centre, mais nous devons proposer des mesures concrètes et des instruments qui permettent d'agir.

Je vous invite ainsi à recommander le rejet de l'initiative et à entrer en matière sur le contre-projet.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je crois qu'au terme de ce débat, il n'est plus tellement temps de se demander ce qu'il reste encore à dire. Il faut plutôt se demander ce qu'il reste à faire dans cette situation où nous voyons les coûts et le montant des primes d'assurance-maladie augmenter de manière très régulière, malheureusement, et ce depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire.

Les coûts augmentent. Il ne faut jamais oublier que les primes ne sont que le miroir des coûts. Ceux-ci augmentent et ils continueront d'augmenter, mais nous ne sommes pas prisonniers de cette situation. Nous pouvons agir pour améliorer la situation. Le Conseil fédéral en a fait plusieurs fois la démonstration ces dix dernières années, en agissant de manière résolue.

Cela a d'abord été le cas en 2013 et les années suivantes, avec le prix des médicaments qui sont protégés par un brevet. Cela a permis d'économiser des sommes très importantes à relativement court terme, jusqu'à 1 milliard de francs par année. C'est une économie qui a lieu chaque année.

Ensuite, le Conseil fédéral a fait usage, en 2017, de la compétence subsidiaire pour corriger le Tarmed. Cela a aussi eu un effet important pour freiner l'évolution des coûts, environ 500 millions de francs d'économie par année, qui selon les pronostics ont pu effectivement être ensuite réalisés.

Enfin, nous avons eu – ce que personne n'a souhaité – la situation très spéciale de la pandémie en 2020. Cette année 2020 a marqué une diminution de l'évolution des coûts. Bien sûr, il y a eu des patients fortement touchés notamment par les hospitalisations, mais dans le même temps beaucoup de personnes, beaucoup de nos concitoyennes, de nos concitoyens ont renoncé à se rendre chez le médecin durant cette année-là, ont renoncé à des traitements qui pouvaient être repoussés, ce qui a eu tendance à aplatir la courbe de l'évolution des coûts en 2020.

Cela dit, ces coûts augmentent. Ils augmentent de manière relativement continue, à l'exception de 2018 pour la raison que j'ai exprimée tout à l'heure et 2020 pour des raisons liées à la pandémie. Nous constatons aujourd'hui que ces coûts ont augmenté en 2021, continuent à augmenter en 2022 et, malheureusement, vont continuer à augmenter en 2023.

Je dois vous le dire, Mesdames et Messieurs: le Conseil fédéral est au bout de ce qu'il peut faire de manière autonome. Nous sommes au bout de ce que nous pouvons faire avec des ordonnances, nous sommes au bout de ce que nous pouvons faire avec la correction des prix des médicaments. Pour aller plus loin, nous avons besoin de modifications légales et du soutien du Parlement. Pour cette raison, le Conseil fédéral, sur la base d'un rapport d'experts publié en 2017, a élaboré plusieurs paquets de mesures de maîtrise des coûts. Ces paquets ont été transmis au Parlement, et le moins qu'on puisse dire est qu'ils y ont une vie assez difficile. Il leur est relativement compliqué, sans vouloir trop les personnaliser, de trouver des majorités et de pouvoir vivre leurs propres vies et de pouvoir, un jour, être appliqués. Cela parce que le cartel du silence joue encore et toujours dans le domaine de la santé.

Qu'est-ce que le cartel du silence? Le cartel du silence est ce qui fait que, lorsque la politique – le Conseil fédéral, le Parlement – veut toucher à un aspect spécifique dans le domaine de la santé pour freiner l'évolution des coûts, les autres regardent ailleurs et se taisent, en espérant pouvoir bénéficier du même silence le jour où ils seront, de leur côté, concernés. Ce cartel du silence conduit à des blocages extrêmement importants dans le domaine de la santé. Ce matin, il y a eu des mots très clairs de la part des initiants ou de leurs représentants pour dénoncer cette situation. Je dois vous dire, au nom du Conseil fédéral, que je suis très heureux de constater aujourd'hui que ce problème est pris très au sérieux par le Parlement et que nous avons maintenant des perspectives pour avancer.

Qu'est-ce que cela signifie pour le débat de ce matin? Nous avons aujourd'hui une initiative populaire qui fixe un objectif qui est non seulement louable mais qui est juste. Nous devons faire en sorte de mieux maîtriser l'évolution des coûts. Le Conseil fédéral a cependant estimé que la seule initiative populaire ne permettait pas d'atteindre cet objectif, que le moyen proposé était peut-être trop vague ou trop général pour l'atteindre vraiment. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a proposé un contre-projet, pour concrétiser ce que peut signifier l'initiative en matière de maîtrise des coûts. C'est à cela que vous êtes confrontés aujourd'hui. Ce sera le débat que nous mènerons plus tard au cours de la discussion.

Je dois déjà vous dire maintenant qu'il est absolument nécessaire, si l'on souhaite que les mots soient suivis



d'actes, non seulement d'entrer en matière sur le contre-projet, mais aussi de bien réfléchir à quelles sont les minorités qui devront être soutenues pour que ce contre-projet puisse fonctionner. C'est la question qui va nous occuper tout à l'heure et je vais, vous n'en serez pas étonnés, au nom du Conseil fédéral, plaider pour les outils les plus efficaces possibles pour nous aider à maîtriser cette évolution des coûts. Cela ne doit pas seulement être le souhait du Conseil fédéral, mais il doit être possible de le faire avec le soutien du Parlement, en adoptant les modifications légales nécessaires, de manière à, je le répète, nous rappeler que nous ne sommes pas prisonniers de cette situation. Nous avons, vous avez les moyens d'agir. Il est maintenant temps de le démontrer.

Je vous invite à entrer en matière sur le contre-projet.

1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)"

1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts)"

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, art. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Bevor wir über Artikel 2, die Abstimmungsempfehlung, entscheiden, müssen wir den indirekten Gegenentwurf beraten.

AB 2022 N 840 / BO 2022 N 840

2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kostenzielen)

2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – objectifs en matière de coûts)

Antrag der Mehrheit

Eintreten

Antrag Amaudruz

Nichteintreten

Proposition de la majorité

Entrer en matière

Proposition Amaudruz

Ne pas entrer en matière



Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24971)

Für Eintreten ... 119 Stimmen

Dagegen ... 43 Stimmen

(15 Enthaltungen)

Detailberatung – Discussion par article

Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Angenommen – Adopté

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Die Detailberatung wird in zwei Blöcke aufgeteilt. Eine entsprechende Übersicht wurde Ihnen ausgeteilt. Über den Titel stimmen wir beim 5. Abschnitt ab.

Block 1 – Bloc 1

Kosten- und Qualitätsziele sowie ergänzende Massnahmen

Objectifs en matière de coûts et de qualité, mesures complémentaires

Nantermod Philippe (RL, VS): Quand bien même je représente la commission aujourd'hui, je représente aussi ma minorité à l'article 41 alinéa 4bis, que je défendrai ici.

Cet article vise à introduire un "opting-out" pour les médecins dans l'assurance de base.

