

Volksabstimmung vom  
09.06.2024

## Verhandlungen

---

21.063  
Maximal 10% des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative und indirekter  
Gegenvorschlag.

Votation populaire du  
09.06.2024

## Délibérations

---

21.063  
Maximum 10% du revenu pour  
les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des  
primes). Initiative populaire et  
contre-projet indirect.

Votazione popolare del  
09.06.2024

## Deliberazioni

---

21.063  
Al massimo il 10 per cento del  
reddito per i premi delle casse  
malati (Iniziativa per pre-mi meno  
onerosi). Iniziativa popolare e il  
suo controprogetto indiretto.

## **Impressum**

VH 21.063

### **Herausgeber**

Parlamentsdienste / Parlamentsbibliothek  
3003 Bern  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch

### **Editeur**

Services du Parlement / Bibliothèque du Parlement  
3003 Berne  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch/fr

### **Editore**

Servizi del Parlamento / Biblioteca del Parlamento  
3003 Berna  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch/it

## **Inhaltsverzeichnis | Table des matières | Contenuto**

1. Übersicht aus der Geschäftsdatenbank  
Aperçu de la base de données des objets  
Panoramica dalla banca dati degli oggetti parlamentari
2. Zusammenfassung der Verhandlungen  
Résumé des délibérations  
Riassunto delle deliberazioni
3. Debatten in den Räten  
Débats dans les conseils  
Dibattiti nelle Camere
4. Schlussabstimmungen  
Votations finales  
Votazioni finali
5. Erlasstexte  
actes législatifs  
Atti legislativi



21.063 Geschäft des Bundesrates

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

Einreichungsdatum: 17.09.2021

Stand der Beratung: Erledigt

### Botschaft / Bericht des Bundesrates

Botschaft vom 17. September 2021 zur Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Krankenversicherungsgesetzes)

[BBI 2021 2383](#)

### Kommissionsberichte

[06.09.2022 - Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates](#)

### Ratsunterlagen

[Anträge, Fahnen](#)

### Chronologie

15.06.2022 Nationalrat  
Beginn der Debatte

### Entwurf 1

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»

[BBI 2021 2384](#)

|            |             |                                  |
|------------|-------------|----------------------------------|
| 15.06.2022 | Nationalrat | Beginn der Debatte               |
| 16.06.2022 | Nationalrat | Beschluss gemäss Entwurf         |
| 16.06.2022 | Nationalrat | Fristverlängerung                |
| 16.06.2022 | Nationalrat | Bis zum 03.10.2023.              |
| 26.09.2022 | Ständerat   | Fristverlängerung                |
| 26.09.2022 | Ständerat   | Bis zum 03.10.2023.              |
| 13.09.2023 | Ständerat   | Zustimmung                       |
| 13.09.2023 | Ständerat   | Zustimmung                       |
| 29.09.2023 | Ständerat   | Annahme in der Schlussabstimmung |
| 29.09.2023 | Nationalrat | Annahme in der Schlussabstimmung |

Stand der Beratungen: Erledigt

Schlussabstimmungstext: [BBI 2023 2285](#)

### Entwurf 2

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Prämienverbilligung) - indirekter Gegenvorschlag

[BBI 2021 2385](#)



---

|            |             |                                  |
|------------|-------------|----------------------------------|
| 15.06.2022 | Nationalrat | Beginn der Debatte               |
| 16.06.2022 | Nationalrat | Beschluss abweichend vom Entwurf |
| 30.11.2022 | Ständerat   | Nichteintreten                   |
| 28.02.2023 | Nationalrat | Eintreten                        |
| 30.05.2023 | Ständerat   | Abweichung                       |
| 12.09.2023 | Nationalrat | Zustimmung                       |
| 12.09.2023 | Nationalrat | Zustimmung                       |
| 29.09.2023 | Nationalrat | Annahme in der Schlussabstimmung |
| 29.09.2023 | Ständerat   | Annahme in der Schlussabstimmung |

Stand der Beratungen: Erledigt

Erlasstext: [BBl 2023 2303](#)

### Zuständigkeiten

#### Behandelnde Kommissionen

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-NR)

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SR (SGK-SR)

#### Zuständige Behörde

Departement des Innern (EDI)

### Weitere Informationen

#### Konnexe Geschäfte

[17.2018](#) Petition Für einkommensabhängige Krankenkassenprämien

#### Behandlungskategorie

I/IIIa

#### Erstbehandelnder Rat

Nationalrat

### Links

#### Weiterführende Unterlagen

[Amtliches Bulletin](#) | [Abstimmungen NR](#)

#### Weiterführende Links

[21.063 Prämien-Entlastungs-Initiative und Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung \(Prämienverbilligung\) als indirekter Gegenvorschlag](#)





21.063 | Objet du Conseil fédéral

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

Date de dépôt: 17.09.2021

Etat des délibérations: Liquidé

### **Message / Rapport du Conseil fédéral**

Message du 17 septembre 2021 relatif à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie)

[FF 2021 2383](#)

### **Rapports de commission**

[06.09.2022 - Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats](#)

### **Documents des Conseils**

[Propositions, dépliants](#)

### **Chronologie**

15.06.2022 Conseil national  
Début des délibérations

#### **Projet 1**

Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)»

[FF 2021 2384](#)

|            |                   |                             |
|------------|-------------------|-----------------------------|
| 15.06.2022 | Conseil national  | Début des délibérations     |
| 16.06.2022 | Conseil national  | Décision conforme au projet |
| 16.06.2022 | Conseil national  | Prolongation de délai       |
| 16.06.2022 | Conseil national  | Jusqu'au 03.10.2023.        |
| 26.09.2022 | Conseil des Etats | Prolongation de délai       |
| 26.09.2022 | Conseil des Etats | Jusqu'au 03.10.2023.        |
| 13.09.2023 | Conseil des Etats | Adhésion                    |
| 13.09.2023 | Conseil des Etats | Adhésion                    |
| 29.09.2023 | Conseil des Etats | Adoption (vote final)       |
| 29.09.2023 | Conseil national  | Adoption (vote final)       |

Etat des délibérations: Liquidé

Texte soumis au vote final: [FF 2023 2285](#)

#### **Projet 2**

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réduction des primes) - contre-projet indirect



FF 2021 2385

|            |                      |                              |
|------------|----------------------|------------------------------|
| 15.06.2022 | Conseil national     | Début des délibérations      |
| 16.06.2022 | Conseil national     | Décision modifiant le projet |
| 30.11.2022 | Conseil des<br>Etats | Ne pas entrer en matière     |
| 28.02.2023 | Conseil national     | Entrée en matière            |
| 30.05.2023 | Conseil des<br>Etats | Divergences                  |
| 12.09.2023 | Conseil national     | Adhésion                     |
| 12.09.2023 | Conseil national     | Adhésion                     |
| 29.09.2023 | Conseil national     | Adoption (vote final)        |
| 29.09.2023 | Conseil des<br>Etats | Adoption (vote final)        |

Etat des délibérations: Liquidé

Texte de l'acte législatif: FF 2023 2303

## Compétences

### Commissions chargées de l'examen

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CE (CSSS-CE)

Commission de la sécurité sociale et de la santé publique CN (CSSS-CN)

### Autorité compétente

Département de l'intérieur (DFI)

## Informations complémentaires

### Objets apparentés

17.2018 Pétition                      Assurance-maladie. Fixer les primes en fonction du revenu

### Catégorie de traitement

I/IIIa

### Conseil prioritaire

Conseil national

## Liens

### Informations complémentaires

Bulletin officiel | Votes CN

### Lien vers des informations complémentaires

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







21.063 Oggetto del Consiglio federale

**Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi). Iniziativa popolare e il suo controprogetto indiretto.**

---

Data del deposito: 17.09.2021

Stato delle deliberazioni: Liquidato

**Messaggio / Rapporto del Consiglio federale**

Messaggio del 17 settembre 2021 concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» e il controprogetto indiretto (modifica della legge sull'assicurazione malattie)

[FF 2021 2383](#)

**Rapporti delle commissioni**

[06.09.2022 - Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati](#)

**Documentazione concernente la camera**

[Proposte, paragrammi](#)

**Cronologia**

15.06.2022 Consiglio nazionale  
Inizio del dibattito

**Disegno 1**

Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)»

[FF 2021 2384](#)

|            |                       |   |
|------------|-----------------------|---|
| 15.06.2022 | Consiglio nazionale   | Inizio del dibattito                    |
| 16.06.2022 | Consiglio nazionale   | Decisione secondo il disegno (progetto) |
| 16.06.2022 | Consiglio nazionale   | Proroga del termine                     |
| 16.06.2022 | Consiglio nazionale   | Fino al 03.10.2023.                     |
| 26.09.2022 | Consiglio degli Stati | Proroga del termine                     |
| 26.09.2022 | Consiglio degli Stati | Fino al 03.10.2023.                     |
| 13.09.2023 | Consiglio degli Stati | Adesione                                |
| 13.09.2023 | Consiglio degli Stati | Adesione                                |
| 29.09.2023 | Consiglio degli Stati | Adozione nella votazione finale         |
| 29.09.2023 | Consiglio nazionale   | Adozione nella votazione finale         |



Stato delle deliberazioni: Liquidato

Testo del voto finale: [FF 2023 2285](#)

### Disegno 2

Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Riduzione dei premi) - controprogetto indiretto

[FF 2021\\_2385](#)

|            |                       |   |
|------------|-----------------------|---|
| 15.06.2022 | Consiglio nazionale   | Inizio del dibattito                      |
| 16.06.2022 | Consiglio nazionale   | Decisione in deroga al disegno (progetto) |
| 30.11.2022 | Consiglio degli Stati | Non entrata in materia                    |
| 28.02.2023 | Consiglio nazionale   | Entrata in materia                        |
| 30.05.2023 | Consiglio degli Stati | Deroga                                    |
| 12.09.2023 | Consiglio nazionale   | Adesione                                  |
| 12.09.2023 | Consiglio nazionale   | Adesione                                  |
| 29.09.2023 | Consiglio nazionale   | Adozione nella votazione finale           |
| 29.09.2023 | Consiglio degli Stati | Adozione nella votazione finale           |

Stato delle deliberazioni: Liquidato

Atto normativo: [FF 2023 2303](#)

### Competenze

#### Commissioni interessate

Commissione della sicurezza sociale e della sanità (CSS-CN)

Commissione della sicurezza sociale e della sanità CS (CSS-CS)

#### Autorità competente

Dipartimento dell'interno (DFI)

### Altre informazioni

#### Oggetti correlati

[17.2018](#) Petizione Per premi di cassa malati commisurati al reddito

#### Categoria di deliberazione

I/IIIa

#### Camera prioritaria

Consiglio nazionale

### Link

#### Altri documenti

[Bollettino ufficiale](#) | [Votazioni CN](#)

---



**Altri link**

[21.063 Prämien-Entlastungs-Initiative und Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung \(Prämienerbilligung\) als indirekter Gegenvorschlag | 21.063 Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie \(initiative d'allègement des primes\). Initiative populaire et contre-projet indirect.](#)



## 2 Zusammenfassung der Verhandlungen

### 21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag.

Botschaft vom 17. September 2021 zur Volksinitiative «Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» und zum indirekten Gegenvorschlag (Änderung des Krankenversicherungsgesetzes) [BBI 2021 2383](#)

**In beiden Räten wurde mehrheitlich anerkannt, dass die finanzielle Belastung der Bevölkerung durch die Krankenkassenprämien hoch ist und Handlungsbedarf besteht. Die Volksinitiative, die deutlich mehr Prämienverbilligungen verlangt, wurde jedoch als falscher Weg bezeichnet, da sie zu teuer sei und das Problem der Gesundheitskosten nicht angehe. Schätzungen gehen bei Annahme der Initiative von zusätzlichen 4,5 Milliarden Franken für Prämienverbilligungen aus, wovon der Bund 3 Milliarden zu tragen hätte. Die Initiative wurde von beiden Räten zur Ablehnung empfohlen. Wie der Bundesrat schlug der Nationalrat einen Gegenvorschlag auf Gesetzesstufe vor, der von SP, Grünen, Grünliberalen und der Mitte unterstützt wurde. Er sah eine substanzielle zusätzliche Unterstützung von rund 2,2 Milliarden vor (Anteil der Kantone rund 900 Millionen). Nachdem der Ständerat zuerst nicht auf einen Gegenvorschlag eintreten wollte, schlug er in einem zweiten Anlauf eine zusätzliche Unterstützung der Kantone an die Prämienverbilligung von rund 360 Millionen Franken vor. In der Differenzbereinigung schloss sich der Nationalrat mit den Stimmen aus SVP, FDP und Mitte dem Ständerat an.**

#### Ausgangslage

Am 23. Januar 2020 reichte die Sozialdemokratische Partei der Schweiz die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» mit rund 118'000 Unterschriften ein. Die Initiative will, dass Bund und Kantone die Versicherten bei den Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung entlasten.

Der Bundesrat beantragt, die Initiative abzulehnen und – als indirekten Gegenvorschlag – mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung die Kantone zu verpflichten, die Prämienverbilligung so zu regeln, dass diese jährlich einem Mindestanteil der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entspricht.

Die Prämien-Entlastungs-Initiative fordert, dass die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Die Prämienverbilligung soll zu mindestens zwei Drittel durch den Bund und zum verbleibenden Betrag durch die Kantone finanziert werden.

Heute verpflichtet das Bundesgesetz über die Krankenversicherung die Kantone, die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verbilligen. Der Bund gewährt den Kantonen dazu einen Beitrag. Im Jahr 2020 haben der Bund die Prämien mit 2,9 Milliarden Franken und die Kantone mit 2,6 Milliarden Franken verbilligt.

Der Bundesrat kann das Anliegen der Initiative, die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu entlasten, nachvollziehen. Er erachtet es als problematisch, dass mehrere Kantone ihren Anteil an der Finanzierung der Prämienverbilligung in den letzten Jahren gesenkt haben.

Der Bund müsste jedoch bedeutend mehr Mittel zur Verfügung stellen als bisher, da er mindestens zwei Drittel der Prämienverbilligung finanzieren müsste. Damit müsste er auch für Kosten aufkommen, die von den Kantonen beeinflusst werden können. Die Kantone beeinflussen über ihre Spitalplanung die Spitalkosten und über die Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern die ambulanten Kosten. Weil die Prämien zudem stärker steigen als die Einkommen, führt die Initiative rasch zu hohen Mehrkosten für Bund und Kantone. Die Initiative konzentriert sich weiter ausschliesslich auf die Finanzierung. Die Kosten müssen jedoch auch gedämpft werden.

Der Bundesrat beantragt, die Prämien-Entlastungs-Initiative abzulehnen und einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung als indirektem Gegenvorschlag zuzustimmen. Die Kantone sollen verpflichtet werden, die Prämienverbilligung so zu regeln, dass sie einem Mindestanteil der Bruttokosten

der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im betreffenden Kanton entspricht. Damit erhalten die Kantone einen Anreiz, ihre Bruttokosten zu dämpfen. Die Höhe des Anteils soll davon abhängen, wie stark die verbilligten Prämien die Versicherten mit den untersten Einkommen im betreffenden Kanton belasten. Die Kantone sollen weiterhin bestimmen können, wie sie die Prämienverbilligung ausgestalten.

Gemäss Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in der Botschaft belaufen sich die Mehrkosten zulasten der Kantone mit dem Gegenvorschlag im Jahr 2024 rund 600 Millionen Franken. Bei Annahme der Initiative würden sich die Mehrkosten zulasten der Kantone auf 1,1 Milliarde Franken belaufen. (Quelle: Botschaft und Medienmitteilung des Bundesrates vom 17.9.2021)

## Verhandlungen

In der mehrstündigen Debatte im **Nationalrat** anerkannten viele Rednerinnen und Redner, dass die Krankenkassenprämien die Schweizer Haushalte zunehmend belasten. Tiefere und zunehmend auch mittlere Einkommen könnten sich die Prämien nicht mehr oder kaum noch leisten, gab Mattea Meyer (S, ZH) zu bedenken. Die durchschnittliche Prämienbelastung liege heute bei 14 Prozent des Einkommens, bei bestimmten Personengruppen sogar bis zu zwanzig Prozent, rechnete Barbara Gysi (S, SG) vor. Beide warben für die Volksinitiative, die verlangt, dass Versicherte höchstens zehn Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben müssen. Dieser fixe Wert soll in die Verfassung geschrieben werden. Unterstützung erhielt die Initiative auch von grüner Seite. Eine Mehrheit der vorberatenden Kommission lehnte die Initiative jedoch zugunsten eines weniger weit gehenden indirekten Gegenvorschlags ab. Die Gegner monierten, dass das Volksbegehren lediglich die Prämienfinanzierung berücksichtige und keine Anreize zur Eindämmung der Gesundheitskosten enthalte. Mit 121 zu 67 empfahl der Nationalrat die Initiative zur Ablehnung.

Eine Kommissionsmehrheit sah aber in der Frage der Krankenkassenprämien und der Prämienverbilligung Handlungsbedarf. Sie sprach sich für einen Ausbau der bestehenden Prämienverbilligung und einen indirekten Gegenvorschlag zur Initiative aus. Sie SVP-Fraktion lehnte sowohl die Initiative als auch die Erarbeitung eines Gegenvorschlags ab. Die Prämienverbilligung habe ausser massiven Kosten nichts gebracht, argumentierte Andreas Glarner (V, AG). Der Rat beschloss mit 134 zu 53 Stimmen Eintreten auf den Gegenvorschlag.

Kommissionssprecher Thomas de Courten (V, BL) führte aus, dass es bei den Fragen, ob die Verlustscheine der Kantone für nicht bezahlte Prämien und die Prämienverbilligung für die Ergänzungsleistungen in die Berechnung einzubeziehen seien oder nicht, eine Differenz zum Vorschlag des Bundesrates gibt. Der Bundesrat schlägt vor, die Verlustscheine nicht einzubeziehen, die Prämienverbilligung für Ergänzungsleistungen aber einzubeziehen. Die Mehrheit der Kommission will aber gerade umgekehrt, dass die Kantone beim Gesamtbetrag für die Prämienverbilligungen die Verlustscheine für nicht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen anrechnen dürfen, die Prämienverbilligung für EL-Bezüger jedoch nicht. Diese sollen gemäss EL-Gesetz von Bund und Kantonen separat finanziert werden. Das würde insgesamt 2,2 Milliarden Franken zusätzlich ausmachen, 1,3 Milliarden Franken zusätzliche Kosten beim Bund und 920 Millionen bei den Kantonen. Derzeit würden sich die Kosten für die Prämienverbilligungen auf rund fünf Milliarden Franken jährlich belaufen.

Die Kommissionsmehrheit unterstützte das Konzept des Bundesrates, wonach die Prämienverbilligung eines Kantons pro Kalenderjahr gesamthaft einem bestimmten Mindestanteil der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Versicherten ihres Kantons entsprechen soll. Machen die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens aus, so beträgt dieser Mindestanteil 5 Prozent der Bruttokosten, bei 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr beträgt der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten, so der Vorschlag. Zusätzlich schlug die Kommission vor, dass jeder Kanton selber festlegen soll, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten im Kanton höchstens ausmachen darf.

Dieser Alternativvorschlag auf Gesetzesebene sei zwar teuer, hielt Ruth Humbel (M-E, AG) fest. Die Prämienverbilligung sei jedoch eine wichtige Massnahme für den sozialen Ausgleich. Zudem würde die Initiative noch viel mehr kosten. Ruth Humbel rechnete hier mit zusätzlich rund 4,5 Milliarden Franken für die Prämienverbilligung, wovon der Bund 3 Milliarden zu tragen hätte. Jörg Mäder (GL, ZH) bezeichnete den Gegenvorschlag der vorberatenden Nationalratskommission als "in sich stimmig" und als "echte Alternative zur Volksinitiative". Für Pierre-Yves Maillard (S, VD) ist der Gegenvorschlag ein "guter Kompromiss" und ein "Schritt in die richtige Richtung".

Der Nationalrat unterstützte schliesslich die Anträge der Kommission (Anrechnung der Verlustscheine, Nichteinbezug der Prämienverbilligung für EL-Bezüger) und stimmte dem Gegenvorschlag mit 119 zu 66 Stimmen bei zwei Enthaltungen zu. Unterstützung fand der Gegenvorschlag bei der SP, den Grünen, den Grünliberalen, der Mitte und einem Teil der FDP. Die SVP-Fraktion und eine Mehrheit der FDP-Liberalen lehnten den Vorschlag ab.

Der **Ständerat** behandelte vorerst den Gegenvorschlag zur Volksinitiative. Kommissionssprecher Erich Ettlín (M-E, OW) führte aus, dass die Kommission einen Gegenvorschlag erarbeitet habe, der «nahe beim Entwurf des Bundesrates» sei und empfahl, auf diesen einzutreten. Benedikt Würth (M-E, SG) beantragte, nicht auf die Vorlage einzutreten. Er bezeichnete den Gegenvorschlag als unerwünschten «Paradigmenwechsel» in Form von Bundesvorgaben für die Kantone. Die Prämienverbilligung solle in der Verantwortung der Kantone liegen, diese wüssten selbst am besten, was für ihre Verhältnisse angemessen sei. Genau dies aber stellten die Befürworter des indirekten Gegenvorschlages in Frage. Zumindest hätten einige Kantone in den letzten Jahren massiv zurückgesteckt mit ihrer Unterstützung. Der Föderalismus bleibe auch mit dem Gegenvorschlag zur Initiative weiter gewährleistet, sagte Marina Carobbio (S, TI): "Sonst passiert in den nächsten paar Jahren wieder nichts." Der Nichteintretensantrag fand mit 22 zu 20 Stimmen eine Mehrheit. Neben den Vertretern und Vertreterinnen von FDP und SVP stimmte auch ein Teil der Mitte für Nichteintreten.