Comme vous le savez, l'assurance de base permet des modèles d'assurance alternatifs. Parmi ceux-là, on connaît par exemple le modèle du médecin de famille, pour lequel vous avez une liste limitée de médecins. Ces médecins sont remboursés par l'assurance que vous avez choisie. Or les médecins ne sont pas consultés pour être sur cette liste; il se peut que des médecins qui figurent sur cette liste ne soient pas satisfaits d'y figurer pour des raisons diverses; par exemple, ils pourraient estimer qu'on les considère comme collaborant avec une assurance en particulier, ou qu'ils pourraient être considérés comme des médecins "low cost". C'est à discuter.

Je combats la possibilité d'un "opting-out" pour les raisons suivantes. Tout d'abord, un "opting-out" ne constitue en rien une mesure d'économie. Nous parlons ici d'un contre-projet à une initiative qui vise un frein aux coûts; il n'y a aucune explication dans le projet de la commission qui mentionne pour quelle raison le fait d'offrir la possibilité aux médecins d'être retirés de ces listes permettrait d'économiser un seul franc dans le système de santé. Ensuite, cette possibilité affaiblit les systèmes d'assurance alternatifs comme le modèle du médecin de famille qui permet un "gate keeping" souvent efficace et qui permet justement de lutter contre l'augmentation des coûts. Pour cette raison, dans le cadre d'un exercice comme celui que nous faisons aujourd'hui, qui vise à limiter l'augmentation des coûts, nous devons au contraire renforcer les modèles d'assurance alternatifs et non pas les affaiblir. Pour cette raison il est absurde et même contre-productif d'introduire un tel "opting-out".

La dernière raison est beaucoup plus juridique: le contrat d'assurance lie l'assuré et l'assureur mais pas le fournisseur de prestations. Si je peux comprendre, si je peux concevoir que, pour le fournisseur de prestations, il peut paraître absurde d'être impliqué dans un contrat sans être consulté, eh bien, ma foi, le contrat d'assurance est un contrat bilatéral et non tripartite.

Si je m'engage, par exemple, à vous rembourser les prestations d'une liste de restaurants, je ne suis pas tenu de consulter les restaurants en question. Je vous dis simplement: voilà les restaurateurs que je juge fournir des prestations d'une qualité suffisante pour un prix adéquat. A eux, ensuite, de vous vendre leur menu et, s'il le faut, je vous rembourse les frais concernant les restaurants figurant sur cette liste. Il s'agit d'un accord entre vous et moi. Les restaurateurs n'ont pas un droit à figurer sur cette liste ou, à l'inverse, n'ont pas un droit à être biffé de cette même liste. Il en va de même des médecins. Les médecins n'ont pas l'obligation de servir l'ensemble des patients. Ils n'ont évidemment pas la possibilité physique de le faire. Ils n'ont pas



l'obligation de le faire. Ils peuvent refuser des patients qui, pour des raisons diverses, ne pourraient pas entrer dans leur planning. A l'inverse, les assureurs ont simplement l'obligation de rembourser les médecins qu'ils ont fait figurer sur leurs propres listes. L'assureur ne fait qu'annoncer aux patients la liste des fournisseurs de prestations qu'il s'engage à rembourser, le cas échéant, si le patient vient chez lui avec une facture.

Dans ces circonstances, le fait d'introduire un droit pour un tiers, pour un fournisseur de prestations, à choisir quelles sont les prestations qui seront remboursées, revient à faire une entorse au principe de liberté contractuelle entre l'assureur et l'assuré et à mettre – excusez-moi l'expression – un peu de chenit dans le système, ce qui est malvenu.

Pour ces trois raisons – parce qu'il n'y a pas de mesure qui permette de limiter les coûts dans cette proposition; parce que, au contraire, cette proposition lutte contre les modèles alternatifs d'assurance qui permettent de réduire les coûts; enfin, parce que c'est un ovni juridique dans ce système –, je vous invite à suivre ma minorité et à supprimer cette possibilité d'"opting-out".

Hess Lorenz (M-E, BE): Ich gebe zuerst meine Interessenbindungen bekannt: Ich bin Verwaltungsratspräsident der Visana. Ich habe vor allem aber ein Interesse, gerade auch in dieser Funktion, und das ist das Interesse daran, dass wir im Bereich der Kostendämpfung tatsächlich etwas tun, damit wir nicht wieder und wieder im Herbst zu unseren Kundinnen und Kunden gehen und immer wieder neu erhöhte Prämien präsentieren müssen. Das ist ein ureigenes Interesse.

Worum geht es hier in diesem Gegenvorschlag? Es geht darum, dass wir, wenn die Initiative schon nicht die grössten Chancen in diesem Saal hat – was sich abzeichnet –, wenigstens einen indirekten Gegenvorschlag beschliessen, der seinen Namen auch verdient.

Ein Gegenvorschlag sollte zumindest wesentliche Elemente aufweisen, an denen man sieht, dass es sowohl der Kommission wie auch diesem Rat hier ernst ist mit Kostensenkungsmassnahmen. Ansonsten können wir uns die Debatte sparen. Es genügt auch nicht, dass wir im Gegenvorschlag noch ein oder zwei Placebos drin lassen, etwa wie in Artikel 37a, wo es um die Aufhebung des Vertragszwangs für die Laboratorien geht, oder indem wir noch ein bisschen spezifizieren, wie kritische Leistungen beurteilt werden sollen. Es braucht in diesem Gegenvorschlag Massnahmen, die tatsächlich zielführend sind. Ich bitte Sie deshalb, die Minderheit I (Hess Lorenz) zu unterstützen, die die Idee der Kostenziele wieder aufnimmt.

Die Mehrheit will in diesem Gegenvorschlag nicht von Kostenzielen sprechen. Wichtig ist hier zu vermerken: Wenn

AB 2022 N 841 / BO 2022 N 841

wir hier von Kostenzielen sprechen, die von allen beteiligten Partnern gemeinsam erarbeitet werden, dann ist nicht die Rede von einem Globalbudget.

Es wird gebetsmühlenartig wiederholt, dass mit Kostenzielen Globalbudgets verbunden seien, wie das ja auch in der ursprünglich vorgeschlagenen Gesetzesrevision vorgesehen war. Das ist nicht mehr der Fall. Deshalb stimmt auch diese "Angstmachergeschichte" nicht, wonach die Patientinnen und Patienten bei Kostenzielen gegen Ende Jahr zu ihrem Arzt gehen und der dann sagen muss: "Entschuldigung, ich kann leider nicht mehr behandeln, ich habe das Budget aufgebraucht." Davon sind wir weit entfernt.

Vielmehr ist es so: Wenn wir uns nicht getrauen, hier Kostenziele und entsprechende Vereinbarungen aufzunehmen, ist der indirekte Gegenvorschlag ein zahlloser Papiertiger, der seinen Namen nicht verdient. Ich denke, wenn wir nach dieser Debatte über den Gegenvorschlag und die Initiative aus diesem Saal hinausgehen, sollten wir das erhobene Hauptes tun können, im Wissen, dass wir uns zu Massnahmen durchgerungen haben, die im Ziel eine Wirkung haben könnten.

Worum geht es bei diesen Kostenzielen? Sie sehen das als Konzept im Rahmen des Minderheitsantrages. Es geht darum, dass wir nicht mehr nur von Kostenzielen, sondern vor allem von Kosten- und Qualitätszielen sprechen. Es geht darum, dass wir das nicht jährlich festlegen, sondern auf vier Jahre planen. Das ist ein wesentlicher Punkt. Die Kommission, die vom Bund eingesetzt wird, heisst demnach auch Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring. Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring, und sie soll Empfehlungen machen, welche Massnahmen ergriffen werden können. Das ist ein ganz entscheidender Punkt.

In den Übergangsbestimmungen, wo der Eingriff des Bundesrates natürlich interessiert, haben wir eine Präzisierung. Wir sagen, der Bundesrat soll in die Tarifstruktur von Tarmed eingreifen, wenn überhöhte, nicht sachgerechte oder nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen anstehen. Dort ist der Eingriff gerechtfertigt, und es soll dem Bundesrat auch tatsächlich möglich sein, dort einzugreifen.

Das erfolgt aber nicht, indem von vornherein Budgets bestimmt und damit Leistungen eingeschränkt werden.



Davon sind wir weit entfernt. Wenn Sie dem Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz) zustimmen und die Kosten- und Qualitätsziele und deren Handhabung in der vorgeschlagenen Form akzeptieren, dann schränken Sie niemanden ein. Sie schränken keine Leistungen ein. Vielmehr tun Sie etwas, was wir tun müssen. Ich bitte Sie, hier dem Antrag der Minderheit I zuzustimmen.

Wasserfallen Flavia (S, BE): Ich kann es kurz machen: Mein Minderheitsantrag II betrifft eine kleine, aber wichtige Ergänzung zum Antrag der Minderheit I (Hess Lorenz), der soeben ausgeführt worden ist und dem wir uns selbstverständlich anschliessen.

Es scheint mir angezeigt und notwendig, dass vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele auch die versicherten Personen angehört werden, und zwar sowohl gemäss der Bestimmung von Artikel 54, wonach nach der Anhörung die Kostenziele durch den Bundesrat festgelegt werden, als auch gemäss Artikel 54b, wonach die Festlegung dieser Ziele durch die Kantone geschieht. Es ist im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung, dass wir die unabhängige Sicht der Patientinnen und der Versicherten berücksichtigen und diesen institutionellen Einbezug stärken. Es geht hier schliesslich um die Qualität und um die Kosten, wie von meinem Vorredner ausgeführt worden ist. Bei der Qualität und den Kosten haben die versicherten Personen ein Interesse, die eigene Position einzubringen.

Ich bitte Sie aber auch aus Kohärenzgründen, diese Ergänzung in den beiden Bestimmungen vorzunehmen. Wir haben in früheren Diskussionen nämlich genau das bereits getan. So haben wir beispielsweise bei der Zulassungsbeschränkung, bei Artikel 55a KVG, eine solche Ergänzung gemacht oder auch bei Artikel 58b, mit dem die Zusammensetzung der neu eingesetzten Eidgenössischen Qualitätskommission definiert wird; auch dort sind die Patientinnen- und Patientenorganisationen aufgenommen worden.

Ich bitte Sie daher, diese Ergänzung folglich auch hier bei der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen vorzunehmen und meinen Minderheitsantrag II in Ergänzung zum Antrag der Minderheit I anzunehmen.

Porchet Léonore (G, VD): Nous avons trois minorités dans ce bloc 1. La première, la minorité Nantermod, propose que les fournisseurs de prestations ne puissent pas demander à ne pas figurer parmi le choix proposé par les assureurs-maladie. La majorité de la commission a souhaité offrir aux médecins ce choix. Nous débattons pourtant de la baisse des coûts, et cette proposition irait à l'encontre de ce principe. Tous les modèles que nous discutons sont liés à un principe d'économie. Mais surtout, les Verts soutiendront la proposition de la minorité Nantermod, parce qu'il semble que le fait que l'on puisse refuser de participer à des modèles d'assurance aille à l'encontre de l'intérêt des patientes et des patients. Donner l'option aux médecins de refuser d'être sur certaines listes, c'est potentiellement obliger des assurés à renoncer à certains modèles.

Je vous donne un exemple qui a été cité en commission: si vous habitez à Grindelwald et que vous êtes assuré selon le modèle du médecin de famille, vous payez une prime d'assurance-maladie un peu moins élevée parce que vous vous engagez à toujours aller d'abord chez votre médecin de famille. S'il n'y a qu'un médecin de famille à Grindelwald et que celui-ci dit qu'il ne veut pas figurer sur ce modèle de la liste de votre assureur-maladie, vous devrez renoncer au modèle du médecin de famille, c'est-à-dire que vous devrez payer des primes plus élevées ou aller directement chez un spécialiste. Si les fournisseurs de prestations peuvent simplement se faire rayer de la liste, cela aura des conséquences indésirables pour les patientes et les patients. Même si nous sommes bien conscients du fait que ce n'est pas toujours l'objectif principal de M. Nantermod. En ce qui concerne les autres minorités, nous soutiendrons assurément et avec beaucoup de conviction la proposition de la minorité I (Hess Lorenz) améliorée par la proposition de la minorité II (Wasserfallen Flavia). Pourquoi? Parce que la minorité I permet au Conseil fédéral de fixer des objectifs en matière de coûts en y intégrant un principe de qualité, ce qui est indispensable. De manière complémentaire, la minorité II propose de prendre en compte les assurés dans la consultation faite par le Conseil fédéral selon l'article 54.

Pour le groupe des Verts, il est primordial d'accroître la prise en compte de l'avis des patientes et des patients dans les décisions de santé publique, parce que 37 pour cent de notre système de santé est financé par les primes sans que les patients aient réellement voix au chapitre.

Le groupe des Verts est convaincu que de nombreuses mesures améliorant la qualité des soins en réduisent également les coûts.

C'est pour cela que nous soutenons la minorité I (Hess Lorenz) visant à améliorer la minorité II (Wasserfallen Flavia).

Ne délivrer que des prestations utiles et bénéfiques pour la santé et éviter les examens, médicaments et opérations inutiles est par exemple dans l'intérêt des patients et de l'évolution des dépenses. Les consulter ne peut que participer à cette amélioration de la qualité et de l'économicité. Dans une couverture sanitaire fondée sur la valeur, l'utilité et l'efficacité, en fin de compte le remboursement des prestations médicales devrait être



davantage considéré du point de vue des patients, des assurés et des contribuables. Prendre en compte leur avis dans la consultation liée à la détermination des objectifs en matière de coûts nous semble donc essentiel, raison pour laquelle le groupe des Verts vous encourage à soutenir la minorité II (Wasserfallen Flavia). Le débat sur ce bloc vise une chose fondamentale: que le système de santé soit gouverné par la qualité plutôt que par les coûts, ce qui, en définitive, serait dans l'intérêt des patientes et patients.

Mäder Jörg (GL, ZH): In diesem Block geht es um ein Leichtgewicht und um ein Schwergewicht.