In der Folge hatte der **Nationalrat** erneut über die Frage des Eintretens auf die Vorlage zu entscheiden. Eine Mehrheit der vorberatenden Kommission beantragte auf die Vorlage einzutreten und damit einen Gegenvorschlag zu erarbeiten. Eine Kommissionsminderheit aus Vertretern und Vertreterinnen von SVP und FDP wollte keinen Gegenvorschlag zur Initiative und empfahl, dem Ständerat zu folgen. Der Nationalrat beschloss mit 106 zu 79 Stimmen bei einer Enthaltung erneutes Eintreten.

Im **Ständerat** beantragte Kommissionssprecher Erich Ettlín (M-E, OW) auf die Vorlage einzutreten. Die Kommissionsmehrheit fände es angesichts steigender Krankenkassenprämien zu gewagt, ohne Gegenvorschlag in den Abstimmungskampf um die Volksinitiative zu ziehen. Für eine Kommissionsminderheit, vertreten durch Hannes Germann (V, SH) hatte sich seit dem ersten Entscheid des Ständerats nichts Grundlegendes geändert. Die Bedenken der kantonalen Finanzdirektoren seien gross. Der Ständerat trat aber diesmal mit 24 zu 16 Stimmen bei 2 Enthaltungen auf das Geschäft ein. In der Detailberatung hielt Peter Hegglin (M-E, ZG) fest, dass die Gesundheitskommission die Vorlage «entschlackt» habe. Entgegen dem Vorschlag des Bundesrates, der Ausgaben für die Kantone von 493 Millionen Franken vorsah, sehe der jetzige Vorschlag der Kommission rund 350 Millionen Franken für die Kantone vor. Für Hans Stöckli (S, BE) war das zu wenig. Er rief seine Kolleginnen und Kollegen dazu auf, nicht so «schmörzelig» zu sein. Der Entwurf des Nationalrates sei ein gangbarer Weg. Hans Stöckli erinnerte auch daran, dass die Prämienverbilligungen damals eingeführt worden seien, um die negativen Effekte der Kopfprämien abzufedern. Es sei beschämend, wenn sich die Kantone hier aus der Verantwortung ziehen wollten. Zehn von ihnen hätten in den letzten Jahren ihre Beiträge gekürzt.

Für die Fälle, in denen die Prämien weniger als 11 Prozent des Einkommens ausmachen, senkte der Ständerat auf Antrag der Kommission und gegen den Widerstand von linksgrüner Seite den Mindestanteil der Prämienverbilligung an den Bruttokosten der Krankenversicherung auf 3,5 Prozent. Bundesrat und Nationalrat hatten 5 Prozent vorgeschlagen. Entgegen dem Beschluss des Nationalrates und gegen den Antrag einer Kommissionsminderheit, vertreten durch Hans Stöckli (S, BE), folgte der Ständerat im Weiteren dem Bundesrat und verzichtete auf eine separate Finanzierung der Prämienverbilligung der EL-Bezüger und beschloss, die Verlustscheine für nicht bezahlte Prämien nicht in die Berechnung einzubeziehen. In der Gesamtabstimmung nahm der Ständerat seinen Gegenvorschlag mit 26 zu 16 Stimmen bei einer Enthaltung an. Dagegen stimmten die SVP und Mitglieder aus der FDP und der Mitte.

Im Rahmen der Differenzvereinbarung empfahl die vorberatende Kommission des **Nationalrates** betreffend Aufwendungen der Kantone für die Prämienverbilligung dem Ständerat zu folgen. Der Rat folgte diesem Antrag mit 104 zu 86 Stimmen, sodass die Kantone nun je nach Prämienlast für die Versicherten zwischen 3,5 und 7,5 Prozent der Kosten der obligatorischen Grundversicherung für die Prämienverbilligung aufwenden haben. Die Ratslinke und die GLP setzten sich vergeblich dafür ein, am leicht modifizierten Vorschlag des Nationalrates für einen höheren Beitrag von Bund und Kantonen für die Prämienverbilligung

festzuhalten. Die jetzt vorgeschlagenen zusätzlichen 356 Millionen Franken für die Kantone seien eine ungenügende Lösung, welche dem Problem der Prämienbelastung keine Rechnung trage. Mattea Meyer (S, ZH) sprach von einem «schlechten Witz». Die Ratsmehrheit aus den Fraktionen der SVP, der FDP und einer Mehrheit der Mitte-Fraktion bezeichnete den Vorschlag der Kommission demgegenüber als «grossen Schritt». Der Nationalrat folgte zudem mit 105 zu 86 Stimmen einer Kommissionsminderheit, vertreten durch Thomas de Courten (V, BL), wonach nicht der Bundesrat, sondern wie vom Ständerat vorgeschlagen, jeder Kanton selber festlegen soll, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten ausmachen soll.

Im **Ständerat** beantragte Erich Ettlín (M-E, OW) namens der vorberatenden Kommission, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen. Unterstützt wurde der Vorschlag von den Vertretungen der bürgerlichen Parteien, die auf die hohen Kosten bei einer Umsetzung der Initiative hinwiesen. Der ausgearbeitete Gegenvorschlag sei der einzig machbare Weg. Ansonsten müssten in anderen Bereichen Milliarden eingespart werden. Eine Kommissionsminderheit – Hans Stöckli (S, BE) und Maya Graf (G, BL) – beantragte, die Initiative zur Annahme zu empfehlen. Hans Stöckli erinnerte daran, dass heute die Bevölkerung im Schnitt 14 Prozent ihres Einkommens für die Prämien einsetzen müsse. Der bescheidene Gegenentwurf sei keine gangbare Alternative zur Volksinitiative. Der Ständerat folgte der Kommissionsmehrheit und empfahl die Volksinitiative zur Prämienentlastung mit 33 zu 11 Stimmen zur Ablehnung.

**In der Schlussabstimmung wurde der Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)", der diese zur Ablehnung empfiehlt, vom Nationalrat mit 123 zu 70 Stimmen bei 3 Enthaltungen und vom Ständerat mit 32 zu 11 Stimmen bei einer Enthaltung angenommen.**

**Der Gegenvorschlag «Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)» wurde vom Nationalrat mit 195 zu null Stimmen bei einer Enthaltung und vom Ständerat mit 41 zu einer Stimme bei zwei Enthaltungen angenommen.**

**siehe auch Geschäft 21.067:** Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

## 2 Résumé des délibérations

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

Message du 17 septembre 2021 relatif à l'initiative populaire fédérale « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie) [FF 2021 2383](#)

**Au sein des deux conseils, il est largement admis que les primes d'assurance-maladie font peser une charge élevée sur la population et que des mesures s'imposent. L'initiative populaire, qui demande une augmentation significative des réductions de primes, a toutefois été considérée comme une mauvaise solution, onéreuse et ne s'attaquant pas au problème des coûts de la santé. Selon les estimations, l'acceptation de l'initiative entraînerait des coûts supplémentaires de 4,5 milliards de francs, dont 3 milliards devraient être supportés par la Confédération. Les deux conseils ont recommandé de rejeter l'initiative. Comme le Conseil fédéral, le Conseil national a proposé un contre-projet au niveau de la loi, qui était soutenu par le PS, les VERT-E-S, les Vert'libéraux et Le Centre. Ce contre-projet prévoyait un soutien supplémentaire substantiel d'environ 2,2 milliards de francs (part des cantons : 900 millions). Le Conseil des États, qui, dans un premier temps, ne voulait pas entrer en matière sur un contre-projet, a proposé, dans un second temps, un soutien supplémentaire des cantons à la réduction des primes d'environ 360 millions de francs. Lors de l'élimination des divergences, le Conseil national s'est rallié au Conseil des États avec les voix de l'UDC, du PLR et du Centre.**

#### Contexte

Le 23 janvier 2020, le Parti socialiste suisse a déposé l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) », munie de 118 000 signatures. L'objectif de l'initiative est que la Confédération et les cantons allègent la charge que représentent les primes de l'assurance-maladie pour les personnes assurées.

Le Conseil fédéral propose de rejeter l'initiative et en lieu et place, à titre de contre-projet indirect, d'adopter une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie : les cantons seront tenus de réglementer la réduction des primes de telle sorte que le montant annuel accordé à ce titre corresponde au moins à un pourcentage déterminé des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins.

L'initiative d'allègement des primes vise à ce que les assurés ne doivent pas consacrer aux primes d'assurance-maladie plus de 10 % de leur revenu disponible ; elle prévoit que la réduction des primes soit financée à raison de deux tiers au moins par la Confédération, le reste par les cantons.

Actuellement, les cantons sont tenus, conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, d'accorder une réduction de primes aux personnes assurées de condition économique modeste. La Confédération leur octroie des subsides à cet effet. En 2020, elle a consacré 2,9 milliards de francs à la réduction des primes, contre 2,6 milliards pour les cantons.

Le Conseil fédéral comprend l'objectif de l'initiative d'alléger la charge que les primes font peser sur les personnes assurées de condition économique modeste. Il juge problématique le fait que plusieurs cantons aient diminué, ces dernières années, leur part de financement de la réduction des primes.

La Confédération devrait toutefois consacrer beaucoup plus de fonds que jusqu'ici à la réduction de primes si elle devait financer celle-ci au moins à hauteur des deux tiers. Elle devrait aussi assumer des coûts sur lesquels les cantons peuvent influencer au moyen de la planification hospitalière (coûts hospitaliers) et par la régulation de l'admission des fournisseurs de prestations (coûts des prestations ambulatoires). De plus, comme les primes augmentent plus fortement que les revenus, l'initiative entraînerait rapidement des coûts supplémentaires élevés pour la Confédération et les cantons. Enfin, elle ne porte que sur le financement, alors qu'il faut aussi freiner la hausse des coûts.



Le Conseil fédéral propose de rejeter l'initiative d'allègement des primes et d'adopter en lieu et place, à titre de contre-projet indirect, une modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Les cantons seront tenus de réglementer la réduction des primes de telle sorte que le montant annuel accordé à ce titre corresponde au moins à un pourcentage déterminé des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins sur leur territoire. Ils seront ainsi incités à maîtriser ces coûts bruts. Le niveau du pourcentage en question dépendra du poids des primes (une fois réduites) sur le budget des personnes assurées aux revenus les plus faibles du canton. Les cantons continueront d'organiser comme ils l'entendent la réduction des primes.

Selon les estimations de l'Office fédéral de la santé publique présentées dans le message les coûts supplémentaires à la charge des cantons générés par le contre-projet s'élèvent, pour l'année 2024, à environ 600 millions francs. En cas d'acceptation de l'initiative, les coûts supplémentaires à la charge des cantons s'élèveraient à 1,1 milliard de francs.

(Source : message et communiqué de presse du Conseil fédéral du 17.9.2021)

## Débats

Au cours du débat au **Conseil national**, qui a duré plusieurs heures, nombre d'orateurs et d'oratrices ont reconnu que les primes d'assurance-maladie représentaient une charge toujours plus lourde pour les ménages suisses. Mattea Meyer (S, ZH) a fait valoir que les personnes disposant de revenus modestes et de plus en plus de personnes disposant de revenus moyens ne parvenaient plus – ou que difficilement – à payer leurs primes. Barbara Gysi (S, SG) a estimé que les primes représentaient 14 % du revenu disponible et même 20 % pour certains groupes de personnes. Toutes deux se sont engagées en faveur de l'initiative populaire, qui demande que les primes à la charge des personnes assurées ne dépassent pas 10 % de leur revenu disponible et prévoit d'inscrire cette valeur fixe dans la Constitution. L'initiative a également reçu le soutien des VERT-E-S. La majorité de la commission chargée de l'examen préalable a cependant rejeté l'initiative, préférant un contre-projet indirect allant moins loin que celle-ci. Les opposantes et les opposants à l'initiative ont déploré le fait que celle-ci porte uniquement sur le financement des primes et ne contienne aucune incitation à réduire les coûts de la santé. Par 121 voix contre 67, le Conseil national a recommandé le rejet de l'initiative.

La majorité de la commission a toutefois reconnu que des mesures étaient nécessaires en matière de primes d'assurances-maladie et de réduction des primes. Elle s'est ainsi prononcée en faveur du développement de l'actuel système de réduction des primes et d'un contre-projet indirect à l'initiative. Le groupe UDC a rejeté tant l'initiative que l'élaboration d'un contre-projet. Andreas Glarner (V, AG) a argué que la réduction des primes n'avait rien apporté, si ce n'est une hausse considérable des coûts. Par 134 voix contre 53, le conseil a décidé d'entrer en matière sur le contre-projet.

Le porte-parole de la commission, Thomas de Courten (V, BL), a relevé qu'il existait une divergence par rapport à la proposition du Conseil fédéral en ce qui concerne la prise en considération dans le calcul, par les cantons, des actes de défaut de biens pris en charge pour des primes non payées et de la réduction des primes pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Le Conseil fédéral propose en effet de ne pas prendre en considération les actes de défaut de biens, mais de tenir compte de la réduction des primes pour les prestations complémentaires. La majorité de la commission souhaite au contraire que les cantons puissent tenir compte, dans le montant total de la réduction des primes, des actes de défaut de biens pour des primes ou des participations aux frais non payées, mais pas de la réduction des primes pour les bénéficiaires des prestations complémentaires. Selon la loi sur les prestations complémentaires, celle-ci doit être financée séparément par la Confédération et les cantons. Cette solution occasionnerait dans l'ensemble des coûts supplémentaires à hauteur de 2,2 milliards de francs, 1,3 milliard de francs financés par la Confédération et 920 millions à la charge des cantons. Les coûts des réductions des primes s'élèveraient alors à environ cinq milliards de francs par an.

La majorité de la commission a soutenu la proposition du Conseil fédéral selon laquelle la réduction annuelle des primes d'un canton devait correspondre au moins à un pourcentage déterminé des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins sur son territoire. Ainsi, si les primes représentent moins de 10 % du revenu, ce pourcentage minimal s'élève à 5 % des coûts bruts, si les primes représentent 18,5 % ou plus du revenu, il s'élève à 7,5 % des coûts bruts. La commission a par ailleurs proposé que chaque canton

définisse lui-même la part maximale que les primes peuvent représenter dans le revenu disponible des personnes assurées résidant dans le canton.

Ruth Humbel (M-E, AG) a reconnu que cette solution au niveau de la loi coûtait cher, tout en soulignant l'importance de la réduction des primes pour l'équilibre social. Et de relever que la mise en œuvre de l'initiative serait bien plus onéreuse, estimant qu'elle occasionnerait des coûts supplémentaires de 4,5 milliards de francs au titre de la réduction des primes, dont 3 milliards devraient être supportés par la Confédération. Jörg Mäder (GL, ZH) a qualifié le contre-projet de la commission du Conseil national chargée de l'examen préalable de cohérent et considéré qu'il représentait une vraie alternative à l'initiative populaire. Pour Pierre-Yves Maillard (S, VD), le contre-projet est un bon compromis et un pas dans la bonne direction.

Finalement, le Conseil national a soutenu les propositions de la commission (prise en considération des actes de défaut de biens, mais pas de la réduction des primes pour les bénéficiaires de prestations complémentaires) et a approuvé le contre-projet par 119 voix contre 66. Le contre-projet a reçu le soutien du PS, des VERT-E-S, des Vert'libéraux, du Centre et d'une partie du PLR. Le groupe UDC et une majorité du groupe libéral-radical l'ont rejeté.

Le **Conseil des États** a d'abord examiné le contre-projet à l'initiative populaire. Le rapporteur de la commission Erich Ettl (M-E, OW) a expliqué que la commission avait élaboré un contre-projet proche du projet du Conseil fédéral et recommandait d'entrer en matière sur celui-ci. Benedikt Würth (M-E, SG) a proposé de ne pas entrer en matière, estimant que le contre-projet représentait un changement de paradigme non souhaité prenant la forme de directives édictées par la Confédération pour les cantons. Il considérait que la réduction des primes devait être du ressort des cantons, car ceux-ci étaient selon lui les mieux à même de déterminer ce qui est adéquat pour eux en fonction de leur situation individuelle. C'est justement ce que remettaient en question les partisans et les partis du contre-projet, faisant valoir que certains cantons du moins avaient largement revu à la baisse leur soutien ces dernières années. Marina Carobbio (S, TI) estimait que le contre-projet à l'initiative ne contrevenait pas aux principes du fédéralisme et craignait, si celui-ci n'aboutissait pas, qu'il ne se passe toujours rien dans les années à venir. La proposition de non-entrée en matière a réuni une majorité (22 voix contre 20). Outre le PLR et l'UDC, une partie du Centre a voté pour la non-entrée en matière.

Par conséquent, le **Conseil national** a dû se prononcer à nouveau sur la question de l'entrée en matière. Une majorité de la commission chargée de l'examen préalable a proposé d'entrer en matière sur l'objet et d'élaborer un contre-projet. Une minorité rassemblant des membres de l'UDC et du PLR ne souhaitait pas de contre-projet à l'initiative et a recommandé de suivre le Conseil des États. Par 106 voix contre 79 et 1 abstention, le Conseil national a, à nouveau, décidé d'entrer en matière.

Au **Conseil des États**, le rapporteur de la commission, Erich Ettl (M-E, OW), a proposé d'entrer en matière sur l'objet. Il a expliqué que, eu égard à la hausse des primes d'assurance-maladie, la majorité de la commission trouvait trop audacieux de se lancer dans la campagne contre l'initiative populaire sans contre-projet. Une minorité de la commission, représentée par Hannes Germann (V, SH), estimait que rien n'avait fondamentalement changé depuis la première décision du Conseil des États et a relevé que les directrices et directeurs cantonaux des finances étaient très inquiets. Cette fois, le Conseil des États est malgré tout entré en matière sur l'objet, par 24 voix contre 16 et 2 abstentions. Lors de la discussion par article, Peter Hegglin (M-E, ZG) a fait valoir que la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États avait allégé le projet : alors que la proposition du Conseil fédéral prévoyait des dépenses à hauteur de 493 millions de francs pour les cantons, celle de la commission ne prévoyait que 350 millions à la charge des cantons. Pour Hans Stöckli (S, BE), ce montant était trop faible. Il a appelé ses collègues à ne pas se montrer si regardants, considérant que le projet du Conseil national était une option tout à fait viable. Il a en outre rappelé que les réductions de primes avaient été introduites à l'époque pour atténuer les effets négatifs des primes par tête. Selon lui, il était honteux que les cantons essaient de se soustraire à leurs obligations, indiquant que dix d'entre eux avaient réduit leurs contributions ces dernières années.

Pour les cas où les primes représentent moins de 11 % du revenu, le Conseil des États a abaissé la part minimale de la réduction des primes à 3,5 % des coûts bruts, sur proposition de la commission et contre l'avis de la gauche et des VERT-E-S. Le Conseil fédéral et le Conseil national avaient proposé de la fixer à 5 %. S'opposant à la décision du Conseil national et à une proposition d'une minorité de la commission

représentée par Hans Stöckli (S, BE), le Conseil des États a par ailleurs suivi le Conseil fédéral, renonçant au financement séparé de la réduction des primes des bénéficiaires de prestations complémentaires et décidant de ne pas prendre en considération dans le calcul les actes de défaut de biens pour des primes non payées. Au vote sur l'ensemble, le Conseil des États a adopté son contre-projet par 26 voix contre 16 et 1 abstention. L'UDC ainsi que des membres du PLR et du Centre ont voté contre le contre-projet.

Dans le cadre de l'élimination des divergences, la commission du **Conseil national** chargée de l'examen préalable a recommandé à son conseil de se rallier au Conseil des États en ce qui concerne les dépenses des cantons au titre de la réduction des primes. Par 104 voix contre 86, le Conseil national a suivi cette proposition, selon laquelle les cantons devraient désormais consacrer à la réduction des primes l'équivalent d'entre 3,5 et 7,5 % des coûts de l'assurance obligatoire des soins, selon la charge que représentent les primes pour les personnes assurées. L'aile gauche du conseil et le PVL se sont engagés en vain pour le maintien de la proposition légèrement modifiée du Conseil national, qui prévoyait une contribution plus élevée de la Confédération et des cantons à la réduction des primes. Ils estimaient que les 356 millions de francs supplémentaires désormais proposés pour les cantons n'étaient pas suffisants et ne réglaient pas le problème de la charge que représentent les primes. Mattea Meyer (S, ZH) a qualifié la solution retenue de « mauvaise plaisanterie ». La majorité du conseil, constituée des groupes UDC, PLR, et d'une majorité du groupe du Centre, voyait dans le projet de la commission au contraire un grand pas. En outre, le Conseil national a suivi, par 106 voix contre 86, une minorité de commission représentée par Thomas de Courten (V, BL), qui estimaient que ce n'était pas au Conseil fédéral, mais, comme le proposait le Conseil des États, à chaque canton de fixer la part que peuvent représenter les primes dans le revenu disponible des personnes assurées.