AB 2022 N 842 / BO 2022 N 842

Fangen wir mit der leichten Kost an, der Ergänzung in Artikel 41: Verschiedene Krankenkassen bieten günstigere Modelle an, bei denen die Versicherten aber bei der Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt sind. Dazu wird jeweils eine Positivliste mit genehmen Leistungserbringern erstellt. Die Leistungserbringer selber haben aber keinen Einfluss darauf, ob sie auf dieser Liste erscheinen oder nicht. Speziell in Gebieten mit einer Tendenz zur Unterversorgung kann dies problematisch sein, weshalb wir neu den Leistungserbringern erlauben möchten, dass sie sich aktiv aus diesen Listen streichen lassen können.

Kommen wir zum schwersten Brocken des ganzen Gegenvorschlages, den Kostenzielen. Der Gesundheitsbereich ist alles andere als ein funktionierender Markt. Wenn er dies wäre, würden sich nach einiger Zeit gerechtfertigte Preise für die verschiedenen Produkte etablieren, zumindest im Idealfall. Folgende Aspekte des Gesundheitsbereiches behindern diese Mechanik aber massiv: Der Konsument ist nicht umfassend informiert, ihm fehlt das Branchen- und Fachwissen; im Krankheits- und vor allem im Notfall dominiert die Verfügbarkeit des Produktes ganz klar über den Preis; Produkte sind über Patente vor Konkurrenz geschützt; Preise werden von und mit dem BAG festgesetzt, wobei das BAG zwar Einblick in die Berechnung der Hersteller bekommt, es aber alles andere als schwer ist, diese strategisch so zu gestalten, wie es aus Unternehmenssicht vielleicht nützlich ist, usw.

Es ist daher nahezu unmöglich, den korrekten Preis am Verhandlungstisch zu bestimmen. Keiner der Involvierten hat eine echt neutrale Position. Als Konsequenz daraus sind die Kostenziele entweder genügend tief angesetzt, um Wirkung in finanzieller Hinsicht zu erzielen – damit bergen sie aber die Gefahr grosser unerwünschter Nebenwirkungen wie einer Kontingentierung –, oder aber sie sind so lasch angesetzt, dass sie keine Wirkung erzielen.

Aus diesen Gründen unterstützt die grünliberale Fraktion den Antrag der Mehrheit der Kommission. Wir möchten auf diese Kostenziele verzichten. Bei den im Raum stehenden Varianten bevorzugen wir den Minderheitsantrag II (Wasserfallen Flavia) gegenüber dem Minderheitsantrag I (Hess Lorenz), und wir bevorzugen die obsiegende Variante gegenüber der Variante des Bundesrates.

Eine kleine Anmerkung zum Schluss: Wir Grünliberalen sind klar der Meinung, dass man die Kosten im Auge behalten muss. Deshalb hat unsere Fraktion in der letzten Session den ach so ominösen Artikel 47c im KVG unterstützt. Im Gegensatz zu den Kostenzielen fokussiert er auf die Kostenentwicklung. Als Statistiker kann ich Ihnen klar sagen, dass es wesentlich einfacher ist, zeitliche Entwicklungen zu erklären, auf Ursachen zurückzuführen und entsprechend zu handeln, als einen einzelnen Wert zu erklären, so, wie das bei den Kostenzielen eben gerade gefordert worden ist. Deshalb erachten wir Artikel 47c KVG als die klar bessere Alternative zu Artikel 54 KVG.

Ich mache noch eine kleine Anmerkung zur Aussage, dass der indirekte Gegenvorschlag ohne diese Kostenziele wirklich gar nichts mehr enthalte. Die Begründung ist einfach: Wir hatten schon diverse Vorlagen, die Kostendämpfungspakete 1a und 1b, und wir werden noch ein Kostendämpfungspaket 2 haben. Es ist nicht so, dass wir der Initiative nichts entgegensetzen würden. Doch vieles, was wir der Initiative entgegensetzen, ist eben bereits in Behandlung und vorgespurt und nicht Teil dieses Gegenvorschlags. Von daher ist die Begründung dafür, die Kostenziele unbedingt im Gegenvorschlag lassen zu müssen, meiner Meinung nach nicht stichhaltig.

Sauter Regine (RL, ZH): Ich lege Ihnen unsere Positionen zu den Anträgen in Block 1 dar.

Zuerst zum Hauptteil, den Qualitäts- und Kostenzielen, die sowohl der bundesrätliche Gegenvorschlag wie auch der Minderheitsantrag I (Hess Lorenz) vorsehen: Wie bereits in meinem Eintretensvotum erwähnt, halten wir nichts von diesen Zielvorgaben. Sie täuschen darüber hinweg, dass man letztlich Mengen beschränken und Plafonds einführen will, obwohl es in der Vorlage natürlich anders tönt. Zudem ist auch zu sagen, dass man mit einer allgemeinen Aussage bezüglich Kosten- und Qualitätszielen für die nächsten vier Jahre noch nichts darüber aussagt, wie man diese Ziele erreichen will. Einmal mehr ist festzustellen, dass man dem Bund hier eine Kompetenz einräumen will, die letztlich die Hoheit der Kantone sowie die Zuständigkeit der Leistungserbringer



beschneidet. Eine solche Vorgabe unterläuft auch ganz klar die Tarifpartnerschaft, die für unser Gesundheitswesen vorgesehen ist und die auch Sinn macht. Richtigerweise muss es Aufgabe der Tarifpartner sein, sich über die relevanten, geeigneten und richtigen Tarife zu einigen; dies kann nicht hoheitlich festgelegt werden mit irgendwelchen Kosten- und Qualitätszielen.

Immerhin ist dem Minderheitsantrag I (Hess Lorenz) zugutezuhalten, dass er keine Ausführungen in der Detailiertheit des Entwurfes des Bundesrates macht. Sollte eine solche Bestimmung jedoch aufgenommen werden, wird man nicht darum herumkommen, genau alle diese Detailregelungen in die Verordnung aufzunehmen. Am Schluss kommt man mit dieser Lösung auf das gleiche Ergebnis wie der Bundesrat mit seinem indirekten Gegenvorschlag.

Im Ergebnis würden wir jedoch der Minderheit II (Wasserfallen Flavia) den Vorzug geben, da sie noch die Versicherten mit einbeziehen will. Letztlich folgt unsere Fraktion hier aber der Mehrheit, die die Streichung der Zielvorgaben beantragt.

Die Mehrheit unserer Fraktion wird die Minderheit Nantermod unterstützen. Die Ausführungen dazu haben Sie von Kollege Nantermod selbst gehört.

Maillard Pierre-Yves (S, VD): Au bloc 1, des propositions de minorité sont présentées. De manière générale, je commencerai par dire que, s'agissant des mesures efficaces pour maîtriser l'évolution des coûts de la santé, on approche enfin du but. On constate et on admet que seule une gestion de la quantité des prestations, de leur volume, peut conduire à une maîtrise des coûts. Pour l'instant, les partenaires tarifaires s'occupent simplement de fixer le prix des prestations. Rien n'est fait pour maîtriser l'évolution du volume des prestations, quand bien même parfois, chez certains groupes de prestataires, le volume des prestations augmente de manière complètement inexplicable ou en tout cas sans véritable lien avec des objectifs de santé publique. Il faut donc que quelqu'un s'occupe de maîtriser le volume des prestations. On ne peut plus avoir des contrats tarifaires qui ne comprennent simplement que le prix des prestations unitaire. Nous avons voté dans le paquet sur la maîtrise des coûts un article 47c qui contraindrait enfin les partenaires tarifaires non seulement à négocier les prix, mais aussi à prendre des mesures s'agissant du volume des prestations.

Maintenant, quel est l'objectif à atteindre? Quelles sont les cibles qu'il faut atteindre? Les pouvoirs publics et l'Etat peuvent définir une cible sans que ce soit un objectif absolument contraignant, mais une cible à laquelle les partenaires tarifaires pourraient se référer. C'est ce que propose le Conseil fédéral dans le contre-projet. C'est la raison pour laquelle il est pertinent d'ajouter à ce que nous avons voté, à savoir l'article 47c, une compétence du Conseil fédéral pour estimer à peu près, dans un débat démocratique, la cible que le volume des prestations doit atteindre ou en tout cas essayer de ne pas dépasser. On est ici dans un principe de base de tout budget public.

Il s'agit de définir à peu près le niveau des moyens qui peuvent être alloués pour le bien de toute la communauté. Il y a évidemment à l'intérieur de ces budgets des arbitrages à faire. Nous pensons que les partenaires tarifaires peuvent faire ce travail pour essayer de limiter celles et ceux qui exagèrent dans leur pratique de facturation. Etant au plus près du terrain, ils ont les moyens de le faire mais, évidemment, dans un cadre défini par le débat démocratique et par l'autorité.

Voilà pourquoi le groupe socialiste vous invite à suivre la minorité I (Hess Lorenz). Elle rétablit un semblant de valeurs cibles décidées par le Conseil fédéral. Suivant en cela les recommandations de la sous-commission, ce modèle simplifie beaucoup la mécanique pour définir ces valeurs cibles. Elle était très complexe dans le projet du Conseil fédéral. Dans la version de la minorité I, c'est évidemment très simplifié.

AB 2022 N 843 / BO 2022 N 843

Nous vous invitons à voter aussi la minorité II (Wasserfallen Flavia); elle propose d'ajouter les associations d'assurés parmi les acteurs appelés à prendre des mesures en cas de dépassement des valeurs cibles. Cela nous semble la moindre des choses d'intégrer les principaux concernés, à savoir les associations d'assurés ou de patients.

Enfin, sur la proposition de la minorité Nantermod relative au fameux "opting-out", soit la possibilité pour les médecins de sortir des listes de médecins de famille établies par les assureurs pour faire bénéficier les assurés de rabais de prime, il nous a semblé ici qu'il fallait suivre la majorité, et donc donner cette possibilité aux médecins. Effectivement, il y a des listes qui ont été faites par des assureurs sans aucun égard pour les médecins; ils se retrouvent parfois sur ces listes contre leur volonté. Ces listes semblent parfois être faites de manière assez arbitraire sur la base de coûts par assuré qui ne sont pas des données très fiables pour juger de la qualité des médecins. On ne comprend pas pourquoi certains s'y retrouvent et d'autres pas. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé logique de donner un contre-pouvoir aux médecins pour décider si oui



ou non ils seront sur ces listes.

Voilà les recommandations que nous vous faisons dans le bloc 1.

Humbel Ruth (M-E, AG): Die Mitte-Fraktion stimmt bei Artikel 41 Absatz 4bis KVG mit der Mehrheit und bei Artikel 54 KVG mit der Minderheit I (Hess Lorenz).

Artikel 41 Absatz 4bis korrigiert einen falschen Anreiz, stärkt die Verhandlungsautonomie der Tarifpartner und fördert echte integrierte Versorgungsmodelle. Versicherte haben heute die Wahl zwischen verschiedenen alternativen Versicherungsmodellen. Bei Listenmodellen erstellen Krankenversicherer eine Liste der kostengünstigen Ärzte. Wer einen Listenarzt zur Erstversorgung aufsucht, hat einen Prämienrabatt. Der Arzt, welcher auf diese Liste gestellt wird, wird nicht angefragt, ob er auf dieser Liste stehen will, und er hat nicht einmal die Möglichkeit, sich von der Liste streichen zu lassen. Solche Modelle sind einseitige Angebote der Versicherer, teilweise gegen den Willen betroffener Ärztinnen und Ärzte. Modelle dieser Art leisten auch keinen Beitrag zu einer integrierten koordinierten Versorgung. Gestärkt werden muss aber genau die koordinierte Versorgung über die ganze Behandlungskette; da sind wir uns eigentlich einig. Dies bedingt einen Vertrag zwischen Versicherern und Leistungserbringergruppen.

Verschiedentlich wurde heute Morgen schon die Unfähigkeit der Tarifpartner bzw. der Verbände kritisiert, Tarife vertraglich weiterzuentwickeln. Es gibt aber auch die guten Beispiele, Verträge zwischen Leistungserbringergruppen und einzelnen Versicherern. Solche Verträge haben sich bewährt. Sie regeln die Zusammenarbeit, geben Qualitätsstandards vor, verhindern Mehrfachbehandlungen und sehen teilweise auch eine gewisse Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer vor. Gut strukturierte Ärztenetze sparen denn auch risikobereinigt 15 bis 20 Prozent der Kosten ein und erreichen eine bessere Behandlungsqualität. Für diese Modelle müssen wir die Rahmenbedingungen optimieren. Das tun wir mit Artikel 41 Absatz 4bis. Damit können sich Ärzte künftig aus einseitigen Listen von Krankenversicherern streichen lassen. Das führt zu weniger Pseudomodellen und stärkt die Bemühungen um echte integrierte Versorgung.

Artikel 54 mit dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" gemäss Fassung der Minderheit I ist der eigentliche Kern des indirekten Gegenvorschlags. Die Mitte-Fraktion unterstützt die Minderheit I (Hess Lorenz). Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er einen Top-down-Ansatz implementieren will und mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, was den Bestrebungen der integrierten Versorgung entgegenläuft oder diese sogar verunmöglicht.

Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure. Zudem wird es den Kantonen überlassen, ob sie Kostenziele definieren wollen oder nicht. Beim Minderheitsantrag I handelt es sich um eigentliches Soft Law. Er macht den Akteuren, insbesondere den Leistungserbringern, bewusst, dass sie auch eine Mitverantwortung für die Kostenentwicklung haben. Es ist nun mal so, dass Ärztinnen und Ärzte auch bei den Kosten eine grosse Verantwortung haben. Sie erbringen die medizinischen Leistungen und verordnen Therapien. Sie haben es folglich in der Hand, unnötige Leistungen nicht zu erbringen sowie Übermedikation und Mehrfachuntersuchungen zu verhindern. Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele gemäss der Minderheit I muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.

Mit dem viel diskutierten Artikel 47c KVG wird beabsichtigt, dass in den Tarifverträgen ein Kostenmonitoring mit Korrekturmassnahmen vorgesehen werden muss. Artikel 47c ist Teil des ersten Kostendämpfungspakets. Der Nationalrat hat ihn gutgeheissen, und die ständerätliche SGK wird Artikel 47c zusammen mit dem indirekten Gegenvorschlag beraten.