Au **Conseil des États**, Erich Ettlin (M-E, OW) a proposé, au nom de la commission chargée de l'examen préalable, de recommander le rejet de l'initiative populaire. Cette proposition a reçu le soutien des représentantes et des représentants des partis bourgeois, qui ont pointé les coûts élevés qu'engendreraient la mise en œuvre de l'initiative et souligné que le contre-projet était la seule solution praticable, sans quoi il faudrait économiser des milliards dans d'autres domaines. Une minorité de la commission – Hans Stöckli (S, BE) et Maya Graf (G, BL) – a proposé de recommander l'acceptation de l'initiative. Hans Stöckli a rappelé que la population devait consacrer en moyenne 14 % de son revenu aux primes. À ses yeux, le contre-projet, trop modeste, ne constituait pas une alternative valable à l'initiative populaire. Le Conseil des États a suivi la majorité de la commission et recommandé, par 33 voix contre 11, le rejet de l'initiative.

**Au vote final, l'arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire « Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes) », qui recommande le rejet de cette dernière, a été adopté par le Conseil national et par le Conseil des États, respectivement par 123 voix contre 70 et 3 abstentions et par 32 voix contre 11 et 1 abstention.**

**Le contre-projet « loi fédérale sur l'assurance-maladie (réduction des primes) » a quant à lui été adopté par le Conseil national par 195 voix contre 0 et 1 abstention et par le Conseil des États par 41 voix contre 1 et 2 abstentions.**

**Voir aussi l'objet 21.067 :** Pour des primes plus basses. Initiative populaire et contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie).

## 2 Riassunto delle deliberazioni

### 21.063 «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)». Iniziativa popolare e controprogetto indiretto.

Messaggio del 17 settembre 2021 concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» e il controprogetto indiretto (modifica della legge sull'assicurazione malattie) [FF 2021 2383](#)

**La maggioranza dei membri delle due Camere ha riconosciuto la necessità di un intervento per alleggerire l'onere finanziario che grava sulla popolazione a causa degli elevati premi delle casse malati. L'iniziativa popolare – che chiede una cospicua riduzione dei premi – è tuttavia ritenuta la soluzione sbagliata poiché oltre ad essere estremamente costosa non risolve il problema dei costi della salute. Le spese supplementari in caso di accettazione dell'iniziativa si aggirerebbero intorno a 4,5 miliardi di franchi, dei quali 3 a carico della Confederazione. Entrambi i Consigli raccomandano di respingere l'iniziativa. D'accordo con la proposta del Consiglio federale di opporre un controprogetto indiretto a livello di legge, il Consiglio nazionale aveva deliberato, con il sostegno del PS, de I Verdi, del PVL e dell'Alleanza del centro, un ulteriore sostegno finanziario di circa 2,2 miliardi (di cui circa 900 mio. a carico dei Cantoni). Il Consiglio degli Stati aveva inizialmente deciso di non entrare in materia sul progetto, ma in seconda lettura aveva proposto un ulteriore sostegno finanziario da parte dei Cantoni pari a circa 360 milioni di franchi. Nel quadro dell'appianamento delle divergenze il Consiglio nazionale ha aderito, con i voti di UDC, PLR e Alleanza del centro, alla decisione della Camera alta.**

#### Contesto

Il 23 gennaio 2020 il Partito socialista svizzero ha depositato l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» corredata di circa 118 000 firme. L'iniziativa chiede che la Confederazione e i Cantoni sgravino gli assicurati dall'onere dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il Consiglio federale propone di respingere l'iniziativa e, con una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie come controprogetto indiretto, di obbligare i Cantoni a disciplinare la riduzione dei premi in modo che ogni anno corrisponda a una quota minima delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'Iniziativa per premi meno onerosi chiede che i premi a carico degli assicurati ammontino al massimo al 10 per cento del reddito disponibile. La riduzione dei premi deve essere finanziata per almeno due terzi dalla Confederazione e per l'importo rimanente dai Cantoni.

Oggi, la legge federale sull'assicurazione malattie obbliga i Cantoni a ridurre i premi degli assicurati di condizione economica modesta e stabilisce che la Confederazione accorda ai Cantoni un sussidio a tale scopo. Nel 2020, la Confederazione ha speso 2,9 miliardi di franchi e i Cantoni 2,6 miliardi di franchi per la riduzione dei premi.

Secondo il Consiglio federale, l'intento dell'iniziativa di sgravare gli assicurati di condizione economica modesta è comprensibile e il fatto che, negli ultimi anni, diversi Cantoni abbiano ridotto la quota con cui partecipano al finanziamento della riduzione dei premi costituisce un problema.

Tuttavia, se l'iniziativa sarà accettata, la Confederazione dovrà mettere a disposizione nettamente più fondi rispetto a quanto fatto sinora, perché sarà tenuta a finanziare almeno due terzi della riduzione dei premi. Nel contempo, dovrà pure sostenere costi che possono essere condizionati dai Cantoni. I Cantoni, infatti influenzano i costi ospedalieri attraverso la pianificazione ospedaliera e i costi ambulatoriali attraverso la gestione dell'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. Inoltre, dato che i premi aumentano in misura maggiore rispetto ai redditi, l'iniziativa comporterà rapidamente costi supplementari elevati per la Confederazione e i Cantoni. In più, si concentra esclusivamente sul finanziamento trascurando un altro aspetto importante: il contenimento dei costi.

Il Consiglio federale propone di respingere l'iniziativa per premi meno onerosi e di approvare il controprogetto indiretto consistente in una modifica della legge federale sull'assicurazione malattie. L'obiettivo è obbligare i Cantoni a disciplinare la riduzione dei premi in modo che corrisponda a una quota minima delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie degli assicurati domiciliati nel loro territorio. In questo modo saranno incentivati a contenere le loro spese lorde. L'entità della quota deve dipendere dalla misura in cui i premi dopo la riduzione gravano sugli assicurati con i redditi più bassi nel Cantone interessato. I Cantoni potranno continuare a stabilire come organizzare la riduzione dei premi.

Stando alle stime dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) presentate nel messaggio, i costi supplementari a carico dei Cantoni generati dal controprogetto ammontano, per il 2024, a circa 600 milioni di franchi. Se l'iniziativa venisse accolta, questi costi ammonterebbero a 1,1 miliardi di franchi.

(Fonte: messaggio e comunicato stampa del Consiglio federale del 17.9.2021)

## Deliberazioni

Nel corso del lungo dibattito in **Consiglio nazionale** molti oratori hanno ribadito come i premi delle casse malati rappresentino un onere sempre più gravoso per la popolazione svizzera e che, come ricordato da Mattea Meyer (S, ZH), esso diventa vieppiù insostenibile in particolare per i redditi medio-bassi. Barbara Gysi (S, SG) ha rammentato che i premi delle casse malati assorbono mediamente il 14 per cento del reddito; nel caso di alcuni gruppi di persone, anche fino al 20 per cento. Entrambe le consigliere nazionali si sono pertanto dette favorevoli ad una norma costituzionale che, come chiesto con l'iniziativa popolare, fissi un tetto massimo per i premi delle casse malati pari al 10 per cento del reddito disponibile. A favore dell'iniziativa si sono pronunciati anche i partiti ecologisti. Una maggioranza della Commissione ha tuttavia respinto l'iniziativa preferendole un controprogetto indiretto meno ambizioso. Per gli oppositori, l'iniziativa popolare si concentra sul finanziamento dei premi e non fornisce alcun incentivo al contenimento dei costi della salute. Con 121 voti contro 67 il Consiglio nazionale ha proposto di respingere l'iniziativa.

Una maggioranza della Commissione ritiene tuttavia necessario intervenire sul fronte dei premi delle casse malati e della loro riduzione e si è pertanto pronunciata a favore di un aumento di tali riduzioni nell'ambito di un controprogetto indiretto. Soltanto il gruppo UDC si è opposto sia all'iniziativa che all'elaborazione di un controprogetto poiché, secondo Andreas Glarner (V, AG) a parte provocare un massiccio incremento dei costi, ad oggi la riduzione dei premi non è servita a nulla. Con 134 voti contro 53 il Consiglio ha deciso l'entrata in materia.

Il portavoce della Commissione, Thomas de Courten (V, BL), ha precisato che la Commissione non condivide la proposta del Consiglio federale riguardante gli attestati di carenza dei Cantoni per premi non versati e la riduzione dei premi per i beneficiari di prestazioni complementari. Mentre il Consiglio federale ha proposto di non tenere conto degli attestati di carenza, ma di considerare le riduzioni, la maggioranza della Commissione ha auspicato una soluzione diametralmente opposta. A suo avviso, nell'importo totale per la riduzione dei premi i Cantoni devono poter computare gli attestati di carenza per i premi non versati e per la partecipazione ai costi e ignorare invece la riduzione dei premi per i beneficiari di prestazioni complementari. A quest'ultima la Confederazione e i Cantoni destinerebbero un finanziamento separato in virtù della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Complessivamente, l'aumento delle spese sarebbe pari a 2,2 miliardi franchi, di cui 1,3 miliardi a carico della Confederazione e 920 milioni a carico dei Cantoni. Allo stato attuale l'importo destinato annualmente alla riduzione dei costi è di circa 5 miliardi.

La maggioranza della Commissione ha sostenuto la disposizione proposta dal Consiglio federale nel suo disegno secondo cui in ogni Cantone la riduzione dei premi deve corrispondere, complessivamente e per anno civile, a una determinata quota minima delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per gli assicurati domiciliati nel Cantone. Se i premi rappresentano meno del 10 per cento del reddito, la quota minima ammonta al 5 per cento delle spese lorde; se rappresentano invece il 18,5 per cento o più, la quota minima è del 7,5 per cento. Ha poi proposto di prevedere che siano i Cantoni a stabilire la quota massima che i premi possono rappresentare rispetto al reddito disponibile degli assicurati domiciliati nel Cantone.

Pur reputando il controprogetto indiretto una proposta alternativa costosa, Ruth Humbel (M-E, AG) ritiene che la riduzione dei premi rappresenti un provvedimento importante per garantire l'equilibrio sociale, oltre ad essere una soluzione più economica rispetto a quella proposta con l'iniziativa. Essa stima che le spese

aggiuntive di quest'ultima ammonterebbero a circa 4,5 miliardi di franchi, di cui 3 a carico della Confederazione. Per Jörg Mäder (GL, ZH) il controprogetto indiretto scaturito dall'esame preliminare della Commissione rappresenta un insieme organico e una reale alternativa all'iniziativa popolare. Pierre-Yves Maillard (S, VD) ha giudicato il controprogetto un buon compromesso e un passo nella giusta direzione.

Con 119 voti contro 66 e due astensioni il Consiglio nazionale ha accolto il controprogetto e ha così aderito alla proposta della propria Commissione di considerare gli attestati di carenza, ma non la riduzione dei premi per i beneficiari di prestazioni complementari. Il controprogetto è stato sostenuto dal PS, da I Verdi, dal PVL, dall'Alleanza del centro e da una parte del PLR. Vi si sono opposti il Gruppo dell'UDC e una maggioranza dei Liberali Radicali.

Il dibattito in seno al **Consiglio degli Stati** ha riguardato innanzitutto il controprogetto. Il portavoce della Commissione Erich Ettlin (M-E, OW) ha raccomandato di entrare in materia difendendo la vicinanza del controprogetto al disegno del Consiglio federale. Benedikt Würth (M-E, SG), invece, ha chiesto la non entrata in materia poiché a suo avviso si assisterebbe a un cambio di paradigma indesiderato. Si introdurrebbero infatti prescrizioni federali in un ambito – quello della riduzione dei premi – che deve restare di competenza dei Cantoni, poiché sono questi a poter meglio valutare quale sia la soluzione più opportuna per la propria realtà territoriale. Proprio questo aspetto è invece criticato dai sostenitori del controprogetto, alla luce del fatto che alcuni Cantoni, negli ultimi anni, hanno drasticamente ridotto i loro contributi. Marina Carobbio (S, TI) ha definito il controprogetto innocuo per il federalismo e importante per evitare che di nuovo, nell'ambito in questione, nei prossimi anni non succeda nulla. Con i voti del PLR, dell'UDC e di una parte dell'Alleanza del centro (22 voti contro 20) il Consiglio degli Stati ha deciso la non entrata in materia.

A seguito della decisione della Camera alta, il **Consiglio nazionale** ha dovuto deliberare nuovamente sull'entrata in materia. Una maggioranza della Commissione ha proposto l'entrata in materia e dunque l'elaborazione di un controprogetto. Una minoranza, composta di rappresentanti dell'UDC e del PLR, si è invece detta contraria e ha proposto di confermare la decisione della Camera alta. Con 106 voti contro 79 e una astensione il Consiglio nazionale ha ribadito la propria decisione iniziale di entrata in materia.

Il progetto è dunque tornato al **Consiglio degli Stati** dove il portavoce della Commissione Erich Ettlin (M-E, OW) ha invitato i colleghi a votare per l'entrata in materia. La maggioranza della Commissione ha ritenuto azzardato, alla luce del continuo aumento dei premi delle casse malati, lanciarsi nella campagna sull'iniziativa popolare senza un controprogetto. Per una minoranza della Commissione, rappresentata da Hannes Germann (V, SH), invece non vi era motivo di tornare sulla decisione presa dal Consiglio degli Stati in prima lettura, non essendo emersi elementi nuovi e tenuto conto della profonda preoccupazione nutrita dai direttori cantonali delle finanze. Con 24 voti a favore, 16 contrari e 2 astensioni, tuttavia, il Consiglio degli Stati ha ribaltato la propria posizione iniziale e ha deciso l'entrata in materia. Nel corso della deliberazione di dettaglio Peter Hegglin (M-E, ZG) ha sottolineato come l'intervento della Commissione della sanità abbia consentito di snellire il progetto riducendo le spese a carico dei Cantoni dai 493 milioni previsti nel disegno del Consiglio federale a circa 350 milioni. Troppo pochi ha dichiarato Hans Stöckli (S, BE), che ha invitato i propri colleghi a non essere di maniche strette e ha difeso il progetto del Consiglio nazionale evidenziandone la praticabilità. Hans Stöckli ha anche ricordato che la riduzione dei premi è stata introdotta a suo tempo per attutire gli effetti negativi del premio individuale (una sorta di tassa pro-capite) e che è dunque inaccettabile il comportamento di quei Cantoni che si sottraggono alle proprie responsabilità. Negli ultimi anni ben dieci Cantoni hanno decurtato i propri contributi.

Su proposta della propria Commissione e contrariamente al parere dei partiti ecologisti e di sinistra, il Consiglio degli Stati ha deciso di diminuire al 3,5 per cento la quota minima della riduzione delle spese lorde dell'assicurazione malattie per i casi in cui i premi rappresentino meno dell'11 per cento del reddito. Il Consiglio federale e il Consiglio nazionale avevano proposto il 5 per cento. Inoltre, diversamente da quanto deciso dal Consiglio nazionale e contrariamente alla proposta di una minoranza della Commissione, rappresentata da Hans Stöckli (S, BE), il Consiglio degli Stati ha aderito al disegno del Consiglio federale respingendo l'idea di un finanziamento separato della riduzione dei premi per i beneficiari di prestazioni complementari e rinunciando a tenere conto degli attestati di carenza per i premi non versati ai fini del calcolo di tali riduzioni. Nella votazione sul complesso il Consiglio degli Stati ha adottato il suo controprogetto con 26 voti a favore, 16 contrari (UDC e membri del PLR e dell'Alleanza del centro) e un'astensione.

Nel quadro dell'appianamento delle divergenze il **Consiglio nazionale** ha seguito con 104 voti contro 86 la raccomandazione della propria Commissione di aderire alla decisione della Camera alta, secondo cui, a seconda della percentuale dei premi rispetto al reddito, i Cantoni devono destinare alla riduzione dei premi una quota compresa tra il 3,5 e il 7,5 per cento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La sinistra e il PVL hanno tentato inutilmente di imporre la proposta leggermente modificata del Consiglio nazionale a favore di un contributo della Confederazione e dei Cantoni leggermente superiore sostenendo che i 356 milioni aggiuntivi previsti per i Cantoni rappresentano una soluzione insufficiente che non tiene conto del problema dell'onere rappresentato dai premi per l'assicurazione malattie. Mattea Meyer (S, ZH) ha parlato di uno scherzo di cattivo gusto, mentre la maggioranza della Camera, ovvero rappresentanti dell'UDC, del PLR e di una maggioranza del Gruppo del Centro, ha definito la proposta della Commissione un passo importante. Con 105 voti contro 86 il Consiglio nazionale ha accolto la proposta di una minoranza della propria Commissione, rappresentata da Thomas de Courten (V, BL), secondo cui deve essere ogni singolo Cantone e non il Consiglio federale a definire la quota massima che i premi possono rappresentare rispetto al reddito disponibile.

Al **Consiglio degli Stati** Erich Ettlin (M-E, OW) ha proposto, in nome della Commissione, di raccomandare la reiezione dell'iniziativa. La proposta è stata sostenuta da rappresentanti dei partiti borghesi, che hanno ammonito dagli elevati costi che deriverebbero dall'attuazione dell'iniziativa e che hanno difeso il controprogetto come l'unica via percorribile per evitare di dover procedere a tagli miliardari in altri settori. Una minoranza della Commissione – Hans Stöckli (S, BE) e Maya Graf (G, BL) – hanno invece proposto di raccomandare l'accettazione dell'iniziativa definendo il controprogetto modesto e incapace di offrire una valida alternativa. Hans Stöckli ha infine ricordato che attualmente la popolazione spende in media il 14 per cento del proprio reddito per pagare i premi dell'assicurazione malattie. Il Consiglio degli Stati ha seguito la maggioranza della Commissione e ha deciso con 33 voti contro 11 di raccomandare la reiezione dell'iniziativa popolare.

**Nella votazione finale il decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)», con il quale si raccomanda di respingere l'iniziativa, è stato approvato dal Consiglio nazionale con 123 voti contro 70 e tre astensioni e dal Consiglio degli Stati con 32 voti contro 11 e una astensione.**

**Il controprogetto indiretto «Legge federale sull'assicurazione malattie (Riduzione dei premi)» è stato approvato dal Consiglio nazionale con 195 voti a favore, nessuno contrario e un'astensione e dal Consiglio degli Stati con 41 voti a favore, uno contrario e due astensioni.**

**Cfr. anche oggetto 21.067:** Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi). Iniziativa popolare e controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative  
und indirekter Gegenvorschlag****Maximum 10 pour cent du revenu  
pour les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des primes).  
Initiative populaire  
et contre-projet indirect***Erstrat – Premier Conseil*

## CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

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

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

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

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

Der Entwurf des Gegenvorschlages des Bundesrates sieht deshalb vor, dass jeder Kanton einen Beitrag zur Prämienverbilligung leistet, der einem Mindestprozentsatz der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpfle-







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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1208 / BO 2022 N 1208

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

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

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

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

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





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

**de Courten** Thomas (V, BL), für die Kommission: Es war der Kommission des Nationalrates eben ein Anliegen, in ihrem Gegenvorschlag den Ausgleich zu schaffen zwischen den Kantonen, die heute weniger Prämienverbiligung zahlen, und denjenigen, die das volle Ausmass bereits ausschöpfen. Entsprechend ergeben sich auch Differenzen in der Neugestaltung und Umsetzung dieses Gegenvorschlages für die Kantone.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce pourcentage dépendra de la charge que les primes font peser sur les 40 pour cent des assurés aux revenus les plus bas. La contribution fédérale, qui est déjà, comme on l'a vu, liée aux coûts, resterait en revanche inchangée. Si le montant des primes à payer représente moins de 10 pour cent du revenu, le pourcentage



minimal des coûts bruts s'élève à 5 pour cent. Si le montant des primes d'assurance-maladie représente 18,5 pour cent ou plus du revenu, le pourcentage minimal s'élève à 7,5 pour cent, comme le subside de la Confédération. Entre ces limites, le pourcentage augmente de manière linéaire. Les deux premières années après l'entrée en vigueur, il ne s'élève qu'à 5 pour cent pour tous les cantons.

Le contre-projet du Conseil fédéral devrait ainsi permettre d'agir plus efficacement et durablement sur la charge financière que représentent les primes pour le budget des ménages. Il incite en plus les cantons à maîtriser les coûts bruts. Selon les estimations de l'Office fédéral de la santé publique, les coûts supplémentaires à la charge des cantons s'élèvent, si l'on se base sur l'année 2020, à environ 490 millions francs.

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

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

**AB 2022 N 1209 / BO 2022 N 1209**

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

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

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

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

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

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

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

Est-ce trop? Oui, permettez-moi de reprendre la métaphore, si on oublie les buts marqués lors de la première mi-temps du match, il y a deux semaines, concernant les objectifs en matière de coûts et de qualité. Non, si on s'engage à faire aboutir le plus rapidement possible d'autres réformes comme EFAS – financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires –, la régulation des prix des médicaments ou encore le fameux article 47c la loi sur l'assurance-maladie qui porte sur les conventions entre partenaires tarifaires étendues aux



cantons. Non encore, si l'on considère que cet automne, les citoyens, tous assurés et contribuables comme vous et moi, devront faire face à une hausse des primes d'environ 8 pour cent, à l'augmentation du prix de l'essence et de l'électricité et probablement à une forte inflation.