Abschliessend möchte ich einfach noch einmal festhalten, dass Kostenziele nicht mit Globalbudgets, Rationierung oder einer Klassenmedizin gleichzusetzen sind, wie es von verschiedener Seite wieder behauptet worden ist. Es geht um Kostenwachstumsziele, um ein Monitoring, das Korrekturmassnahmen über Tarifstrukturen und Taxpunktwerte vorsieht, wenn Kosten unverhältnismässig steigen. Dafür sind diese Kostenziele vorgesehen.

Die Mitte-Fraktion wird sie unterstützen, und ich bitte Sie, dies auch zu tun.

Berset Alain, conseiller fédéral: Pour ce premier bloc, je peux m'exprimer rapidement pour ce qui concerne des éléments comme l'évaluation des technologies de la santé (ETS), que nous estimons ne pas être nécessaire – mais enfin bon, cela ne mange pas de pain, si on peut le formuler ainsi – parce qu'elle est déjà réalisée aujourd'hui. J'aimerais également rappeler que nous saluons l'évaluation au cas par cas selon les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité tel que c'est prévu.

J'en viens maintenant aux minorités. Le Conseil fédéral soutient la proposition de la minorité Nantermod. Nous vous invitons à suivre cette minorité parce que nous ne pensons pas que ce que la majorité a décidé ait quelque chance de conduire à une meilleure maîtrise des coûts, au contraire. Ce n'est pas en changeant



le rapport de force entre les différents acteurs qui sont présents maintenant que l'on arrivera forcément à améliorer les choses. J'aimerais donc vous inviter à suivre la minorité Nantermod.

La question la plus importante, qui a été largement thématisée dans le débat d'entrée en matière, est de savoir si vous souhaitez un contre-projet qui soit digne de ce nom ou si vous souhaitez une coquille plus ou moins vide. C'est la question qui se pose maintenant. Votre commission propose – permettez-moi de le dire aussi clairement – une coquille plus ou moins vide. Il n'y reste pas grand-chose, on cache un tout petit peu les éléments, on fait semblant d'avoir fait quelque chose, mais ce n'est rien de très solide. Le Conseil fédéral vous a proposé, et c'est aussi le cas de deux minorités, une manière de faire qui doit permettre de réaliser, de manière raisonnable, ce qui est souhaité pour l'essentiel dans l'initiative populaire dont il est question ce matin. Je vous rappelle la position du Conseil fédéral: nous plaçons pour recommander le rejet de l'initiative populaire, mais pour l'adoption d'un contre-projet qui soit efficace. Pour qu'il puisse montrer une certaine efficacité, il faut fixer des objectifs en matière de coûts. Cela soutient la transparence, incite, sans les contraindre – c'est une invitation assez marquée – les partenaires à discuter ensemble de l'évolution des coûts, de manière transparente, et ensuite, après coup, de discuter des objectifs qui ont pu être atteints ou non, et de voir si des mesures sont nécessaires pour améliorer la situation.

Nous pensons que la transparence peut être vraiment salutaire pour une meilleure maîtrise des coûts et donc que les objectifs en matière de coûts sont essentiels pour y parvenir. C'est dans le fond le seul moyen d'avoir en fin de compte une approche globale et complète de la problématique de la hausse des coûts dans le domaine de l'assurance-maladie. Le conseil fédéral souhaite, comme les minorités I ou II, un

AB 2022 N 844 / BO 2022 N 844

contre-projet global pour tenter d'apporter les solutions les plus efficaces possible à la problématique de la hausse des coûts.

La minorité I (Hess Lorenz) et la minorité II (Wasserfallen Flavia) proposent toutes deux une version simplifiée des objectifs de coûts que le conseil fédéral a présentés dans son message. La minorité II se distingue en fait de la minorité I parce qu'elle demande que les personnes assurées soient également consultées avant la fixation des objectifs en matière de coûts. Je peux vous dire à ce sujet que je ne vais pas insister avec la version du Conseil fédéral puisqu'elle n'a été soutenue par personne en commission.

Par contre, l'essentiel de ce que souhaite le Conseil fédéral est repris avec quelques modifications tant par la minorité I que par la minorité II. Donc, j'aimerais vous inviter, si vous souhaitez vraiment opposer un contre-projet qu'on puisse qualifier de valable à cette initiative populaire, à soutenir ces minorités. La I ou la II, faites ce que vous voulez. Nous aurions pour notre part une légère préférence pour la minorité II, mais la minorité I va très bien aussi. La seule chose qui ne convient pas, parce que alors nous aurions un contre-projet qui ne porterait plus en conséquence, c'est la version de la majorité de la commission.

C'est la raison pour laquelle, sur cette question très importante, je vous invite à suivre ici une des deux minorités et à rejeter la proposition de la majorité de la commission.

de Courten Thomas (V, BL), für die Kommission: Ich spreche zuerst zum Antrag der Minderheit Nantermod zu Artikel 41 Absatz 4bis. Die Mehrheit der Kommission will hier eine Opting-out-Klausel für Leistungserbringer in besonderen Versicherungsmodellen im Gesetz verankern. Der Entscheid der Kommission geht auf einen Bundesgerichtsentscheid zurück. Ein Leistungserbringer hatte vor Gericht angefochten, dass ihn eine Versicherung auf ihrer Versichertenliste für besondere Versicherungsverhältnisse führte. In diesem Fall hat das Bundesgericht entschieden, dass der Versicherer auch Leistungserbringer auf die Liste nehmen kann, ohne diese explizit anzufragen.

Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass in diesem besonderen Versicherungsverhältnis ebenfalls ein zusätzliches Vertragsverhältnis zwischen der Versicherung und dem Leistungserbringer bestehen muss. So haben wir echte Hausarztmodelle, die diesen Namen auch verdienen, und nicht Pseudomodelle, mit denen das Ziel nicht erreicht wird.

Die Minderheit moniert, dass eigentlich in all diesen besonderen Versicherungsverhältnissen als Grundvoraussetzung einerseits nachgewiesen werden müsse, dass Kosteneinsparungen damit verknüpft seien. Andererseits müsse mit diesem zusätzlichen Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Leistungserbringer das ursprüngliche Versicherungsverhältnis zwischen der Versicherung und dem Versicherten zusätzlich durch ein drittes Element ergänzt werden, was die Freiheit der Versicherer selbstverständlich entsprechend einschränke. Das Ganze könnte auch den Nachteil mit sich bringen, dass Patienten von einem bestimmten Versicherungsmodell ausgeschlossen werden könnten, wenn Ärzte nicht auf dieser Liste erscheinen wollten.

Ich komme zum Kern der Vorlage, zu den Kostenzielen. Hier hat die Kommission mit 13 zu 11 Stimmen



entschieden, diese nicht aufzunehmen. Die Mehrheit hat den Entwurf des Bundesrates in diesem Bereich abgelehnt: Der Bundesrat will Kostenziele festlegen. Er hat im Gesetzestext sehr präzise ausgeführt, wie er das entsprechend machen muss. Das betrifft die gesamten Leistungen in der ganzen Schweiz, aber auch heruntergebrochen Leistungen in der ganzen Schweiz bezüglich Analysen, Arzneimitteln, Mitteln und Gegenständen; es betrifft alles, was nach Tarifverträgen abgerechnet wird. Der Bundesrat legt auch fest, dass pro Kanton die Kostenziele mit einer einheitlichen Toleranzmarge heruntergebrochen werden müssen, aber auch mit Richtwerten für die Aufteilung und Einhaltung des Kostenziels bezüglich des zulässigen Kostenanstiegs.

Zusätzlich möchte er bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge vom medizinischen Bedarf ausgehen. Er führt das auf die wirtschaftliche Entwicklung, die Demografie, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie das Effizienzpotenzial zurück. Der Bundesrat muss gemäss seinem eigenen Vorschlag auch entsprechend die Kantone anhören, bevor er Kostenziele und Toleranzmarge festlegt.

All das will die Minderheit I (Hess Lorenz) verschlanken, mit einem ganz einfach festgelegten Kostenziel, indem jeder Kanton unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele für die folgenden vier Jahre entsprechend festlegt. Die Minderheit II (Wasserfallen Flavia) will diese Bestimmung dadurch ergänzen, dass der Bundesrat diese Ziele nicht nur nach Anhörung der Versicherer, der Kantone und Leistungserbringer festlegt, sondern eben auch nach Anhörung der Versicherten.

Der Antrag Wasserfallen Flavia wurde in der Kommission mit 15 zu 10 Stimmen abgelehnt, der von der Minderheit Hess Lorenz aufgenommene Antrag mit 13 zu 11 Stimmen.

Ich bitte Sie, der Mehrheit zuzustimmen.

Nantermod Philippe (RL, VS), pour la commission: Dans le bloc 1, deux thématiques sont abordées. La première concerne l'article 41 alinéa 4bis, soit la possibilité d'un "opting-out" pour les médecins. Dans certains modèles d'assurance, le libre choix du médecin est limité et l'assurance ne rembourse que des médecins qui figurent sur une liste qui est publiée. C'est le cas par exemple dans les modèles HMO, ainsi que dans le modèle de "gatekeeping", dit modèle du médecin de famille.

Les médecins ne sont pas consultés pour figurer sur cette liste. Etre sur cette liste peut être considéré comme un avantage, mais, certains médecins prennent cela comme un affront, voire se sentent considérés comme des médecins "low cost". Du point de vue de la profession, il n'est pas acceptable que l'assurance puisse unilatéralement décider qui figure sur cette liste, d'une part, et surtout imposer à des fournisseurs de prestations de figurer sur une liste sans leur accord, d'autre part.

La majorité de la commission estime que le fournisseur de prestations doit avoir la possibilité de se retirer de ces listes. Le but est aussi de revenir sur un arrêt du Tribunal fédéral qui avait refusé à un médecin de pouvoir être retiré de ces listes.

La minorité Nantermod, de son côté, estime que le contrat d'assurance est un contrat bilatéral entre l'assuré et l'assurance, et que le fournisseur de prestations n'a pas son mot à dire concernant les listes de médecins. C'est un accord entre l'assuré et l'assureur qui définit simplement les prestations remboursées.

Cet article est adopté par 13 voix contre 11 et 1 abstention. Au nom de la commission, je vous invite à maintenir cette disposition dans ce bloc 1.

Les articles 54 et 54e, section 5, constituent le coeur du contre-projet du Conseil fédéral, où sont ancrés les objectifs en matière de coûts. La commission comme j'ai pu le dire en introduction, a nommé une sous-commission qui a complètement retravaillé le contre-projet du Conseil fédéral et a abouti à la conclusion qu'il convenait d'élaborer un contre-projet autre que celui qu'avait préparé le gouvernement. Le Conseil fédéral a de son côté voulu introduire ses objectifs en matière de coûts: l'idée que le gouvernement fixe le pourcentage d'augmentation à ne pas dépasser annuellement avec une marge de tolérance dans le domaine de la santé.

Ces augmentations seraient ensuite reprises par les cantons par catégorie de coûts, dans le domaine des analyses, des médicaments, des prestations de la LiMA, des prestations tarifées. Ensuite, si les objectifs ne sont pas tenus, le Conseil fédéral aurait l'obligation de prendre des mesures, notamment en intervenant sur les tarifs. Cette proposition a été combattue par la majorité de la commission, qui considère que les objectifs de coûts équivalent à un budget global ou alors à un tigre de papier. Soit ils ne déploient pas d'effet, parce qu'ils sont trop incisifs et restent alors lettre morte, une machine bureaucratique supplémentaire, soit ils déploient des effets et aboutissent à une espèce de budget global, donc à une restriction de l'accès aux soins et, par extension, de la qualité pour les patients.

AB 2022 N 845 / BO 2022 N 845

Par ailleurs, la majorité de la commission a relevé qu'il y avait déjà l'article 47c, qui fait partie du paquet de



mesures lb actuellement en attente au Conseil des Etats et qu'il n'était par conséquent pas nécessaire de présenter deux projets parallèles qui aboutiraient peu ou prou au même résultat.

La minorité I (Hess Lorenz) reprend le projet du Conseil fédéral avec quelques adaptations. D'abord, l'objectif est d'adopter un plan quadriennal en la matière. Les assureurs-maladie, les cantons et les fournisseurs de prestations seraient consultés pour mettre en oeuvre les objectifs de coûts. La catégorisation par coût est aussi biffée. Les cantons pourraient reprendre les mesures fédérales sans être tenus de le faire; les sanctions seraient quant à elles biffées.

La minorité II (Wasserfallen Flavia) reprend les termes de la minorité I en ajoutant la consultation des associations d'assurés en plus des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations.

La commission a préféré, par 15 voix contre 10, la minorité I à la minorité II. Mais elle a rejeté, par 13 voix contre 11 et 0 abstention, les objectifs en matière de coûts de manière générale.

Je vous remercie de suivre la majorité de la commission sur l'ensemble de ces points.

Art. 41 Abs. 4bis*Antrag der Mehrheit*

Die Leistungserbringer können sich aus der Auswahl des Versicherers streichen lassen.

Antrag der Minderheit

(Nantermod, Aeschi Thomas, de Courten, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Porchet, Prelicz-Huber, Röstli, Silberschmidt, Weichelt)

Streichen

Art. 41 al. 4bis*Proposition de la majorité*

Les fournisseurs de prestations peuvent demander à ne pas figurer parmi le choix proposé par les assureurs.

Proposition de la minorité

(Nantermod, Aeschi Thomas, de Courten, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Porchet, Prelicz-Huber, Röstli, Silberschmidt, Weichelt)

Biffer

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24972)

Für den Antrag der Minderheit ... 98 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 79 Stimmen

(5 Enthaltungen)

Titel*Antrag der Mehrheit*

Bundesgesetz ... (Massnahmen zur Kostendämpfung, insbesondere in den Bereichen Tarife und Laboranalysen)

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre*Proposition de la majorité*

Loi fédérale ... (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, en particulier dans les domaines des tarifs et des analyses de laboratoire)

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roudit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral



Art. 21

Antrag der Mehrheit

Abs. 2 Bst. d

Streichen

Abs. 4

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 2 Bst. d

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Abs. 2 Bst. e

e. zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz.

Art. 21

Proposition de la majorité

Al. 2 let. d

Biffer

Al. 4

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 2 let. d

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Al. 2 let. e

e. mesurer les objectifs de qualité et le rapport coût-efficacité.