La majorité de la commission vous recommande, premièrement, par 17 voix contre 8, de rejeter l'initiative populaire. Une minorité de gauche soutiendra de toute évidence sa propre initiative. Deuxièmement, elle vous invite, par 16 voix contre 9, à accepter le contre-projet indirect élaboré en commission. Une minorité estime qu'un pourcentage fixe du revenu crée de fausses incitations dans la mesure où l'on pourrait renoncer volontairement à un revenu pour bénéficier de fonds publics. De plus, elle rappelle que la planification et le financement des prestations de santé ainsi que la réduction des primes d'assurance-maladie sont avant tout une affaire cantonale et que les réglementations du contre-projet n'ont pas leur place au niveau national.

Mais vous l'aurez compris, ces arguments ne devraient pas peser bien lourd au moment où l'on joue ici, sur le terrain du Parlement, l'une des parties les plus importantes de la législature: celle d'un système de santé accessible à toutes et à tous.

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1210 / BO 2022 N 1210

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





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

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

Ich bitte Sie sehr, die Volksinitiative zu unterstützen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wir bitten Sie, in erster Linie dieser Minderheit zuzustimmen.

Sollte dies nicht möglich sein, gibt es als Variante die Minderheit II (de Courten). Hier geht es darum, dass insbesondere mindestens die Schuldzinsen angerechnet werden könnten – nein, nicht die Schuldzinsen, Entschuldigung, das ist falsch. Sie sehen, ich bin nicht ganz im Detail vorbereitet, aber Sie wissen, was ich meine. (*Zwischenruf des Kommissionssprechers: Die Verlustscheine!*) Die Verlustscheine – mir ist das Wort nicht in den Sinn gekommen. (*Heiterkeit*) Jetzt wissen Sie, worum es geht, es ist nämlich etwas kompliziert. In den



verschiedenen Varianten geht es darum, ob die Ergänzungsleistungen separat ausgewiesen oder angerechnet werden. Wenn sie nicht angerechnet werden können, kostet es mehr. Es geht im Antrag der Minderheit II (de Courten) auch darum, ob die Verlustscheine – danke, Herr Kommissionssprecher – von jenen, die nicht zahlen, angerechnet werden oder nicht. Wir möchten natürlich, dass sie angerechnet werden und somit der Betrag jeweils weniger hoch ausfällt.

Dann liegt bei Artikel 65 Absatz 6 ein Antrag der Minderheit Aeschi Thomas vor: "Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Diese Angaben umfassen auch die Staatsbürgerschaft." Wir möchten hier, dass klar ist, wer diese Bezüge macht. Der Bundesrat soll die nötigen Vorschriften erlassen. Ich glaube, es ist sachgerecht, dass wir wissen, welche Staatsbürgerschaft die Leute haben, die hier profitieren.

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1211 / BO 2022 N 1211

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

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

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

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

Le compromis comporte trois points. D'abord, on ne tient plus compte des prestations complémentaires pour la réduction des primes d'assurance-maladie. Les prestations complémentaires n'ont rien à voir là-dedans;



elles relèvent de la politique sociale. La réduction des primes d'assurance-maladie est un correctif d'un impôt injuste, un correctif voulu par le Parlement. Celui qui demande une réduction de sa prime d'assurance-maladie ne fait pas une demande sociale. Il demande simplement qu'on corrige le montant de sa prime pour tenir compte de sa capacité contributive s'il appartient à la classe moyenne ou vit dans une famille avec plusieurs personnes à charge.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meyer Mattea (S, ZH):** Wir haben es heute schon mehrfach gehört, und wir werden es heute und morgen sicherlich auch noch mehrfach hören: Immer mehr Menschen sind am Ende des Monats knapp bei Kasse.



Sommerferien rücken in einer solchen Situation in weite Ferne. Die Löhne steigen kaum, während die Belastungen zunehmen. Das sind Belastungen, denen die Menschen nicht ausweichen können – Belastungen wie Mieten, aber eben auch Krankenkassenprämien, die zwingend zu bezahlen sind. Eine vierköpfige Familie zahlt in diesem Land locker 1000 Franken Prämien pro Monat.

Ja, es ist richtig, dass die Krankenversicherung in den 1990er-Jahren obligatorisch gemacht wurde. Nur wurde bei der Einführung eine Besonderheit beschlossen, für die die Menschen heute teuer bezahlen. Bei allen anderen Sozialversicherungen werden die Prämien nämlich solidarisch finanziert, entweder über Steuern oder über einkommensabhängige Beiträge. Nicht so bei den Krankenkassenprämien, hier sind es Pro-Kopf-Prämien. Das heisst, die alleinstehende Rechtsprofessorin zahlt die genau gleiche Prämie wie eine alleinerziehende Pflegefachfrau.

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

AB 2022 N 1212 / BO 2022 N 1212

Hand eingreifen und die weiteren Kosten via Prämienverbilligungen finanzieren. Davon, das wissen wir alle, sind wir heute meilenweit entfernt. Während die Löhne stagnieren, haben sich die Prämien in den letzten zwanzig Jahren verdoppelt. Die Menschen wurden und werden alleingelassen. Während hier in diesem Rat für Steuergeschenke für Konzerne immer Geld da ist, hat man den Menschen jahrelang gesagt: "Für euch haben wir kein Geld, das können wir nicht finanzieren – ihr müsst halt selber schauen, wo ihr Abstriche machen könnt, wenn die Prämien steigen."

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

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

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

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

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





arriver à la certitude, en 2001, que "le développement des coûts, au niveau des prix, est largement sous contrôle".

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

Avec son initiative d'allègement des primes, le Parti socialiste reconnaît l'erreur législative de la LAMal et l'échec du projet porté par son ancienne ministre de la santé. D'accusateur envers celles et ceux qui avaient anticipé la hausse des primes qu'allait impliquer une médecine étatisée, le Parti socialiste se présente aujourd'hui en pompier pyromane avec son initiative.

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

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

Le principal souci que cause l'initiative est flagrant.

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1213 / BO 2022 N 1213

Prozent des verfügbaren Einkommens soll die Prämie betragen dürfen.

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

Die Initiative ist damit zu extrem. Die Mitte-Fraktion lehnt eine derart massive Aufstockung der Prämienverbilligung durch den Bund klar ab. Der Bund bezahlt jedes Jahr einen Beitrag an die individuellen Prämienverbil-



ligungen (IPV). Seit der Einführung des neuen Finanzausgleichs sind es jährlich 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenversicherung. Weil die Kosten jährlich steigen, wird auch der Bundesbeitrag jedes Jahr erhöht, während einige Kantone ihren Anteil an der Prämienverbilligung in den letzten Jahren gar reduziert haben.

Die Kantone tragen indes im Rahmen ihrer Zuständigkeiten die Verantwortung für das kantonale Kosten- und Prämienniveau und damit auch für die kantonale Prämienhöhe. Der Bund definiert die Pflichtleistungen gemäss KVG. Die Kantone genehmigen oder verfügen Tarife und Preise. Sie machen die Spitalplanung und haben neu mit der Zulassungssteuerung auch die Kompetenz, im ambulanten Bereich zu steuern und allfällige Überkapazitäten zu unterbinden.

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

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

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

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

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

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

Wenn wir aufgrund der aktuellen Wirtschaftslage ein Entlastungsprogramm für die Bevölkerung ins Auge fassen, ihr die Kaufkraft erhalten und stärken wollen, dann tun wir das am besten über die Prämienverbilligung.



Wenn die Prämienverbilligung nämlich etwas grosszügiger ausgestaltet wird, damit auch mittelständische Familien, Einzelpersonen, Rentnerinnen und Rentner eine IPV erhalten, bleibt diesen mehr Geld für den Konsum. Die Prämienverbilligung ist ein zielführender Ansatz, um Haushalte zu entlasten und die Kaufkraft zu stärken. Neben dieser zentralen Bestimmung in Artikel 65 Absatz 1sexies KVG und der Anpassung des ELG unterstützt die Mitte-Fraktion auch die übrigen Anträge der Kommissionsmehrheit. Der bundesrätliche Entwurf des indirekten Gegenvorschlages nimmt die Kantone stärker in die Pflicht und bindet ihren Beitrag an die Einkommenshöhe. Übersteigen die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens, so muss der Kanton ebenfalls 7,5 Prozent der Bruttokosten einsetzen. Damit läge der Kantonsanteil auf dem Niveau der IPV-Gelder des Bundes. Der Forderung der Kantone, künftig auch Verlustscheine für die Prämienausstände ihrer Kantonseinwohnerinnen und -einwohner über Prämienverbilligungen abzurechnen, stimmen wir zu. Es geht da um insgesamt 400 Millionen Franken, also gut 1 Prozent der OKP-Bruttokosten. Anders als bei der Initiative wird im indirekten Gegenvorschlag das Sozialziel nicht auf Bundesebene definiert, sondern es wird den Kantonen überlassen, ein Sozialziel zu definieren. Der Bund bestimmt, wie das verfügbare Einkommen und die Steuern ermittelt werden.

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

AB 2022 N 1214 / BO 2022 N 1214

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

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

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

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

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

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

Nun zum indirekten Gegenvorschlag: Bildlich gesprochen sollten wir eine Kröte schlucken. Die grüne Fraktion wird zwar auf den Gegenvorschlag eintreten, aber bevorzugt es, die Kröte in einen Froschkönig zu verwandeln,



bei dem sich das Küssen lohnt, und damit meinen die Grünen die Initiative.

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

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

2. Was geschieht, wenn die Kantone ihren Job nicht machen? Gemäss den Übergangsbestimmungen übergeben wir dann die saure Gurke dem Bundesrat und beauftragen ihn damit, den Anteil der Prämien am verfügbaren Einkommen für die Bevölkerung im säumigen Kanton festzulegen. Die Grünen hätten es bevorzugt, wenn der Prozentsatz gemäss Initiative für die säumigen Kantone gelten und nicht dem Bundesrat eine Carte blanche gegeben würde.

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

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

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

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

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

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

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



## AB 2022 N 1215 / BO 2022 N 1215

Selon le groupe des Verts, la solution serait de viser une réduction du montant des primes d'assurance-maladie et de supprimer la prime par tête. Il est souhaitable, du point de vue de la politique sociale, que la part des coûts financée par les impôts pour les prestations de l'assurance obligatoire des soins augmente par rapport aux primes d'assurance-maladie. Alors que les primes pour l'assurance obligatoire des soins finançaient encore moins de 30 pour cent des coûts lors de l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie, elles en financent aujourd'hui près de 38 pour cent. Si nous ne finançons toujours que 29,9 pour cent des soins de santé par le biais des primes comme en 1996, le montant des primes serait aujourd'hui inférieur de 21 pour cent. Les primes augmentent aussi parce que nous finançons de plus en plus la santé par le biais des primes.

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

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

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

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

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

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

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

Zum einen definiert die Volksinitiative den Begriff "verfügbares Einkommen" nicht genau. Je nach Blickpunkt kann das ein Vor-, aber auch ein Nachteil sein. Des Weiteren ist die Deckelung bei 10 Prozent ein Fehlanreiz. Für 10 Prozent des Einkommens bekommt man Zugang zu einem All-you-can-eat-Buffer an Gesundheitsleistungen. Klar, das ist etwas überspitzt formuliert, und bei Weitem nicht alle werden mit einer solchen Mentalität



durch die Welt gehen. Aber der Fehlanreiz ist trotzdem da, und dieser wird sicherlich nicht dafür sorgen, dass die Leute das Gesundheitssystem mit Achtsamkeit in Anspruch nehmen.

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

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

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

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

AB 2022 N 1216 / BO 2022 N 1216

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

AB 2022 N 1217 / BO 2022 N 1217

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1218 / BO 2022 N 1218

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

In diesem – so muss man es sagen – etwas paradoxen Umfeld nun konkrete Lösungen zu finden, ist entsprechend nicht einfach. Grosses Einsparpotenzial läge hingegen nur schon bei der Verlagerung stationärer



Leistungen in den ambulanten Bereich. Ambulante Behandlungen sind massiv günstiger und aus Sicht der Patientin oder des Patienten vielfach auch angenehmer. Zudem müssten alle Leistungen viel klarer an den sogenannten WZW-Kriterien – also Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit – ausgerichtet werden. Behandlungen, die dem nicht entsprechen, wären nicht mehr von der Grundversicherung zu begleichen. Wir bezahlen immer noch zu viele unnötige und teure Behandlungen, die den Patientinnen und Patienten gar keinen Nutzen bringen.

Die Patientinnen und Patienten müssen deshalb stärker in den Behandlungsprozess einbezogen und besser aufgeklärt werden. Sie müssen wissen, was eine Behandlung kostet, und sie müssen die Kosten überprüfen können. Dann werden sie auch mehr Verantwortung übernehmen. Falsch ist es hingegen, die Krankenkassenprämien immer mehr zu subventionieren, wie es die Initiative will, und damit die Gesundheitskosten einfach auf anderem Weg auf die ganze Bevölkerung zu überwälzen. Die höheren Steuern, die damit nämlich verbunden sind, werden die Haushalte ebenfalls zusätzlich belasten.

Aus diesen Gründen ist die Initiative klar und deutlich abzulehnen.

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

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

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

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

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

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

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

Ein weiterer wichtiger Kostentreiber ist der immense Ausbau der Spitalbauten für Hunderte von Millionen Franken. Richtig wäre eine Regionalisierung und Beschränkung der Spitäler auf wenige spezialisierte Zentrumsspitäler mit differenzierter Infrastruktur. Nicht jedes Spital muss alles anbieten. Kleine Regionalspitäler könnten



redimensioniert werden und nur noch als Notfallaufnahme und allenfalls für einfachere ambulante Eingriffe benutzt werden.

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1219 / BO 2022 N 1219

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

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

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

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

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

**Prelicz-Huber Katharina (G, ZH):** Schauen wir uns die Welt an, können wir feststellen, dass wir das Glück haben, in der Schweiz ein gutes Gesundheitswesen für alle zu haben. Es ist aber ein teures System: über 80 Milliarden Franken pro Jahr oder etwa 11 Prozent des BIP oder rund 10 000 Franken pro Person und Jahr – aber nicht etwa, wie es die Kollegin vorhin gesagt hat, weil wir im weltweiten Vergleich zu viel zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Wir meinen seitens der Grünen auch: Wir können uns ein gutes Gesundheitswesen leisten.



Unschön sind Fehlanreize wie derjenige, dass eine Operation rentiert und die Pflege nicht und damit unnötig operiert wird. Unschön ist, dass via Privatkrankenkasse sehr viel verdient werden kann und wir viel zu teure Medikamente oder teilweise zu hohe Löhne von Fach- und Chefärzten oder auch Direktoren haben, dafür aber zu tiefe Löhne in der Pflege. Ein grosses Problem ist auch, dass immer mehr über die Krankenkassenprämien bezahlt werden muss und immer weniger seitens der öffentlichen Hand. Wären die Kosten via Staat bezahlt, wäre das angesichts von progressiven Steuern enorm viel fairer. Das heisst, wer wenig verdient, zahlt auch wenig bei den Gesundheitskosten; wer mehr verdient, zahlt mehr. Das ist relativ einfach, wenn wir das als Service public verstehen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Ziel muss sein, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken, und nicht, sie umzuverteilen. Bereits heute



gilt das Solidaritätsprinzip. Die Steuerzahler kommen für die Ausgaben für die individuelle Prämienverbilligung von aktuell 5,4

AB 2022 N 1220 / BO 2022 N 1220

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

In meinem Wohnkanton Solothurn beträgt die Richtprämie der Krankenversicherung pro erwachsene Person ab 26 Jahren 4032 Franken. Ein Haushalt mit zwei Erwachsenen, ohne Kinder, und einem Jahreseinkommen von 51 000 Franken hat den Grenzwert des satzbestimmenden Einkommens bereits überschritten und hat darum kein Anrecht auf Prämienverbilligung. Dieses Paar muss sage und schreibe 15,8 Prozent seines Jahreseinkommens für die Prämien der obligatorischen Krankenversicherung aufbringen. Nehmen wir an, im Haus nebenan wohne ebenfalls ein Paar ohne Kinder, das zusammen ein Jahreseinkommen von 670 000 Franken erzielt, Vermögenserträge mit eingerechnet. Dieses Paar zahlt gerade mal 1,2 Prozent seines Einkommens für die Prämien.

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

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

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

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

**AB 2022 N 1221 / BO 2022 N 1221**

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

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

**Dandrès** Christian (S, GE): L'initiative que nous traitons aujourd'hui est l'une des plus importantes de la législature et elle est fondamentale à deux titres. Tout d'abord, elle répond à l'une des préoccupations majeures de la population. Ensuite, elle le fait d'une certaine manière: elle est axée sur la satisfaction des besoins de la population. Or, aujourd'hui, cet aspect n'est pas pris en considération parce que le système de financement de cette assurance sociale exclut beaucoup de personnes de l'accès aux soins. Les coûts sont trop élevés,



les personnes sont contraintes de prendre des franchises trop élevées également, et dès lors elles renoncent à se faire soigner. Sans compter que le catalogue des prestations n'inclut pas un volet fondamental: les soins dentaires.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

È chiaro che il tema dei premi è importante. Per questo è accettabile che per sgravare le famiglie che sono in qualche modo oppresse dai costi sanitari, talvolta anche insostenibili, l'ente pubblico intervenga a più livelli. Tuttavia questo non può e non deve diventare il sistema per evitare di affrontare il vero tema, quello del consolidamento dei costi, che, come detto prima, galoppiano, diventando in poco tempo insostenibili.

Non dobbiamo farci delle illusioni: il progresso tecnologico, l'allungamento della vita e il conseguente invecchiamento della popolazione sono aspetti positivi, sono conquiste enormi della nostra società, ma allo stesso tempo creano una sfida enorme legata al finanziamento del sistema sanitario.

La soluzione proposta dall'iniziativa è quindi assolutamente da respingere. È una soluzione deresponsabilizzante che toglie agli attori coinvolti la consapevolezza dei costi che generano, perché crea un plafone al contributo ai costi.

AB 2022 N 1222 / BO 2022 N 1222

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit der Einführung des KVG wurden 1996 die individuellen Prämienverbilligungen eingeführt. Die Nachteile der Einheitsprämien, wonach diese unabhängig von den ökonomischen Möglichkeiten sind und die Bezahlung





obligatorisch ist, sollten damit ausgeglichen werden. Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung erfolgte dann 2008 die Änderung in der Finanzierung. Der Bundesbeitrag an die Verbilligung ist nicht länger von der Finanzkraft der Kantone abhängig, sondern beträgt seither 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Die Kantone ergänzen das dann nach Gutdünken.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1223 / BO 2022 N 1223

C'è poi anche il problema dei premi che variano da cantone a cantone. Questo sistema sta penalizzando i cantoni con una popolazione anziana sopra la media. Si creano disparità tra "cantoni giovani" e "cantoni meno giovani". Sono disparità dovute anche a differenti dinamiche di sviluppo economico che favoriscono i cantoni





centrali. Questi attirano i giovani e con essi i buoni rischi che poi mancano ai cantoni periferici, alimentando la crescita dei premi.

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

**Weber Céline** (GL, VD): Lors d'un débat qui s'est tenu durant la préparation des élections cantonales vaudoises, un député du Parti socialiste, le même parti qui nous propose aujourd'hui de plafonner à 10 pour cent du revenu la part consacrée au paiement des primes d'assurance-maladie, avait tenu ces propos: "Depuis que, dans le canton de Vaud, on a plafonné à 10 pour cent du revenu les primes d'assurance-maladie, on ne parle plus du problème de la hausse des primes, car le problème a été résolu." Vous avez bien entendu: le problème a été résolu! La magie vaudoise! Mais comment peut-on oser prétendre que la hausse constante des primes est résolue comme par magie grâce à un plafonnement à 10 pour cent, le reste étant pris en charge par le canton?

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

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

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

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

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

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

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

Durant cette session, il est beaucoup question de pallier les risques liés au renchérissement en lien avec la guerre en Ukraine qui provoque des difficultés d'approvisionnement en énergie et en différentes matières premières. Or, parmi les mesures destinées à renforcer le pouvoir d'achat des personnes à revenus modestes



et moyens, figure la réduction des primes d'assurance-maladie. De plus, avec la hausse brutale des primes qui s'annonce pour cet automne, cette mesure est primordiale.

On ferait aussi des économies si l'on avait le courage de miser sur la prévention. Voilà peut-être pour ma préopinante qui se plaignait des coûts de la santé qui allaient augmenter à n'en plus finir. En effet, on dépense toujours plus dans les services de santé alors que ceux-ci, bien qu'indispensables, interviennent pour seulement 10 à 15 pour cent dans l'amélioration de la santé de la population. Si l'on investissait plus de ressources pour modifier les habitudes et les conditions de vie de la population, on réaliserait des économies substantielles tout en diminuant les souffrances de nombreuses personnes. C'est le sens de la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles de la Confédération, maladies qui représentent 80 pour cent des coûts de la santé et qui sont, par exemple, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les cancers, le diabète, etc. Le défaut de cette stratégie est qu'elle met trop de poids sur la responsabilité individuelle et pas suffisamment sur les mesures structurelles, à savoir les mesures pour améliorer le cadre de vie de la population.

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

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

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

#### AB 2022 N 1224 / BO 2022 N 1224

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

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

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

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

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



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

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

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

Wir können nicht arme Menschen für unsere Untätigkeit zahlen lassen. Wie stellen Sie sich das in Zukunft vor? Die Kosten werden weiter steigen, und die hohen Kosten werden uns alle belasten. Wen belasten sie aber verhältnismässig am meisten? Nicht die mit Einkommen, wie wir sie haben, sondern Personen im Handwerk, in der Landwirtschaft, in der Pflege – den Coiffeur, die Bäckerin, die Gärtnerin, den Raumpfleger. Unser Ziel muss sein, die Kaufkraft, die Gesundheit, die Unabhängigkeit und den Wohlstand dieser Menschen zu verbessern. Erlauben Sie mir den Vergleich: Die Armee bekommt von heute auf morgen mehr Geld, ohne im Moment belegen zu müssen, wofür. Wir bauen für Milliarden neue Autobahnen und Tunnels. Aber für eine bezahlbare Gesundheitsversorgung unserer Steuerzahlenden streiten wir seit über dreissig Jahren und kommen nicht wirklich weiter. Bund und Kantone machen trotz schwarzmalenden Budgets Überschüsse. Die Hauptbegründung der Ablehnung der Prämien-Entlastungs-Initiative durch Bundesrat und Kommission lautet: erhebliche Auswirkungen auf den Bundeshaushalt.

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

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

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

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

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



d'inquiétude pour les assurés. Trouver une réponse adéquate à cette spirale des augmentations, en luttant contre l'augmentation des coûts de la santé, reste donc une priorité.

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

AB 2022 N 1225 / BO 2022 N 1225

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

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

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

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

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

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

Ich bitte Sie, die Volksinitiative zur Annahme zu empfehlen.

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

Die Hauptfrage lautet: Will man die Kosten überhaupt senken? Wer will das überhaupt tun? Man muss zum ernüchternden Schluss kommen, dass das eigentlich gar niemand wirklich erreichen will. Man kann ja auch sagen, ein Grossteil der Kostensteigerung sei sehr erfreulich. Sie hat mit der steigenden Lebenserwartung zu tun, sie hat mit dem medizinischen Fortschritt zu tun. Am Ende wollen viele Menschen, die sich über die



steigenden Kosten beklagen, dann eben doch die beste Versorgung für sich selber und vor allem auch für ihre Angehörigen. Jede und jeder will eigentlich das Beste, und je weniger man selber dafür bezahlen muss, je weniger man selber sieht, wie viel es kostet, desto weniger hat man einen Anreiz, auf die Kosten zu schauen. Es ist nicht nur so, dass es Leute gibt, die nicht zum Arzt gehen, weil sie Angst haben, dass sie es sich nicht leisten können. Vielmehr ist es in diesem Land auch so, dass sehr viele Menschen mehrere Konsultationen machen und Diagnosen immer wieder überprüfen lassen, vielleicht bis sie die passende haben. Das ist ein Problem der Überversorgung, das wir kennen.

Bei der vorliegenden Vorlage geht es um nichts von alledem. Es geht nicht um die Kosten, sondern es geht nur um die Prämien, um die Frage der Verteilung. Es ist tatsächlich so, dass der Mittelstand die grösste Belastung trägt. Menschen mit sehr tiefen Einkommen erhalten bereits heute erhebliche Prämienverbilligungen. Menschen in Armut, von denen immer wieder gesprochen wird, profitieren häufig von einer vollen Prämienübernahme, oder ihnen wird die Prämie im Rahmen der Sozialhilfe bezahlt. Bei ganz grossen Einkommen fällt die Prämie prozentual weniger ins Gewicht.

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1226 / BO 2022 N 1226

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

La bonne nouvelle avec l'initiative socialiste, c'est la suivante. Si notre Parlement est efficace et parvient à réduire les coûts de la santé, alors immédiatement après nous verrons que les primes d'assurance-maladie



seront allégées pour tous les ménages. Il est de la responsabilité de la Confédération d'agir, et donc c'est à elle d'assumer lorsque cela devient complètement abusif pour la plupart des familles de notre pays.

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

Nous sommes l'organe qui a les moyens d'agir contre cela. Je vous invite donc à protéger la population contre des primes excessives, c'est-à-dire celles qui dépassent 10 pour cent du revenu, en mettant en place le mécanisme proposé par l'initiative, et ensuite, pourquoi pas, à agir ici pour réduire les coûts, particulièrement quand ces coûts sont dus à des profits énormes des multinationales de l'industrie pharmaceutique ou encore d'abus dans le système de la santé. Il est vrai que la plupart des gens qui travaillent dans le domaine de la santé sont des gens qui le font par vocation, avec vraiment la volonté d'améliorer la vie des gens, et il n'est pas juste que nous jetions l'opprobre sur l'ensemble du secteur de la santé parce que quelques acteurs arrivent à s'enrichir massivement dans un pays, je vous le rappelle, où nous payons les médicaments et les équipements massivement plus cher qu'ailleurs alors que nous ne serions pas obligés de le faire.

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

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

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

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

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

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



Deshalb empfehle ich diese Volksinitiative zur Ablehnung.

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

Ma question est simple: alors que la population n'est absolument pas satisfaite du système de financement par tête, sans aucune solidarité, et que la grande majorité des familles suffoque sous le poids que font peser les primes d'assurance-maladie sur leur budget, qu'est-ce qui peut bien justifier l'immobilisme de ce Parlement?

Si la situation s'est quelque peu améliorée ces dernières années, une réponse est vraisemblablement à chercher dans la représentation scandaleuse des membres bourgeois dans les Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique et dans les conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie. Il semble que pour beaucoup ici les bénéficiaires des caisses d'assurance-maladie et leur enrichissement personnel sont plus importants que le pouvoir d'achat des familles.

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

AB 2022 N 1227 / BO 2022 N 1227

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

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

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

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

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

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

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

Les annonces d'augmentation à deux chiffres pour cet automne ne sont pas de nature à rassurer la population.





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

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

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

**Glättli** Balthasar (G, ZH): Als man das Krankenkassenobligatorium einführte, war das das Ende eines langen Prozesses. Die politische Bedeutung dieser Entscheidung der Stimmberechtigten war: Wir wollen, dass die Gesundheitsversorgung ein Solidaritätswerk ist. Die politische Argumentation und die Überzeugung, welche die Menschen am Schluss zu einem Ja veranlassten, basierten auf dem Wissen darum, dass niemand aus Spass zum Arzt geht. Niemand lässt sich aus Spass in den Notfall einliefern. Niemand nimmt die Risiken einer Operation einfach aus Spass auf sich.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je pense en particulier à la classe moyenne et aux familles gagnant juste "trop" pour bénéficier d'une réduction des primes: elles voient leur revenu disponible fondre chaque année un peu plus. La pauvreté n'est pas un phénomène marginal en Suisse, et la guerre en Ukraine n'a rien arrangé. Les conséquences en ont été largement sous-estimées, on le voit avec l'augmentation du prix de l'essence et de l'électricité, dont l'ampleur a de



quoi inquiéter. Et il y a bien sûr une incertitude quant à la durée de ces prix surfaits. Pour moi, il est évident qu'il est urgent d'agir aujourd'hui pour soutenir les familles, leur redonner un certain pouvoir d'achat qui profitera bien sûr à l'ensemble de l'économie. Cela passe par une intervention volontaire de la Confédération et des cantons.

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1229 / BO 2022 N 1229

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

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

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

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

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

Es ist eine typische Umverteilungs-Initiative. Die 10-Prozent-Initiative folgt dem Giesskannenprinzip und ist nicht nötig. Der indirekte Gegenvorschlag ist zu bürokratisch und vermischt Prämienverbilligungen mit einkom-



mensabhängigen Prämien. Was wir brauchen, ist endlich ein Rezept gegen die dauernd steigenden Krankenkassenprämien. Die Erwartungshaltung, die Selbstverständlichkeit, dass jedes und alles durch die Krankenkasse bezahlt wird, ist schlicht falsch. Beginnen wir bei uns selbst: Genügend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung sind schon ein kleiner Beitrag, den jede und jeder leisten kann, um gesund zu bleiben. Auch die übermässige Zuwanderung trägt natürlich dazu bei, dass die Kosten im Gesundheitswesen weiterhin steigen. Die Grundversicherung wird über Kopfprämien finanziert. Diese sind unabhängig vom Einkommen und pro Personenkategorie gleich. Damit wird in einem solidarischen System auch Selbstverantwortung gelebt. Die Initianten bringen vor, dass immer mehr Versicherte gezwungen wären, eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien bezahlen zu können. Hier soll die Initiative Abhilfe schaffen, indem jeder Haushalt nur noch 10 Prozent seines verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden muss. Eine Annahme der Initiative wird also faktisch dazu führen, dass alle Versicherten, die von ihr profitieren, die tiefste Franchise wählen, da sie die Kosten ja nicht mehr selber tragen müssen. Damit wird in unserem Gesundheitssystem auf breiter Front keine Selbstverantwortung mehr gelebt; Mehrkosten werden die Folge sein. Dieser Fehlanreiz soll nicht in unser System eingeführt werden. Die Leistungen der Grundversicherung werden heute in der Schweiz über Kopfprämien, Franchisen und Selbstbehalte einerseits und über Steuermittel respektive Prämienverbilligungen andererseits gedeckt. Damit wird in unserem Gesundheitssystem schon heute Solidarität und Selbstverantwortung gelebt.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

AB 2022 N 1230 / BO 2022 N 1230

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

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

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

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

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

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

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

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



Belastung von 15 Prozent des Haushaltsbudgets. Im Nachbarkanton Graubünden würde die gleiche Familie 4000 Franken weniger bezahlen, weil die Verbilligung dort höher ist.

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

Nun hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit bereits einen Gegenvorschlag ausgearbeitet. Insbesondere mit der Entflechtung der individuellen Prämienverbilligung und der Prämienleistungen für die EL-Bezügerinnen und -Bezüger entschärft sich die finanzielle Situation deutlich. Heute gehen nämlich 2,6 Milliarden Franken als Prämienverbilligung an die EL-Beziehenden. Mit dem Gegenvorschlag stehen dann wieder 2,2 Milliarden Franken für die individuelle Prämienverbilligung zur Verfügung, und damit könnten endlich wieder mehr Haushalte entlastet werden.

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

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

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

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

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

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

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

AB 2022 N 1231 / BO 2022 N 1231

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

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



cantons une partie des coûts de la santé à la charge des ménages à faible et moyen revenu.

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

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

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

C'est pourquoi je vous invite à soutenir l'initiative d'allègement des primes ainsi que le contre-projet de la commission.

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

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

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

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

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

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

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



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

Es ist die einzige Steuer, welche die Einkommenssituation ignoriert. Es spielt eben keine Rolle, ob eine Familie ein Einkommen von 60 000 Franken oder 600 000 Franken hat: Die Steuer oder eben hier die Kopfprämie für die Krankenkasse, für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, ist für beide Haushalte gleich hoch. Weil die Kopfprämie, wie ich sie hier beschrieben habe, den Mittelstand überdurchschnittlich belastet, hat man sich bei der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf einen sozialen Kompromiss geeinigt. Die betreffende Zahl wurde schon häufig genannt: Man hat sich darauf geeinigt, dass nicht mehr als 8 Prozent des verfügbaren Einkommens für die Kopfprämien aufgewendet werden sollen. Dafür hat man eben die individuelle Prämienverbilligung eingeführt.

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

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

AB 2022 N 1232 / BO 2022 N 1232

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

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

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

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

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





## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Nationalrat • Sommersession 2022 • Dreizehnte Sitzung • 15.06.22 • 15h00 • 21.063  
Conseil national • Session d'été 2022 • Treizième séance • 15.06.22 • 15h00 • 21.063



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

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

*AB 2022 N 1233 / BO 2022 N 1233*



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative  
und indirekter Gegenvorschlag****Maximum 10 pour cent du revenu  
pour les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des primes).  
Initiative populaire  
et contre-projet indirect***Fortsetzung – Suite*

## CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Wir fahren mit der Beratung der Volksinitiative und des indirekten Gegenvorschlags weiter.

**Berset** Alain, conseiller fédéral: L'initiative dont vous avez commencé à débattre hier et dont il continue à être question ce matin vise à alléger la charge relative aux primes de l'assurance-maladie. Elle demande que cette charge ne dépasse pas 10 pour cent du revenu. Elle prévoit un financement des réductions de primes à deux tiers par la Confédération, le reste payé par les cantons. Pour l'année 2024, les coûts supplémentaires engendrés par l'initiative sont estimés à 4,7 milliards de francs pour la Confédération et un peu plus de 1 milliard de francs pour les cantons. Le Conseil fédéral a constaté qu'il manque des incitations à la maîtrise des coûts, qui constituent pourtant le coeur du problème.

Un contre-projet du Conseil fédéral a été présenté et un contre-projet de votre commission existe. Il existe une unité de vue pour présenter un contre-projet à cette initiative. Cela signifie qu'il y a nécessité d'agir, que le problème doit être réglé. Le Conseil fédéral partage la volonté des initiants, la volonté également de la majorité de votre commission d'alléger la charge des primes. Cette charge dépend principalement de deux facteurs: d'une part, l'évolution des coûts de la santé – sur ce point, des mesures sont en discussion, sont déjà prises ou encore à prendre pour garantir une meilleure maîtrise des coûts. D'autre part, la possibilité, de l'autre côté de la chaîne, de limiter la charge avec les réductions de primes qui sont financées par la Confédération et les cantons. Comme vous le savez, la Confédération finance pour les réductions de primes des montants à hauteur de 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. C'est donc une contribution qui suit, de manière très directe, l'évolution des coûts.

Les cantons par contre, n'ont que peu de contraintes pour fixer leurs contributions. Ils ne sont notamment pas tenus de suivre l'évolution des coûts. Je peux rappeler que, dans les débats en 2007/08 autour de la péréquation financière, il était plus ou moins admis que les cantons et la Confédération devaient contribuer ensemble





à cette réduction de primes. Dans ce cadre, un montant, un pourcentage, a été fixé pour la Confédération, mais pas pour les cantons. Durant les années 2007 à 2011, on a eu un rapprochement de ces financements et, pour toutes sortes de raisons, à partir de 2011/12, c'est reparti dans une autre direction. Des évolutions très différentes ont été observées d'un canton à l'autre avec, en 2020, la moitié des cantons qui payait environ le même montant de réduction de primes qu'en 2010, alors que, dans l'intervalle, les coûts de la santé ont fortement augmenté. La part des cantons, du moins d'une partie d'entre eux, a diminué.

Ne voulant faire du mal à personne, je citerai deux exemples qui illustrent bien cette évolution. Le canton de Nidwald contribuait en 2010 à hauteur de 7 millions de francs et la Confédération versait 10 millions de francs. Aujourd'hui, la part du canton est descendue de 7 à 5 millions, tandis que la part de la Confédération est montée de 10 à 14 millions. L'autre exemple concerne le canton de Lucerne, où 72 millions francs étaient versés par le canton en 2010 et 93 millions par la Confédération. Maintenant, la part du canton est descendue à 56 millions et la part de la Confédération est montée de 93 à 132 millions de francs. C'est ce que l'on constate. Ce n'est pas la règle dans tous les cantons: d'autres cantons ont fait différemment. C'est un problème auquel il faut apporter une solution.

Globalement, on constate sur ces dix dernières années que les contributions cantonales ont augmenté; effectivement, le solde est positif; il est d'environ 600 millions de francs au total sur les dix dernières années, mais cela n'est dû qu'à sept cantons. Seuls sept cantons sont à l'origine de cette augmentation de 600 millions de francs. Pour les autres cantons, c'est naturellement une autre situation. C'est sur cette situation que s'est fondée la réflexion d'élaborer un contre-projet à l'initiative. Nous souhaitons corriger cela de manière à avoir plus de stabilité pour l'avenir.

Je ne détaillerai pas maintenant le mécanisme du contre-projet du Conseil fédéral, vous le connaissez. Une proposition de votre commission l'a modifié de manière assez importante, avec des cantons qui seraient obligés de consacrer un montant total minimal aux réductions de primes, mais qui pourraient prendre en compte les actes de défaut de biens dans ce montant. Et puis, ce contre-projet prévoit que les réductions de primes sont accordées aux bénéficiaires de prestations complémentaires par un financement séparé. Cela générerait des coûts différents, qui seraient plus élevés avec le contre-projet de la commission du Conseil national qu'avec celui du Conseil fédéral. Ces coûts seraient essentiellement plus élevés pour la Confédération, mais aussi pour les cantons, avec des coûts totaux que nous estimons après avoir analysé le projet à quelque 2 milliards de francs, voire un peu plus. Nous constatons que l'assurance obligatoire des soins représente plus de 30 milliards de francs chaque année; 7,5 pour cent de 30 milliards de francs, cela fait pas mal d'argent pour expliquer la part de la Confédération dans les réductions de primes. Ces catégories sont extrêmement importantes.

Votre commission propose également que chaque canton définisse le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton. Elle prévoit que c'est le Conseil fédéral qui définit la manière de calculer la prime et le revenu disponible. Votre commission a accepté cette proposition de manière unanime.

Cela va aussi dans le sens du contre-projet du Conseil fédéral, même si aucune charge maximale n'est prévue – c'est un objectif général. Dans la mesure où cette disposition est acceptée en plus, et non pas en remplacement, du contre-projet du Conseil fédéral, elle peut être saluée et pleinement soutenue.

La question des créances se pose aussi. En 2020, les cantons ont pris en charge des créances pour 380 millions de francs. S'ils peuvent prendre en compte ces créances, le contre-projet n'aura plus qu'un impact très faible. J'aimerais

AB 2022 N 1234 / BO 2022 N 1234

donc vous inviter ici à ne pas suivre la proposition de la minorité mais à suivre votre commission.

En résumé, je vous invite à suivre le Conseil fédéral; je vous invite à soutenir l'introduction d'un objectif social cantonal en tant que complément au contre-projet. Je crois qu'il est important de trouver un équilibre – c'est le début des travaux, si je peux le dire ici; je vous invite, comme le propose le Conseil fédéral, à voter le rejet de l'initiative.

**Aeschi** Thomas (V, ZG): Herr Bundesrat Berset, ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen. Sie sind ja auch Mitglied des Gesamtbundesrates. Unsere Kammer hat gestern Ausgaben von plus 3,2 Milliarden Franken im Rahmen des Gegenvorschlags zur Gletscher-Initiative beschlossen. Wir haben jetzt einen Kommissionsantrag, der nochmals 2,2 Milliarden Franken jährlich wiederkehrend kostet. Was sagen Sie zu dieser Kostenexplosion, die aktuell hier im Bundesparlament vor sich geht?

**Berset** Alain, Bundesrat: Vielen Dank für diese Frage. In diesem konkreten Fall kann ich nur noch einmal





sagen, was ich vorhin gesagt habe: Ich lade Sie ein, dem Gegenvorschlag des Bundesrates zuzustimmen. Das ist der erste Punkt.

Zweiter Punkt: Wir sehen, dass wir jetzt über die Entwicklung der Kosten, über die Entwicklung von allen Ausgaben für die nächsten Jahre entscheiden sollen, und das macht dem Gesamtbundesrat Sorgen. Das gilt insbesondere im heutigen Kontext angesichts der grossen Unsicherheit bezüglich der Entwicklung der Wirtschaft und der BIP-Entwicklung generell. Das gilt auch für den Kontext der beiden Jahre, in denen schon sehr viel ausgegeben worden ist, um unsere Gesellschaft und Wirtschaft im Rahmen der Covid-19-Krise zu unterstützen. Das heisst, man muss eine konsolidierte Sicht auf die ganze Entwicklung haben. Ich bin mir ziemlich sicher, dass diese Diskussion erst am Anfang steht, dass wir jeden Moment mit weiteren konkreten Elementen konfrontiert werden können und dann auch das Parlament darüber wird befinden müssen.

**Gysi Barbara** (S, SG): Herr Bundesrat, ich habe anschliessend an das Votum von Herrn Aeschi eine Frage. Er hat von einer Kostenexplosion gesprochen. Ist es nicht vor allem auch eine Prämienexplosion? Nächstes Jahr drohen ja gemäss den Zeitungen bis zu 10 Prozent höhere Prämien. Ich weiss, dass man es noch nicht genau sagen kann, aber es geht vor allem auch um die hohe Belastung durch die Prämien.

**Berset Alain**, Bundesrat: Wie wir jetzt wissen, lagen die Prämien zuletzt mehrere Jahre in Folge unter der Kostenentwicklung. Das ist das Problem.