Art. 53 Abs. 1

Antrag der Mehrheit

... Absätze 1–3, 51, 54 und 55 kann beim ...

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 53 al. 1

Proposition de la majorité

... alinéas 1 à 3, 51, 54 et 55 peuvent faire ...

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Gliederungstitel vor Art. 54

Antrag der Mehrheit

Unverändert

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates



Titre précédant l'art. 54

Proposition de la majorité

Inchangé

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Art. 54

Antrag der Mehrheit

Unverändert

AB 2022 N 846 / BO 2022 N 846

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Kosten- und Qualitätsziele

Text

Der Bundesrat legt nach Anhörung der Versicherer, der Kantone und Leistungserbringer Kosten- und Qualitätsziele für die Leistungen für die darauffolgenden vier Jahre fest.

Antrag der Minderheit II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Gemäss Minderheit I, aber:

... nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone ...

Art. 54

Proposition de la majorité

Inchangé

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Objectifs en matière de coûts et de qualité

Texte

Le Conseil fédéral fixe, après consultation des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations, des objectifs en matière de coûts et de qualité pour les prestations pour les quatre années qui suivent.

Proposition de la minorité II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Selon minorité I, mais:

... après consultation des assureurs, des assurés, des cantons ...

Art. 54a

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Ro-



duit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Streichen

Art. 54a

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)
Biffer

Art. 54b

Antrag der Mehrheit
Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Abs. 1

Jeder Kanton kann unter Berücksichtigung der vom Bundesrat nach Artikel 54 festgelegten Kosten- und Qualitätsziele seine Kosten- und Qualitätsziele für die darauffolgenden vier Jahre festlegen.

Abs. 2

Streichen

Abs. 3

Er hört die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele an.

Abs. 4

Streichen

Antrag der Minderheit II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Gemäss Minderheit I, aber:

Abs. 3

Er hört die Leistungserbringer, die Versicherer und die Versicherten ...

Art. 54b

Proposition de la majorité
Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Al. 1

Chaque canton peut fixer ses objectifs en matière de coûts et de qualité pour les quatre années qui suivent en tenant compte des objectifs fixés par le Conseil fédéral en matière de coûts et de qualité au sens de l'article 54.

Al. 2

Biffer

Al. 3

Il consulte les fournisseurs de prestations et les assureurs avant de fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité.

Al. 4

Biffer



Proposition de la minorité II

(Wasserfallen Flavia, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Mäder, Maillard, Mettler, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Weichelt)

Selon minorité I, mais:

Al. 3

Il consulte les fournisseurs de prestations, les assureurs et les assurés avant de ...

Art. 54c

Antrag der Kommission

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Fristen

Text

Der Bundesrat legt die vierjährigen Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn der Periode, für die sie gelten sollen, fest.

Art. 54c

Proposition de la commission

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Délais

Texte

Le Conseil fédéral fixe les objectifs en matière de coûts et de qualité pour quatre ans au plus tard douze mois avant le début de la période à laquelle ils doivent s'appliquer.

AB 2022 N 847 / BO 2022 N 847

Art. 54d

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Streichen

Art. 54d

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Biffer

Art. 54e

Antrag der Mehrheit

Streichen



Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titel

Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Abs. 1

Gemäss Bundesrat, aber:

... Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen ...

Abs. 2

Die Kommission ist zuständig für das Kosten- und Qualitätsmonitoring. Sie überwacht die Entwicklung der einzelnen Leistungsbereiche und gibt dem Bund und den Tarifpartnern Empfehlungen zu den Massnahmen ab. Die Kommission publiziert ihre Beschlüsse öffentlich.

Abs. 3

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Art. 54e

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Titre

Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins

Al. 1

Selon Conseil fédéral, mais:

... Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance ...

Al. 2

La commission est responsable du monitoring des coûts et de la qualité. Elle surveille l'évolution des différents domaines de prestations et formule à l'intention de la Confédération et des partenaires tarifaires des recommandations concernant les mesures. Elle publie ses décisions.

Al. 3

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Ziff. II Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Abs. 1

Antrag der Mehrheit

Streichen

Antrag der Minderheit I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Kosten- und Qualitätsziele werden erstmals für das Kalenderjahr festgelegt, das nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... beginnt.

Ch. II disposition transitoire de la modification du ... al. 1

Proposition de la majorité

Biffer

Proposition de la minorité I

(Hess Lorenz, Feri Yvonne, Gysi Barbara, Humbel, Lohr, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Roduit, Wasserfallen Flavia, Weichelt)

Les objectifs en matière de coûts et de qualité sont fixés pour la première fois pour l'année calendaire qui commence deux ans après l'entrée en vigueur de la modification du ...

Präsidentin (Kälin Irène, Präsidentin): Der Bundesrat hat seinen Antrag zurückgezogen.



Erste Abstimmung – Premier vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24973)

Für den Antrag der Minderheit II ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 79 Stimmen

(1 Enthaltung)

Zweite Abstimmung – Deuxième vote

(namentlich – nominatif; 21.067/24974)

Für den Antrag der Minderheit II ... 94 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 91 Stimmen

(1 Enthaltung)

Übrige Bestimmungen angenommen

Les autres dispositions sont adoptées

Art. 32 Abs. 3

Antrag der Kommission

Leistungen, bei denen Anhaltspunkte bestehen, dass sie nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, werden anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert. Das Evaluationsverfahren beruht auf transparenten Kriterien und den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist verhältnismässig. Mit seiner Durchführung beauftragt der Bund verwaltungsunabhängige Dritte.

Art. 32 al. 3

Proposition de la commission

En présence d'indices annonçant qu'une prestation n'est pas ou n'est plus efficace, adéquate et économique, celle-ci sera évaluée dans le cadre d'une procédure basée sur des éléments objectifs et concrets. La procédure d'évaluation se fonde sur des critères transparents et respectant le principe de la proportionnalité. Elle tient compte des connaissances scientifiques les plus récentes. La Confédération charge des tiers indépendants de l'administration de réaliser la procédure d'évaluation.

Angenommen – Adopté

Art. 56 Abs. 5

Antrag der Kommission

... zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Sie sorgen insbesondere dafür, dass

1. die Kostenübernahme im Einzelfall nach einheitlichen Kriterien unter Berücksichtigung von klinischen Leitlinien geprüft wird;
2. diagnostische Massnahmen nicht unnötig wiederholt werden, wenn Versicherte mehrere Leistungserbringer konsultieren.

AB 2022 N 848 / BO 2022 N 848

Art. 56 al. 5

Proposition de la commission

... destinées à garantir l'adéquation des prestations et le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à:

1. une prise en charge dans le cas particulier qui soit examinée selon des critères uniformes tenant compte des recommandations pour la pratique clinique;
2. éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations.

Angenommen – Adopté

Die Beratung dieses Geschäftes wird unterbrochen

Le débat sur cet objet est interrompu



AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Sommersession 2022 • Zweite Sitzung • 31.05.22 • 08h00 • 21.067
Conseil national • Session d'été 2022 • Deuxième séance • 31.05.22 • 08h00 • 21.067



Schluss der Sitzung um 12.40 Uhr
La séance est levée à 12 h 40

AB 2022 N 849 / BO 2022 N 849