Es gab zwei Jahre, in denen wir einen Bremseffekt bezüglich der Kosten feststellen konnten. 2018 war eines dieser Jahre. Dabei muss man aber auch daran erinnern, dass der Bundesrat 2017 von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht hat, um den Tarmed zu korrigieren. Auf das Jahr 2018 hatte das den positiven Effekt von etwa einer halben Milliarde Franken. Danach sind die Kosten aber wieder nach oben gegangen. Der zweite Effekt war 2020, das war die Corona-Krise. Da gab es bekanntlich sehr viele Patientenbehandlungen im stationären Bereich, der ganze Rest dagegen entwickelte sich ziemlich rückläufig. Das hat das Ganze ein bisschen gedämpft. Jetzt geht es aber wieder nach oben.

Das Problem, das wir jetzt sehen, ist, dass sich die Kosten im Gesundheitsbereich generell, nach mehreren Jahren mit Prämien unterhalb der realen Kostenentwicklung, sowie infolge des Corona-Nachholeffektes seit einigen Monaten nicht erfreulich entwickeln. Das ist genau eines der Probleme, die wir anerkennen müssen. Zugleich ist es noch sehr schwierig, zu sagen, wie die Prämienrunde vom September dieses Jahres aussehen wird. Ohne ganz falschzuliegen, kann man, glaube ich, schon sagen: Die Prämien werden sehr wahrscheinlich stark bis sehr viel stärker steigen als in den letzten Jahren.

**Herzog Verena** (V, TG): Herr Bundesrat, sehen Sie es nicht auch so, dass mit dieser Initiative das Pferd beim Schwanz aufgezäumt wird? Sollte man nicht vielmehr daran arbeiten, die Gesundheitskosten einzudämmen?

**Berset Alain**, Bundesrat: Es ist schon klar, Frau Nationalrätin Herzog, dass diese Initiative, glaube ich, einfach nichts bringt, um die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich zu bremsen. Man kann und man muss an beiden Seiten arbeiten. Die eine Seite betrifft die Entwicklung der Gesundheitskosten: Der Bundesrat hat in den letzten Monaten und Jahren sehr viele Projekte ins Parlament gebracht, um dieses Problem wirklich zu lösen. Es gab ein erstes und ein zweites Kostendämpfungsprojekt – es ist dann noch gesplittet worden –; das war eine sehr grosse Arbeit. Es ist immer sehr schwierig, dafür Mehrheiten zu finden. Aber alles in allem geht es vorwärts.

Es gilt auch die andere Seite zu beachten: Wie hoch ist die Last der Prämie für die betroffenen Personen? Da wir immer wieder mit Kopfprämien arbeiten, ist seit Langem festgelegt, dass es eine Korrektur bzw. eine Begleitmassnahme braucht, die "réduction individuelle de primes". Wir müssen auch an dieser zweiten Seite arbeiten.

Noch einmal: Der Bundesrat hat klar gesagt, die Initiative sei abzulehnen. Aber wir haben auch gesehen, dass es da ein Problem zu lösen gibt, vor allem was die Finanzierung dieser Massnahmen zwischen Bund und Kantonen betrifft. Dadurch ist auch der Gegenvorschlag entstanden.

**de Courten Thomas** (V, BL), für die Kommission: Ich kann mit den Schlussbetrachtungen nahtlos an das anschliessen, was der Bundesrat soeben auch nochmals gesagt hat. Das System der Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist ein Kernthema in dieser Diskussion. Gestern wurde immer wieder gesagt, das System der Kopfprämien sei unsozial und unseriös. Es wurde sogar gesagt, es sei skandalös. Auch namens der Kommission muss ich Sie schon daran erinnern, dass das so natürlich nicht korrekt ist. Seit der Schaffung der OKP ist umstritten, wie die Grundversorgung in der Gesundheit finanziert werden soll. Bundesrat und Parlament haben sich mehrfach und deutlich dafür ausgesprochen, dass grundsätzlich alle eine



gleiche Prämie zahlen, unabhängig von den jeweiligen finanziellen Verhältnissen. Es findet aber sehr wohl ein sozialer Ausgleich statt: Die Kantone sind verpflichtet, die Prämienverbilligung jenen zu zahlen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben; diese Leistung wird zusätzlich mit der Kinderprämienverbilligung für Familien in unteren und in mittleren Einkommensklassen ergänzt. Versicherungstechnisch berechnet, sind diese Prämien auch eine Solidarität hinsichtlich der Geschlechterfrage, hinsichtlich der Jungen und Alten, hinsichtlich der Gesunden und Kranken. All das haben wir in dieses System eingebaut.

Ich muss Ihnen noch die aktuellen Zahlen zur Prämienverbilligung in der Schweiz kommunizieren, damit das dann korrekt im Amtlichen Bulletin aufzufinden ist. Ich entnehme diese einem im Mai 2022 publizierten Bericht des BAG über die Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Darin steht, dass im Jahr 2020 rund 2,4 Millionen Personen in der Schweiz eine individuelle Prämienverbilligung (IPV) bezogen. Das entspricht einer Bezugsquote von immerhin 28 Prozent der Bevölkerung. Zusätzlich haben in diesem Prämienverbilligungssystem 404 000 Personen Ergänzungsleistungen und 308 000 Personen Sozialhilfe bezogen.

Die Ausgaben für die IPV betragen im Jahr 2020 insgesamt 5,5 Milliarden Franken. Davon finanzierten die Kantone im Durchschnitt 48 Prozent, wobei grosse Unterschiede zwischen den kantonalen Finanzierungsanteilen bestanden. Die Pro-Kopf-Ausgaben für die IPV lagen je nach Kanton zwischen 374 und 1048 Franken. Bis ins Jahr 2011, das war in der Diskussion gestern auch noch wichtig, folgten die Pro-Kopf-Ausgaben für die IPV dem Prämienanstieg. Einzig in den Jahren zwischen 2011 und 2017 stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben für die IPV weniger stark als die OKP-Prämien pro Kopf. Das wurde aber wieder korrigiert. Seit 2018 hat eine Trendumkehr stattgefunden. Die Pro-Kopf-Prämien sind in dieser Periode wieder weniger stark gestiegen als die Ausgaben für die IPV.

**AB 2022 N 1235 / BO 2022 N 1235**

Die Initiative will nun diese Mittel in der IPV zusätzlich erhöhen. Es geht um nochmals 5,5 Milliarden Franken. Davon hätte der Bund 4,5 Milliarden und die Kantone 1 Milliarde Franken zusätzlich beizutragen. Das bedeutet in diesem System der Ergänzung zwischen den steuergeldfinanzierten und den prämienfinanzierten Anteilen in der Grundversorgung der Gesundheit konkret eine Verlagerung zu den Steuerzahlern. Deshalb ist es eine Umverteilung, und deshalb ist es – man kann es drehen, wie man will – eben keine Lösung für das Problem der steigenden Gesundheitskosten, sondern eine Symptombekämpfung.

Die Variante der Kommission will dieses Sozialziel aufnehmen, aber nicht auf Bundesebene, sondern auf kantonaler Ebene. Der Mindestbeitrag der Kantone an die Prämienverbilligung soll zudem klarer berechnet werden. Wir haben verschiedene Anträge dazu. Konkret geht es um die Fragen, ob wir die Verlustscheine der Kantone und die Prämienverbilligung für die Ergänzungsleistungsbeziehenden in die Berechnung einbeziehen oder nicht.

Der Bundesrat schlägt vor, die Verlustscheine nicht einzubeziehen, die Prämienverbilligung für Ergänzungsleistungen aber einzubeziehen. Das bedeutet konkret 490 Millionen Franken an zusätzlichen Kosten für die Kantone. Die Minderheiten de Courten und Aeschi Thomas wollen beide Elemente einbeziehen, was bei den Kantonen noch zu Mehrkosten von 110 Millionen Franken führen würde.

Die Mehrheit der Kommission will die Verlustscheine einberechnen, die Prämienverbilligung jedoch nicht, was insgesamt 2,2 Milliarden Franken ausmacht: 1,3 Milliarden Franken zusätzliche Kosten beim Bund und 920 Millionen bei den Kantonen. Würde man beide Elemente nicht in diese Berechnung einbeziehen, wären es im Übrigen 2,6 Milliarden Franken, je 1,3 Milliarden für Bund und Kantone.

Die Minderheit Gysi Barbara zur Prämien-Entlastungs-Initiative beantragt dem Rat die Ja-Empfehlung zur Volksinitiative. Die Mehrheit der Kommission ist der Meinung, dass dieses Anliegen nur auf die Finanzierung der Prämienverbilligung abzielt und nicht auf die Kostenentwicklung bei der Gesundheitsversorgung. Sie lehnte diesen Antrag deshalb mit 18 zu 7 Stimmen ab. Der Antrag der von Herrn Glarner vertretenen Minderheit de Courten für Nichteintreten auf den Gegenvorschlag beruht auf der Argumentation, dass weder die Initiative noch der Gegenvorschlag das Problem lösen würde. Die Kommissionsmehrheit ist anderer Ansicht und hat den von der Minderheit aufgenommenen Antrag mit 16 zu 9 Stimmen abgelehnt.

Die Minderheitsanträge I (Aeschi Thomas) und II (de Courten) wurden jeweils mit 16 zu 9 Stimmen abgelehnt. Es ging dort um die vorhin erwähnten Einbezüge der Verlustscheine oder der IPV für die Ergänzungsleistungsbezügler in die Berechnung.

Bei der Minderheit Aeschi Thomas zu Artikel 84 geht es um die Erfassung der Personendaten im KVG. Herr Aeschi beantragt Ihnen hier, dass auch die Personendaten zur Staatsbürgerschaft mit einbezogen werden. Die Kommission lehnte das mit 16 zu 7 Stimmen ab.

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass wir, gestützt auf die Annahme des indirekten Gegenvorschlags seitens der SGK-N, dem Plenum beantragen, gemäss Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes einer



Fristverlängerung bis zum 3. Oktober 2023 zuzustimmen.

Schliesslich hat die SGK auch noch die Petition 17.2018, "Für einkommensabhängige Krankenkassenprämien", behandelt. Die Kommission hat diese Petition zur Kenntnis genommen und sie damit gemäss Artikel 126 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes behandelt.

**Roduit Benjamin (M-E, VS)**, pour la commission: Au terme de ce débat, nous vous rappelons les recommandations de notre commission, à savoir d'adopter toutes les modifications apportées par le Conseil fédéral au droit en vigueur, à l'exception des articles 65 alinéa 1a, 65 alinéa 1sexies et des dispositions transitoires.

Le nouvel article 65 alinéa 1a a été proposé à l'unanimité par la commission. Il y est question d'un objectif – encore un – social obligeant les cantons à définir le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton, et ce dans un délai de quatre ans, conformément aux dispositions transitoires.

L'article 65 alinéa 1sexies est quant à lui le point central du contre-projet. Il comporte deux mesures. Premièrement, la commission estime, par 16 voix contre 9, que les cantons doivent pouvoir prendre en compte les actes de défaut de biens dans le montant total minimal consacré aux réductions de primes. Deuxièmement, dans une même proportion, à la lettre c de cet alinéa, la commission propose de financer séparément les réductions de primes accordées aux bénéficiaires de prestations complémentaires, selon les règles prévues par la loi, soit à hauteur de cinq huitièmes par la Confédération et trois huitièmes par les cantons. Pour rappel, les coûts supplémentaires selon la proposition de la majorité s'élèvent à 1,3 milliard de francs pour la Confédération et 900 millions pour les cantons.

La minorité I (Aeschi Thomas) propose de s'en tenir au projet du Conseil fédéral, à savoir, premièrement, de ne pas tenir compte du contentieux LAMal et, deuxièmement, de prendre en considération les subsides LAMal des prestations complémentaires. Cela conduirait à un coût supplémentaire pour les cantons de 490 millions.

La minorité II (de Courten) propose elle aussi de reprendre la version du Conseil fédéral, mais en tenant compte des actes de défaut de biens. Cette formule permettrait aux cantons de récupérer environ 200 millions de francs et le coût supplémentaire à leur charge ne serait plus que de 287 millions de francs.

Une minorité Aeschi Thomas a aussi proposé une modification du droit en vigueur à l'article 65 alinéa 6, afin que les données transmises par les cantons à la Confédération comprennent notamment la nationalité des bénéficiaires. Cette proposition très identitaire a été rejetée, par 16 voix contre 7.

Avant de conclure, nous devons aussi vous donner deux informations qui seront inscrites au compte rendu des débats. Premièrement, notre commission, lors de sa séance du 20 mai 2022, a pris acte de la pétition de Pietro et Renate Spaltro 17.2018, "Assurance-maladie. Fixer les primes en fonction du revenu", et l'a examinée, en vertu de l'article 126 alinéa 2 de la loi sur le Parlement, d'où sa mention sur le dépliant. Deuxièmement, la commission propose, sur la base de l'adoption du contre-projet indirect, une prolongation du délai imparti pour traiter l'initiative jusqu'au 3 octobre 2023, conformément à l'article 105 alinéa 1 de la loi sur le Parlement.

Nous voilà arrivés au terme de ces longs débats. Vous êtes très nombreux à avoir participé à la course "Parlamotion"; cela signifie que le Parlement est en bonne santé! Mais ce n'est malheureusement pas le cas de l'ensemble de la population suisse, comme vous le savez très bien. Or, en suivant les recommandations de la majorité de notre commission, vous pourrez contribuer modestement, certes, mais sûrement, à offrir à la population suisse un système de santé de qualité, maîtrisé financièrement et, surtout, accessible à toutes et à tous.

## **1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)"**

### **1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)"**

*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





AB 2022 N 1236 / BO 2022 N 1236

**Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Bevor der Rat über Artikel 2, also die Abstimmungsempfehlung, entscheidet, berät er den indirekten Gegenvorschlag.

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)**

**2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

*Antrag der Mehrheit*

Eintreten

*Antrag der Minderheit*

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Nichteintreten

*Proposition de la majorité*

Entrer en matière

*Proposition de la minorité*

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Rösti, Schläpfer)

Ne pas entrer en matière

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/25237)

Für Eintreten ... 134 Stimmen

Dagegen ... 53 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

**Titre et préambule, ch. I introduction**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

**Art. 65**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1a*

Jeder Kanton legt fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf. Der Bundesrat legt fest, wie die Prämie und das verfügbare Einkommen zu ermitteln sind.

*Abs. 1ter-1quinqüies*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates





*Abs. 1sexies*

Für die Beurteilung, ob ein Kanton den Mindestanteil erfüllt, werden alle Beträge berücksichtigt, die er für die Bezahlung der Prämien der Versicherten aufwendet. Dabei werden auch die Forderungen, die er gestützt auf Artikel 64a Absatz 4 übernommen hat, berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden:

- a. seine Vollzugskosten;
- b. sein Anteil am Bundesbeitrag nach Artikel 66; und
- c. sein Anteil am Betrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 13 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

*Abs. 1septies*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit I*

(Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

*Abs. 1sexies*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit II*

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

*Abs. 1sexies*

Für die Beurteilung, ob ein Kanton den Mindestanteil erfüllt, werden alle Beträge berücksichtigt, die er für die Bezahlung der Prämien der Versicherten aufwendet. Dabei werden auch die Forderungen, die er gestützt auf Artikel 64a Absatz 4 übernommen hat, berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden seine Vollzugskosten und sein Anteil am Bundesbeitrag nach Artikel 66.

*Antrag der Minderheit*

(Aeschi Thomas, de Courten, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

*Abs. 6*

Die Kantone machen dem Bund zur Überprüfung der sozial- und familienpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten. Diese Angaben umfassen auch die Staatsbürgerschaft. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.

**Art. 65**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1a*

Chaque canton définit le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton. Le Conseil fédéral définit la manière de calculer la prime et le revenu disponible.

*Al. 1ter-1quinquies*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 1sexies*

Tous les montants que le canton consacre au paiement des primes des assurés sont pris en compte pour déterminer s'il respecte le pourcentage minimal. Sont également prises en compte les créances qu'il a prises en charge en vertu de l'article 64a alinéa 4. Ne sont pas pris en compte:

- a. ses frais d'exécution;
- b. sa part aux subsides fédéraux au sens de l'article 66; et
- c. sa part au financement du montant pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'article 13 alinéas 1 et 2, en relation avec l'article 10 alinéa 3 lettre d, de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.

*Al. 1septies*

Adhérer au projet du Conseil fédéral





*Proposition de la minorité I*

(Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

*Al. 1sexies*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité II*

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

*Al. 1sexies*

Tous les montants que le canton consacre au paiement des primes des assurés sont pris en compte pour déterminer s'il respecte le pourcentage minimal. Sont également prises en compte les créances prises en charge en vertu de l'article 64a alinéa 4. Ne sont pas pris en compte ses frais d'exécution ni sa part aux subsides fédéraux au sens de l'article 66.

AB 2022 N 1237 / BO 2022 N 1237

*Proposition de la minorité*

(Aeschi Thomas, de Courten, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

*Al. 6*

Les cantons transmettent à la Confédération des données anonymes relatives aux assurés bénéficiaires, afin que celle-ci puisse examiner si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints. Ces données comprennent notamment la nationalité. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.

*Abs. 1sexies – Al. 1sexies*

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Die Abstimmungen gelten auch für Ziffer la Artikel 13 Absätze 1 und 2.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/25238)

Für den Antrag der Minderheit I ... 112 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 76 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/25239)

Für den Antrag der Mehrheit ... 118 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 69 Stimmen

(1 Enthaltung)

*Abs. 6 – Al. 6*

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Die Abstimmung gilt auch für Artikel 84 Absatz 2.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/25240)

Für den Antrag der Minderheit ... 49 Stimmen

Dagegen ... 139 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Art. 84 Abs. 2**

*Antrag der Minderheit*

(Aeschi Thomas, de Courten, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Die Personendaten umfassen auch die Staatsbürgerschaft.





**Art. 84 al. 2**

*Proposition de la minorité*

(Aeschi Thomas, de Courten, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Les données personnelles comprennent notamment la nationalité.

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Über den Antrag der Minderheit Aeschi Thomas haben wir bei Artikel 65 Absatz 6 abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. Ia**

*Antrag der Mehrheit*

*Einleitung*

Das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 13 Abs. 1*

Die jährlichen Ergänzungsleistungen einschliesslich des Betrages für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Artikel 10 Absatz 3 Buchstabe d werden zu fünf Achteln vom Bund und zu drei Achteln von den Kantonen getragen.

*Art. 13 Abs. 2*

... anerkannten Ausgaben nach Artikel 10 Absatz 3 einschliesslich des Betrages für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Buchstabe d nicht durch die anrechenbaren Einnahmen ...

*Antrag der Minderheit I*

(Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Unverändert

*Antrag der Minderheit II*

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Unverändert

**Ch. Ia**

*Proposition de la majorité*

*Introduction*

La loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI est modifiée comme suit:

*Art. 13 al. 1*

Les prestations complémentaires annuelles, y compris le montant pour l'assurance obligatoire des soins visé à l'article 10 alinéa 3 lettre d, sont supportées à hauteur de cinq huitièmes par la Confédération et de trois huitièmes par les cantons.

*Art. 13 al. 2*

... au sens de l'article 10 alinéa 3, y compris le montant pour l'assurance obligatoire des soins visé à la lettre d, n'est pas couverte par ...

*Proposition de la minorité I*

(Aeschi Thomas, Amaudruz, de Courten, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Schläpfer)

Inchangé

*Proposition de la minorité II*

(de Courten, Aeschi Thomas, Dobler, Fischer Benjamin, Glarner, Herzog Verena, Röstli, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

Inchangé



**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Über die Anträge der Minderheit I (Aeschi Thomas) und der Minderheit II (de Courten) haben wir bei Artikel 65 Absatz 1 sexies abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

*Ausgabenbremse – Frein aux dépenses*

*Abstimmung – Vote*  
(namentlich – nominatif; 21.063/25241)  
Für Annahme der Ausgabe ... 119 Stimmen  
Dagegen ... 68 Stimmen  
(2 Enthaltungen)

*Das qualifizierte Mehr ist erreicht  
La majorité qualifiée est acquise*

#### **Ziff. II**

*Antrag der Kommission*

*Abs. 1*

In den ersten ...

*Abs. 2*

Wenn der Kanton seinen Anteil nach Artikel 65 Absatz 1a vier Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht festgelegt hat, beschliesst der Bundesrat.

#### **Ch. II**

*Proposition de la commission*

*Al. 1*

Durant les deux années ...

AB 2022 N 1238 / BO 2022 N 1238

*Al. 2*

Si le canton n'a pas défini le pourcentage selon l'article 65 alinéa 1a à la fin de la quatrième année suivant l'entrée en vigueur de la présente loi, le Conseil fédéral en décide.

*Angenommen – Adopté*

#### **Ziff. III**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Ch. III**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

*Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*  
(namentlich – nominatif; 21.063/25242)  
Für Annahme des Entwurfes ... 119 Stimmen  
Dagegen ... 66 Stimmen  
(2 Enthaltungen)

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Sie haben den indirekten Gegenvorschlag somit angenommen. Wir kehren zurück zur Beratung der Volksinitiative.



**1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)"**

**1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)"**

**Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
... die Initiative anzunehmen.

**Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Gysi Barbara, Feri Yvonne, Maillard, Meyer Mattea, Porchet, Prelicz-Huber, Wasserfallen Flavia, Weichelt)  
... d'accepter l'initiative.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/25243)

Für den Antrag der Mehrheit ... 121 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 67 Stimmen

(0 Enthaltungen)

**Fristverlängerung**

*Antrag der Kommission*

Die Kommission beantragt, die Frist für die Behandlung der Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)" nach Artikel 105 Absatz 1 des Parlamentsgesetzes um ein Jahr, d. h. bis zum 3. Oktober 2023, zu verlängern.

**Prorogation du délai**

*Proposition de la commission*

En vertu de l'article 105 alinéa 1 de la loi sur le Parlement, la commission propose de proroger d'une année, soit jusqu'au 3 octobre 2023, le délai imparti pour traiter l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)".

*Angenommen – Adopté*

**Präsident** (Candinas Martin, erster Vizepräsident): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung ab. Die Kommission hat im Rahmen ihrer Beratung auch von der Petition 17.2018 von Pietro und Renate Spaltro, "Für einkommensabhängige Krankenkassenprämien", Kenntnis genommen und sie gemäss Artikel 126 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes behandelt.



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative  
und indirekter Gegenvorschlag****Maximum 10 pour cent du revenu  
pour les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des primes).  
Initiative populaire  
et contre-projet indirect***Frist – Délai*

## CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Präsident** (Hefti Thomas, Präsident): Es liegt ein schriftlicher Bericht der Kommission vor. Die Kommission beantragt mit 11 zu 2 Stimmen, die Frist für die Behandlung der Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)" um ein Jahr, d. h. bis zum 3. Oktober 2023, zu verlängern.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Bei der Prämien-Entlastungs-Initiative ist das Gleiche der Fall, mit anderen Zeitpunkten. Die Volksinitiative wurde am 23. Januar 2020 mit genügend gültigen Unterschriften eingereicht. Innert 30 Monaten nach Einreichung müsste die Bundesversammlung entscheiden, ob sie die Initiative Volk und Ständen zur Annahme oder zur Ablehnung empfiehlt. Die Frist würde, unter Berücksichtigung dieser 30 Monate, am 3. Oktober 2022 ablaufen. Auch hier hat der Nationalrat am 16. Juni 2022 einen indirekten Gegenentwurf in der Gesamtabstimmung angenommen und eine Fristverlängerung bis zum 3. Oktober 2023 beschlossen.

Ihre Kommission beantragt Ihnen mit 11 zu 2 Stimmen, auch die Frist für die Behandlung der Prämien-Entlastungs-Initiative um ein Jahr, d. h. bis zum 3. Oktober 2023, zu verlängern. Ich bitte Sie, diesen Antrag anzunehmen.

**Präsident** (Hefti Thomas, Präsident): Herr Bundesrat Berset verzichtet auch hier auf das Wort.

*Die Behandlungsfrist des Geschäftes wird verlängert  
Le délai de traitement de l'objet est prorogé*





21.063

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

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

*Zweitrat – Deuxième Conseil*

---

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

---

*Antrag der Kommission*  
Eintreten

*Antrag Würth*  
Nichteintreten

*Proposition de la commission*  
Entrer en matière

*Proposition Würth*  
Ne pas entrer en matière

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich darf das nächste Geschäft der SGK-S vorstellen. Dieses ist aufgrund seiner Komplexität nicht einfach zu vermitteln. Ich versuche es so gut wie möglich. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Kantone, die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verbilligen. Das ist die Ausgangslage. Der Bund gewährte den Kantonen, basierend auf den Zahlen von 2020, dafür einen Beitrag in der Höhe von 2,9 Milliarden Franken. Der Beitrag der Kantone umfasst 2,6 Milliarden Franken, also weniger. Die am 23. Januar 2020 eingereichte Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)" fordert nun, dass die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Die Prämienverbilligung soll zu einem Anteil von mindestens zwei Dritteln vom Bund und zum verbleibenden Betrag von den Kantonen finanziert werden.





Obwohl wir die Prämien-Entlastungs-Initiative in der Kommission noch nicht behandelt haben, da wir darauf warten, zuerst den Gegenentwurf abzuarbeiten, erläutere ich Ihnen die Initiative, damit wir die Überleitung zum Gegenentwurf haben. Der Bundesrat lehnt die Initiative ab, insbesondere weil der Bund noch mehr beitragen müsste und es die Kantone sind, die die Kosten und die Leistungserbringung beeinflussen. Da die Prämien stärker steigen als die Einkommen, wäre auch dynamisch gesehen schnell mit hohen Mehrkosten für die Kantone und den Bund zu rechnen. Zudem blendet aus Sicht des Bundesrates die Initiative die Kostenseite aus.

Da die Versicherten bei einer Annahme der Initiative höchstens 10 Prozent ihres Einkommens für die Prämien aufwenden müssten, hätten sie je nach Umsetzung der Initiative weniger Anreize, besondere Versicherungsformen abzuschliessen. Deshalb werden die Auswirkungen der Initiative mit der Standardprämie geschätzt. Basierend darauf hätte die Initiative im Jahr 2020 zu Mehrkosten von 4,5 Milliarden Franken für Bund und Kantone geführt. Beim Bund wären es wesentlich mehr, da er zwei Drittel der Mehrkosten übernehmen müsste. Man schätzt die Kosten für den Bund auf rund 3,5 Milliarden Franken. Das ist die Initiative.

In seiner Botschaft an das Parlament anerkennt der Bundesrat das Problem der Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Deshalb schlägt er eine Änderung des KVG als indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative vor. Die Kantone sollen verpflichtet werden, die Prämienverbilligung so zu regeln, dass sie einem Mindestanteil der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im betreffenden Kanton entspricht. Damit erhalten die Kantone einen Anreiz, ihre Bruttokosten zu dämpfen. Insbesondere soll auch der Kantonsanteil nicht weiter sinken. Jeder Kanton soll einen bestimmten Mindestbeitrag leisten.

Jetzt zu den Details: Mit dieser Änderung sollen die Kantone verpflichtet werden, die Prämienverbilligung so zu regeln, dass diese in einem Kalenderjahr mindestens einem bestimmten Anteil der Bruttokosten der OKP entspricht. Dieser Anteil hängt davon ab, wie stark die Prämien die Versicherten mit unteren Einkommen des entsprechenden Kantons nach der Verbilligung belasten. Ein Kanton muss maximal 7,5 Prozent der OKP-Bruttokosten der Versicherten, die ihren Wohnsitz im Kanton haben, für die Prämienverbilligung aufwenden. Damit lehnt sich die neue Regelung an den Bundesbeitrag für die Prämienverbilligung an, der ebenfalls 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP beträgt. Neu soll in jedem Kanton ermittelt werden, wie stark die Prämien nach der Verbilligung die Versicherten mit den untersten 40 Prozent der Einkommen durchschnittlich belasten. Es ist also ein anderer Ansatz. Der Ansatz ist nicht individuell, auf die Einzelnen ausgerichtet, sondern aus Kantonsicht gestaltet, und es geht um die erwähnten untersten 40 Prozent.

Dafür soll auf das steuerbare Einkommen nach dem Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer (DBG) statt auf das verfügbare Einkommen abgestellt werden. Der Vorteil beim DBG ist, dass es eine für die ganze Schweiz einheitliche Festlegung ist. Neu sollen nicht nur die Standardprämien, sondern auch die Prämien der besonderen

AB 2022 S 1104 / BO 2022 E 1104

Versicherungsformen berücksichtigt werden. Somit werden die Auswirkungen aufgrund der mittleren Prämie statt aufgrund der Standardprämie geschätzt. Deshalb werden die Grenzwerte, die herangezogen werden, um die Minimalanforderungen in Prozent der Bruttokosten zu bestimmen, geändert. Neu sollen beim Bestimmen der Minimalanforderungen in Prozent der Bruttokosten die zwei sprunghaften Anstiege vermieden und eine lineare Kurve angestrebt werden.

Ich habe gesagt, die Beiträge lägen bei maximal 7,5 Prozent. Im Vorentwurf waren noch drei Stufen vorgesehen. Je nach verbleibender Prämienbelastung betrug im Vorentwurf der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten; ich komme dann in der Detailberatung darauf zurück. Der Bund soll den Mindestanteil der Kantone ermitteln, damit es keinen Wildwuchs gibt. Der Entwurf sieht mit zunehmender Prämienbelastung der Versicherten einen linearen Anstieg der Minimalvorgaben für die kantonalen Ausgaben für die Prämienverbilligung vor. Bei einer Prämienbelastung bis zu 10 Prozent des Einkommens sollen die Kantone mindestens 5 Prozent der kantonalen OKP-Bruttokosten für die Prämienverbilligung aufwenden. Zusätzlich werden ab einer Prämienbelastung von 18,5 Prozent die kantonalen OKP-Bruttokosten bei 7,5 Prozent gedeckelt. Das entspricht dann dem Maximalbeitrag, 7,5 Prozent analog zum Bundesbeitrag.

Was sind die Kosten dieses Gegenvorschlages des Bundesrates? Es entstehen keine Kosten für den Bund, weil er die Aufgabe, die Prämienverbilligung zu verbessern, den Kantonen gibt. Die Kosten für die Kantone werden auf etwa 500 Millionen Franken geschätzt.

Eine weitere Begründung für den Gegenvorschlag des Bundesrates und die einseitige Verteilung auf die Kantone ist, dass der Bund anteilig mehr an die Prämienverbilligung bezahlt als die Kantone, wie aufgezeigt wurde. Die Anteile der Kantone liegen zwischen 12,2 Prozent in Appenzell Innerrhoden und 66,7 Prozent in Genf,



wenn man von einem Total von 100 Prozent aus Kantons- und Bundesbeiträgen ausgeht. In Appenzell Innerrhoden trägt der Bund die restlichen 87,8 Prozent. Im Durchschnitt haben die Kantone 47,9 Prozent zur Prämienverbilligung beigetragen. Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Kantone rund 50 Prozent. Damals wurden die Prämien von knapp 30 Prozent der Versicherten verbilligt. Im Jahr 2020 sank der Wert auf 27,6 Prozent. Das ist einer der Hauptgründe dafür, dass der Bundesrat hier nur bei den Kantonen ansetzt. Er sagt eigentlich, dass der Anteil der Kantone gesunken ist, während sein Anteil gestiegen ist. Er will hier die Kantone in die Pflicht nehmen.

Noch etwas zur Verteilung der Prämienverbilligungen, zur Frage, wohin sie gehen – das wurde im Nationalrat zu einem Thema -: Im Jahr 2020 wurden von den 5,5 Milliarden Franken, welche für die Prämienverbilligung aufgewendet wurden, 3 Milliarden für die Prämienverbilligung von EL- und Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügern verwendet. Somit blieben 2,5 Milliarden Franken, um die Prämien der übrigen Versicherten zu verbilligen. Im Jahr 2020 entsprach dieser Betrag 46 Prozent der gesamten Prämienverbilligung. Im Jahr 2010 betrug der Anteil noch 56 Prozent. Zur Erinnerung: Der Bund trägt fünf Achtel und die Kantone tragen drei Achtel der Kosten der Ergänzungsleistungen. Die Entwicklung zeigt, dass die Problematik der Prämienverbilligung auch darin liegt, dass der Mittelbedarf für Bezüger und Bezügerinnen von Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe massiv angestiegen ist.

In der Sommersession 2022 hat der Nationalrat die Prämien-Entlastungs-Initiative mit 121 zu 67 Stimmen zur Ablehnung empfohlen und den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates mit 119 zu 66 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen. Der Nationalrat hat den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates in drei Punkten abgeändert. Insbesondere hat er beschlossen, dass die Prämienverbilligung für Ergänzungsleistungsbezüger separat finanziert werden soll. Dies führt dazu, dass die Kantone nicht, wie vom Bundesrat vorgesehen, 500 Millionen Franken mehr, sondern zwischen 800 und 900 Millionen Franken mehr für die Prämienverbilligung aufwenden müssen. Hinzu kommen aber noch rund 1,3 Milliarden Franken Mehrkosten für den Bund, weil er ja zu fünf Achteln zu den Ergänzungsleistungen beiträgt. Die Mehrkosten des indirekten Gegenvorschlages wären damit bei der Variante des Nationalrates rund halb so gross wie bei einer Annahme der Initiative.

Ihre Kommission hat die Initiative und den Gegenvorschlag an drei Sitzungen besprochen, am 6. September, am 13. Oktober und am 3. November. Dabei haben wir noch keinen Beschluss zur Initiative gefasst, da wir zuerst den Gegenvorschlag durch das Parlament behandeln lassen und damit Raum für einen bedingten Rückzug der Initiative offenlassen wollen. Wir haben von Ihnen anlässlich der Herbstsession eine Fristverlängerung für die Initiative bis zum 3. Oktober 2023 verlangt und zugebilligt erhalten. An einer ersten Sitzung haben wir die Kantone bzw. eine Vertretung der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) angehört, die auch die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) vertreten hat. Die GDK-Vertretung hat sich mit der Finanzdirektorenkonferenz (FDK) abgesprochen.

Die Kantone äussern sich ebenso kritisch zur Initiative wie zum indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Während die FDK beide Vorlagen ablehnt, kann sich die GDK immerhin mit dem indirekten Gegenvorschlag des Nationalrates anfreunden, verlangt aber, dass noch Verbesserungen vorgenommen werden sollen. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Kantone unterschiedliche Ausgangslagen hätten und dass eine einheitliche Stellungnahme schwierig wäre. Sie können sich erinnern, dass ich gesagt habe, dass Genf und Appenzell Innerrhoden als Extreme in der Tabelle sehr unterschiedliche Anteile an der Prämienverbilligung haben. Dazu haben wir verschiedene Analysen und Berichte eingeholt.

Wie bereits dargelegt, war die Verteilung der individuellen Prämienverbilligungen (IPV) an die Ergänzungsleistungsbezüger ein Thema. Gemeinhin, so auch von uns, wird natürlich festgestellt, dass für die "normalen" Einwohnerinnen und Einwohner, die weder Ergänzungsleistungen noch Sozialhilfe beziehen, immer weniger übrig bleibt. Als Thema ist das erkannt.

Im Grunde haben wir daraufhin zwei Themen vertieft diskutiert, was, davon gehe ich aus, auch heute der Fall sein wird:

1. Den Mindestbeitrag: Wie gesagt, sollen die Kantone neu verpflichtet werden, einen Mindestbeitrag für die Prämienverbilligung aufzuwenden. Das bezieht sich auf die 40 Prozent Einkommensschwächsten. Der Mindestanteil soll bis zu 7,5 Prozent der Bruttokosten betragen. Das sind, wie ich bereits gesagt habe, 500 Millionen Franken, wobei ich dann noch im Detail auf die Unterschiede zwischen den indirekten Gegenvorschlägen von Bundesrat und Nationalrat zu sprechen komme.

2. Das Sozialziel: In Anlehnung an die Volksinitiative sollen die Kantone im Rahmen des indirekten Gegenvorschlages des Nationalrates verpflichtet werden, ein Sozialziel zu definieren.

Die FK-S beantragt die Volksinitiative und den indirekten Gegenvorschlag, und zwar sowohl die Version des Nationalrates als auch die Version des Bundesrates, zur Ablehnung. Die Kommission ist mit 10 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung auf den Gegenvorschlag eingetreten. Da gleichzeitig die Motionen zum einmaligen Ausbau





der Prämienverbilligung um 30 Prozent auf 2023 zu beraten waren, haben wir alles gleichzeitig behandelt und auf diese Session hin abgeschlossen.

Ein Teil der Beratung drehte sich um die Suche nach abgestuften Lösungen bzw. um eine Version des Gegenvorschlages, die zwischen der Nationalrats- und der Bundesratsvariante liegt. Es waren vor allem Ideen da, wie man in der Version des Bundesrates den Bund noch stärker mit einbeziehen könnte, damit er neben den Kantonen auch einen Beitrag bezahlt. Heute macht der Beitrag des Bundes ja 7,5 Prozent der Kosten aus. Ein Anstieg des Bundesbeitrags um etwa 0,5 Prozent würde zu etwa 200 Millionen Franken Mehrkosten führen. Das ist etwa der "range", den wir diskutiert haben. Man könnte also von 7,5 auf 8 oder 8,5 Prozent gehen, mit entsprechenden Mehrkosten.

Auch diskutiert wurde eine Koppelung der Kantonsanteile an den Bundesbeitrag, damit diese nicht weiter absinken. Zum

AB 2022 S 1105 / BO 2022 E 1105

Beispiel müssten die Kantone 100 Prozent des Bundesbeitrages bezahlen. Das Sozialziel war in der Diskussion eigentlich nicht bestritten. Wir haben aber festgestellt, dass gewisse Kantone mit den Prämienverbilligungen eine hohe Wirksamkeit erzielen, andere eine weniger hohe.

Die Ihnen unterbreitete Vorlage ist nun nahe beim Entwurf des Bundesrates. Vor allem bei den Kosten übernimmt sie die Version des Bundesrates, dazu jedoch vom Nationalrat das Sozialziel und einige kleinere Anpassungen.

Eintreten war nicht oder nur wenig bestritten. In der Gesamtabstimmung hat Ihre Kommission mit 9 zu 4 Stimmen der Vorlage zugestimmt.

Ich beantrage Ihnen im Namen der Kommission, auf die Vorlage einzutreten.

**Würth Benedikt** (M-E, SG): Ich denke, bevor wir in eine solche Übung einsteigen, ist es nötig und zweckmässig, dass wir uns ganz grundsätzlich die Frage stellen, ob ein solcher Paradigmenwechsel, wie wir ihn hier vollziehen wollen, auch sachgerecht und richtig ist und ob das geltende System wirklich revisionsbedürftig ist. Was ist der Kern des geltenden Systems? Dafür muss man in der Geschichte etwas zurückgehen, das wurde auch vom Berichterstatter angesprochen. Wir haben das System damals beim Übergang zum neuen Finanzausgleich (NFA) so konzipiert, dass 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP seitens des Bundes gebunden sind. Dass das diesbezügliche Wachstum dynamisch verläuft – es ist so –, kann man hinterfragen. Gleichzeitig, und das ist bei dieser Vorlage der springende Punkt, haben wir damals gesagt, dass die Kantonsbeiträge unabhängig vom Bundesbeitrag aufgestockt werden müssen, und zwar nach Massgabe des Prinzips der Verbilligung zugunsten der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Wenn Sie das Protokoll der damaligen Debatte konsultieren, dann sehen Sie, dass man ganz bewusst einen relativ offenen Rahmen setzen wollte. Man sagte nämlich, dass die Kantone am Ende des Tages am besten wüssten, wie diese IPV-Dosierung sozialpolitisch zu machen sei. Das ist auch in weitere sozialpolitische Massnahmen eingebunden.

Die Einkommensverhältnisse sind in den Kantonen zudem sehr unterschiedlich. Auch punkto Wirtschaftskraft sind die Verhältnisse unterschiedlich. Wir haben, das ist ganz wichtig, hochgradig unterschiedliche Verhältnisse, was die Gesundheitskosten und die Prämienlast anbelangt. Aufgrund dieser Diversität und des Problems, das wir diesbezüglich haben, hat man gesagt: Wir müssen den Kantonen die Freiheit lassen, eine sachgerechte IPV-Dosierung zu machen, sodass die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen unterstützt werden. Später hat das Parlament eine, wenn Sie so wollen, erste Übersteuerung für die Kinder und die jungen Erwachsenen vorgenommen. Vor einigen Jahren hat der Bundesgesetzgeber diesbezüglich gewisse Vorgaben gemacht: Verbilligung der Prämien um mindestens 80 Prozent bei den Kindern und mindestens 50 Prozent bei den jungen Erwachsenen. Das hat auch noch zu Gerichtsentscheiden geführt usw.

Wenn man vom NFA spricht, muss man auch die Globalbilanz erwähnen. Das war immer eine Diskussion, auch zwischen Bund und Kantonen, weil der Kantonsanteil, das räume ich ein, insbesondere als Folge von Sparpaketen nicht mehr bei 50 Prozent lag. Aktuell sind wir wieder relativ ausgeglichen mit etwa 53 Prozent beim Bund und 47 Prozent bei den Kantonen. Die Globalbilanz, die man damals bei der NFA-Diskussion festgelegt hat, ist relativ gut eingehalten.

Ich sage nicht, dass das Modell, welches man damals ausgewählt hat, ein perfektes Modell sei, das sage ich überhaupt nicht. Im Grunde genommen gibt es zwei Alternativen: Sie können eine Reform in Richtung konsequenter Entflechtung machen; hier gibt es auch Ideen. Die Botschaft führt auch kurz aus, dass man überlegt hat, die IPV vollständig den Kantonen zu übertragen, im Gegenzug dafür die Ergänzungsleistungen als nationale Aufgabe zu deklarieren. Diese Diskussionen versandeten ein Stück weit wieder. Diese Aufgabenteilung wurde verschoben. In der Botschaft heisst es, dass man das Thema Mitte 2023 wieder aufnehmen wolle. In der



Finanzkommission wurde gesagt, dass es Mitte 2024 werden dürfte, weil die Kantone hier ein Monitoring machen wollen. Das wäre aber ein möglicher konzeptueller Weg, der in eine konsequente Aufgabenentflechtung münden würde. Ich persönlich fände das immer noch das Richtige.

Der andere Weg, den Sie mit dieser Vorlage auf dem Tisch haben, führt in eine weitere Verflechtung in diesem Bereich. Wie ich einleitend erwähnt habe, führt das zu einem eigentlichen Paradigmenwechsel, indem der Bundesgesetzgeber sagt: Wir legen gewisse Rahmenbedingungen im Sinne eines Mindestbeitrags zulasten der Kantone fest. Die Kantone sind also nicht mehr frei, sie sind nicht mehr unabhängig, wie das damals im Jahr 2008 diskutiert und entschieden wurde.

Nach meiner persönlichen Einschätzung ist das der falsche Weg. Eine weitere Verflechtung in diesem Bereich halte ich für konzeptionell nicht gut. Ich bin auch der Meinung, dass man diese Freiheit weiterhin den Kantonen lassen soll, weil die sozialpolitische Einbettung des IPV-Systems in die kantonalen Gegebenheiten nach wie vor sachgerecht ist.

Man spürt auch – Sie haben es im Eintretensvotum des Berichterstatters gehört, und Sie sehen es auch in der Botschaft -: Wie auch immer an diesem System hantiert wird, sind die Verwerfungen erheblich, weil wir eben als Ausgangslage anerkennen müssen, dass wir grosse kantonale Unterschiede haben. Es ist im Grunde genommen ein kaum zu lösender Knoten, wenn Sie anfangen, das bundesgesetzlich zu übersteuern. Die Zahlen finden Sie auf den Seiten 34 und 35 der Botschaft. Die Effekte zulasten der Kantone bewegen sich zwischen 0 und 95 Millionen Franken. Das sind doch erhebliche Zusatzlasten für die Kantone.

Ich bin der Meinung – das ist letztlich eine grundsätzliche Frage –, dass man die IPV-Steuerung, die Feinsteuerung letztlich den gewählten Regierungen, den gewählten Parlamenten in den Kantonen überlassen sollte. Schliesslich würde ich sagen, dass in fast allen Kantonen über Volksentscheide auch die Frage der richtigen Dosierung der IPV entschieden wurde.

Beide Gegenvorschläge, jener vonseiten des Nationalrates wie auch jener vonseiten des Bundesrates, verpflichten die Kantone – ich wiederhole das gerne nochmals –, einen bestimmten Rahmen, ein bestimmtes Mindestniveau einzuhalten. Diesen Durchgriff finde ich einfach konzeptionell falsch. Wir müssen uns bewusst sein, dass wir als Bundesgesetzgeber damit gebundene Ausgaben bei den Kantonen schaffen. Das heisst mit anderen Worten, dass die kantonalen Regierungen, die kantonalen Parlamente und auch die kantonalen Souveräne nicht mehr davon abweichen können. Das ist die Konsequenz, wenn wir diesen Paradigmenwechsel vollziehen. Das halte ich für finanzpolitisch wie auch für staatspolitisch verfehlt.

Die Finanzkommission unseres Rates hat im Rahmen eines Mitberichtes genau diese Grundsatzfragen diskutiert, das möchte ich hier in Erinnerung rufen. Wir sind mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung zum Schluss gekommen, dass die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen sei; mit 8 zu 0 Stimmen bei 5 Enthaltungen haben wir beschlossen, dass der Gegenvorschlag des Bundesrates abzulehnen sei; und mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung haben wir beschlossen, dass auch der Gegenvorschlag des Nationalrates abzulehnen sei. Das ist das Ergebnis der Diskussion Ihrer Kommission, die sich um die Finanzen kümmert. Ich denke, als Ständerätinnen und Ständeräte sind wir auch aufgerufen, das Gesamtsystem anzuschauen, beide Staatsebenen, Bund und Kantone, den Fokus nicht nur auf den Bundeshaushalt zu legen, sondern auch zu überlegen, welche Auswirkungen dies auf die kantonalen Haushalte hat.

Ich komme zum Fazit: Ich bin der Meinung, dass sowohl die Initiative als auch die beiden indirekten Gegenvorschläge im Kern falsch konzipiert sind. Wenn schon, müsste man mit der Reform auf eine Entflechtung hinsteuern, nicht in Richtung weiterer Verflechtungen mit problematischen Allokationen zulasten der kantonalen Haushalte.

Wenn wir in diesem Rat die Kantone weiterhin laufend und an den gewählten Institutionen vorbei übersteuern und meinen, Bern wisse besser, was für den Kanton X und den Kanton

AB 2022 S 1106 / BO 2022 E 1106

Y gut sei, dann gehen wir meines Erachtens in eine falsche Richtung. Die Mehrkosten zulasten einzelner Kantone, ich habe es erwähnt, sind massiv. Natürlich kann man nochmals etwas korrigieren – entsprechende Anträge liegen ja auch vor –, aber konzeptionell ist es der falsche Weg.

Zudem wissen Sie auch, wie es in der Politik läuft. Wenn Sie bei einem Gesetz wie dem KVG bestimmte Stellschrauben erst einmal etabliert haben, wird man später auch gewillt sein, wieder an diesen Stellschrauben zu drehen. Folglich geht es hier eben um eine konzeptionelle Frage und letztlich auch um einen Paradigmenwechsel.

Vielleicht haben Sie kürzlich das Interview mit Peter Sloterdijk in der "Neuen Zürcher Zeitung" gelesen. Meines Erachtens hat er dort einen sehr guten Satz für die Politik gesagt, und zwar, dass die Lösungen nie schlimmer sein sollten als die Probleme. Ich meine, das passt zu dieser Vorlage. Ich bestreite keineswegs, dass bei der



IPV Handlungsbedarf besteht, aber die Frage ist, wie mit diesem Handlungsbedarf umgegangen werden soll: Soll der Bundesgesetzgeber übersteuern, oder sollen wir darauf vertrauen, dass die kantonalen Instanzen die IPV bei entsprechendem Bedarf auch anpassen?

Aktuell ist der Bedarf offenkundig, die Situation an der Prämienfront kennen Sie. Mein Kanton beispielsweise hat gestern im Rahmen des Budgets 2023 zusätzliche 36 Millionen Franken beschlossen, andere Kantone fassen ähnliche Beschlüsse. Es ist ja nicht so, dass unsere gewählten Behörden, die Kantonsregierungen und -parlamente, in dieser Frage schlafen würden, sie nehmen ihre Verantwortung wahr.

In diesem Sinne, aber auch im Sinne sehr grundsätzlicher Überlegungen bin ich persönlich zum Schluss gekommen, dass die indirekten Gegenvorschläge von Bundesrat und Nationalrat falsch aufgegleist sind und dass wir in der Abwägung besser beim geltenden System bleiben und somit auch das Vertrauen in die Kantone aufrechterhalten sollten. Die Kantone erkennen den Handlungsbedarf, und sie passen die IPV-Budgets auch an.

**Carobbio Guscelli** Marina (S, TI): Les primes d'assurance-maladie représentent une charge de plus en plus lourde pour de nombreux ménages en Suisse. Tandis que les salaires et les rentes sont restés stables depuis longtemps, voire ont diminué dans certains cas, les primes d'assurance-maladie ont doublé au cours des 20 dernières années. Aujourd'hui, la charge que représentent les primes s'élève en moyenne à 14 pour cent du revenu. La situation empire avec l'augmentation massive des primes prévue pour l'année prochaine. Cette charge est beaucoup plus élevée pour certains groupes de ménages – je pense à certaines familles ou aux personnes seules –, qui dépensent jusqu'à 20 pour cent de leur revenu pour les primes d'assurance-maladie, auxquelles il faut ajouter les coûts non couverts par l'assurance-maladie obligatoire, tels que la franchise, les contributions aux primes, les médicaments et les traitements non couverts par l'assurance obligatoire et payés directement par l'assuré. Il est donc urgent d'agir pour maîtriser à long terme cette situation insupportable pour de nombreux ménages.

Une réponse doit s'appuyer à la fois sur des mesures de révision du financement des primes d'assurance-maladie et sur la maîtrise des coûts. Le Conseil national l'a fait en juin dernier en adoptant un contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts et en adoptant un contre-projet à l'initiative visant à limiter les primes d'assurance-maladie.

Le contre-projet du Conseil national est courageux – nous en discuterons dans la discussion par article si nous entrons en matière – et va dans la bonne direction.

L'initiative d'allègement des primes garantit qu'aucune famille ne devrait consacrer plus de 10 pour cent de son revenu disponible aux primes d'assurance-maladie. Elle fixe donc un objectif social. Lors de l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire, le Parlement avait promis que la charge des primes ne serait pas trop élevée pour les familles à moyen et à faible revenu. En soumettant un contre-projet indirect, le Conseil fédéral d'abord, puis le Conseil national et notre Commission de la sécurité sociale et de la santé publique ont tenu compte du problème soulevé par l'initiative populaire, celui de la charge des primes d'assurance-maladie.

Le problème est la charge sur le revenu des ménages, en particulier pour la classe moyenne et la classe moyenne inférieure qui ne reçoivent pas d'aide pour réduire le montant de leurs primes. Bien que les solutions du Conseil fédéral, du Conseil national et de la majorité de la commission au sujet de la contribution de la Confédération et des cantons à la réduction des primes soient différentes, il existe pour la première fois une volonté d'agir, en modifiant la loi sur l'assurance-maladie en y introduisant le principe suivant: les cantons doivent définir le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible de l'assuré résidant dans le canton.

De nombreux acteurs du secteur de la santé, certains cantons, la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales, les organisations de défense des droits des patients, Caritas ou même la FMH, tous reconnaissent aussi la nécessité de proposer un contre-projet à l'initiative et de prévoir ainsi des mesures correctives. La proposition de notre collègue Würth de ne pas entrer en matière est donc incompréhensible.

Le fédéralisme sera respecté avec les différents modèles de contre-projet. Mais les mesures urgentes de réduction des primes ne peuvent pas être déléguées aux cantons sans, par exemple, au moins fixer une contribution minimale de chaque canton à la réduction des primes d'assurance-maladie.

Monsieur Würth, tout à l'heure, vous nous avez rappelé l'origine du système de réduction des primes. C'est un système qui, aujourd'hui, face à la situation que j'ai évoquée – l'augmentation des primes –, a besoin d'un correctif urgent. Renvoyer cette discussion à la discussion sur la péréquation financière signifie non seulement de ne pas prendre de décision dans l'immédiat, mais également dans les trois ou quatre prochaines années. Nous savons que discuter de la péréquation financière signifie renvoyer la discussion à je ne sais quand, cinq, six années ou encore plus, sans être sûrs de trouver une solution.



Donc, voilà pourquoi il est important d'entrer en matière aujourd'hui et de discuter des solutions qui nous sont proposées. Ceci est d'autant plus vrai que, dans son message au Parlement, le Conseil fédéral admet que la charge que représente le paiement des primes d'assurance-maladie est un problème pour les ménages suisses. Le Conseil fédéral souligne également que ces dernières années, malgré la hausse continue des coûts de la santé, certains cantons n'ont pas augmenté leur contribution à la réduction des primes dans la même mesure que la Confédération. En 2020, la contribution de la Confédération à la réduction des primes s'est élevée à 2,9 milliards de francs, celle des cantons à 2,6 milliards. Cependant, les contributions des cantons varient fortement: de 12 à 67 pour cent du montant de la prime.

Agire sulla riduzione dei premi cassa malati è urgente. Alla fine del 2022 i salari reali dei lavoratori con redditi bassi o medio-bassi sono ancora più bassi rispetto a quelli del 2016. L'onere dei costi sanitari e soprattutto dei premi cassa malati è sempre più insostenibile per molte economie domestiche, per molte famiglie e per molte persone sole.

Come sappiamo, dall'introduzione della LAMal i premi sono più che raddoppiati mentre gli aiuti per la riduzione dei premi sono sì aumentati ma solo del 41 per cento in media; la consistenza degli aiuti varia da cantone a cantone.

Con l'esplosione dei premi prevista nell'anno prossimo, gli aiuti a molte famiglie non saranno più sufficienti per garantire loro un certo potere d'acquisto e un certo reddito disponibile. Bisogna poi mettere in conto che alla straordinaria esplosione dei premi nel 2023 si aggiungeranno l'inflazione, che colpisce tutti ma pesa di più su chi ha un reddito medio o basso, nonché l'aumento del costo dell'energia.

Tutti riconoscono che è necessario intervenire sul finanziamento dei premi, soprattutto per le fasce di reddito medio e medio-basso, per le famiglie, per le persone sole e per i pensionati. Oggi abbiamo l'occasione di fare qualcosa per migliorare la difficile situazione, discutendo il controprogetto e adottando la soluzione migliore e più efficace – a mio parere è quella del Consiglio nazionale, lo vedremo in seguito –, ma per poterne discutere dobbiamo prima entrare in

**AB 2022 S 1107 / BO 2022 E 1107**

materia. Oggi dobbiamo evitare di non prendere una decisione e lasciare che si vada verso una medicina a due velocità.

Perché lo dico? Perché ci sono studi che dimostrano che sempre più economie domestiche rinunciano a certe prestazioni sanitarie a causa dei costi, per non dover pagare le franchigie, per non partecipare ai costi. Il 16 per cento della popolazione svizzera non va dal medico per motivi economici. Il 12 per cento degli assicurati rinuncia a ulteriori trattamenti necessari a causa dei costi. La riduzione individuale dei premi è anche uno degli strumenti più importanti ed efficaci per combattere la povertà.

Il controprogetto indiretto, di cui discutiamo la forma, avrà infatti anche un effetto sui costi – come d'altronde l'avrebbe anche l'iniziativa popolare. Il contributo cantonale in percentuale dei costi lordi dell'assicurazione malattia obbligatoria può costituire un incentivo a intraprendere maggiori azioni per il contenimento dei costi sanitari da parte dei cantoni. Questo viene confermato anche dai rapporti che abbiamo ricevuto durante l'esame commissionale.

Il collega Würth usa la parola "Übersteuerung", iperregolazione, quale argomento per la sua proposta di non entrare in materia, per rifiutare il controprogetto anche nella sua forma minima. Ma come si fa a parlare di iperregolazione, quando si discute di mettere a disposizione più mezzi finanziari e di definire una quota minima di finanziamento per ridurre i premi? È questa, l'iperregolazione? Non dovrebbe essere questa una volontà finalmente concreta di rispondere a quello che ci chiede sempre di più la popolazione, quando dice che la politica sanitaria non agisce mai con proposte concrete per la riduzione dei premi o per il contenimento dei costi? Dimostriamo oggi la nostra buona volontà, dimostriamo che creiamo seriamente delle misure per ridurre il peso dei premi cassa malati. Non perdiamo l'occasione di fare finalmente qualcosa e di agire a favore della classe media, delle famiglie, dei pensionati, delle persone sole che l'anno prossimo non ce la faranno più a pagare i premi cassa malati.

Per cui, entriamo in materia e adottiamo il controprogetto! A mio parere, il controprogetto migliore è quello del Consiglio nazionale, perché è coraggioso ed efficace, finalmente atto a ridurre i premi cassa malati, grazie anche ai mezzi supplementari che verrebbero messi a disposizione da Confederazione e cantoni, aumentando così il numero dei beneficiari degli aiuti e salvaguardando il potere d'acquisto di molte economie domestiche anche a lungo termine. Prima di poter discutere le proposte in dettaglio, dobbiamo però entrare in materia. Vi invito a non uscire a mani vuote, a dare oggi un segnale concreto ed entrare in materia – la popolazione se lo aspetta.



**Hegglin** Peter (M-E, ZG): Das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt ist seit 1995 um 2,7 Prozentpunkte gestiegen und stand 2020 bei 11,3 Prozent oder 801 Franken pro Kopf und Monat. Damit weist die Schweiz den zweithöchsten Wert der OECD-Staaten auf. Nur die USA liegen mit 16,9 Prozent vor der Schweiz. Nach der Schweiz folgt dann Deutschland mit 11,2 Prozent. Beruhigend ist, dass wir für dieses Geld auch etwas bekommen. Wir dürfen stolz sein, dass wir eines der besten Gesundheitswesen der Welt haben. Allen Beschäftigten in diesem Sektor gehört deshalb ein sehr grosser Dank. Sie setzen sich Tag und Nacht für kranke und verunfallte Personen ein, um ihnen bei der Heilung zu helfen oder belastende Situationen zu lindern.

Die Kehrseite dieser Medaille sind die Kostensteigerungen für die öffentliche Hand, aber vor allem auch für die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Die Kosten in der OKP haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren mehr als verdoppelt. Im Durchschnitt mussten die Prämienzahler jedes Jahr rund 4 Prozent mehr bezahlen als im Vorjahr. Da die Gesundheitskosten stärker gestiegen sind als das durchschnittlich verfügbare Einkommen, hat die Prämienbelastung in den vergangenen Jahren anteilmässig zugenommen. Der Anteil beträgt gemäss dem aktuellsten Monitoring des Bundesamtes für Gesundheit rund 14 Prozent des verfügbaren Einkommens. 2010 betrug der Anteil 10 Prozent. Diese Entwicklung ist problematisch, da die privaten Haushalte knapp zwei Drittel der Gesamtkosten tragen und so am meisten zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen. Diese Kostenentwicklung ist zu bremsen.

Die steigende Prämienlast erscheint im Sorgenbarometer denn auch weit oben. Es ist verständlich, dass die politischen Parteien nach Lösungen in diesem Bereich suchen, die Mitte mit der Kostenbremse-Initiative. Die Kostenbremse-Initiative verlangt, dass Bundesrat, Bundesversammlung und Kantone eingreifen müssen, wenn die Gesundheitskosten im Vergleich zur Lohnentwicklung zu stark steigen. Laut Experten könnten heute 20 Prozent oder 6 Milliarden Franken der Kosten in der obligatorischen Grundversicherung ohne Qualitätsverlust eingespart werden. Es ist offensichtlich: Die Behörden und die Akteure im Gesundheitswesen haben versagt. "Nehmen wir sie in die Pflicht!", so das Zitat der Kostenbremse-Initiative.

Die Volksinitiative der SP verlangt eine Prämientlastung für die Versicherten. Die Versicherten sollen nicht mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens dafür aufwenden müssen. Dies soll mittels höherer IPV erreicht werden. Der Bund soll dabei zwei Drittel der Kosten tragen. Das ist das falsche Medikament. Es verteilt nur die Kosten, ohne die Ursachen zu bekämpfen. Diese Initiative und auch der indirekte Gegenvorschlag des Nationalrates sind deshalb abzulehnen. Der Bund ist seiner Verantwortung nachgekommen. Er hat seit 2010, seit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung, seinen Anteil – 7,5 Prozent der Bruttokosten – geleistet. Sein Beitrag ist um 874 Millionen Franken oder 3,7 Prozent pro Jahr angestiegen. Es sind vielmehr einzelne Kantone, die in den vergangenen Jahren ihren Verpflichtungen nicht nachgekommen sind. Sie bezahlen ja nur 46,6 Prozent.

Mit dem Gegenvorschlag des Bundesrates werden die Kantone in die Pflicht genommen. Sie werden verpflichtet, einen Anteil der kantonalen Gesundheitskosten für die IPV zu verwenden. Damit werden sie versuchen, die Kostensteigerung zu bremsen und haushälterisch mit den Mitteln umzugehen, zum Beispiel bei der Spitalplanung oder bei der Ärztezulassung. Das dürfte zur Kosteneinsparung beitragen. Damit wird indirekt auch ein Anliegen der Kostenbremse-Initiative der Mitte aufgenommen. Das ist für mich auch ein Grund, auf diesen Gegenvorschlag des Bundesrates einzutreten.

Zu beachten ist aber, dass in der Ausgestaltung der IPV die Kantone weiterhin autonom bleiben und auch autonom bleiben sollen. Damit wird ein Grundsatz der fiskalischen Äquivalenz eingehalten. Es wird auch keine zusätzliche horizontale oder vertikale Umverteilung eingeführt. Es gibt auch keine weitere Verflechtung in der Aufgabenerfüllung zwischen Bund und Kantonen. Wichtig ist aber auch, dass Kantone mit einer gut funktionierenden IPV nicht verpflichtet werden, zusätzliche Mittel für die IPV auszugeben.

Mir scheint auch noch sehr wichtig, dass aus den Parametern zur Berechnung des Mindestanteils in Artikel 65 Absätze 1ter bis 1septies keine IPV abgeleitet werden kann. Diese Parameter sind allein für die Bestimmung der Gesamtkosten der Kantone für die IPV relevant. Das ist sehr wichtig. Es ist auch keine Vorgabe für die Kantone, wie sie ihre kantonalen Prämienverbilligungsmodelle auszugestalten haben.

Die Berechnungsmethode im vorliegenden Gesetz finde ich auch lückenhaft. Sie stützt sich nämlich nur auf das steuerbare Einkommen nach dem DBG, weil der Bund nur über einheitliche Daten zum Einkommen, nicht aber über einheitliche Daten zum Vermögen verfügt. In der Ausgestaltung der IPV beziehen die Kantone aber auch Vermögenswerte ein. Das scheint mir sehr relevant zu sein. So tut dies zum Beispiel auch mein Kanton. Er korrigiert das steuerbare Einkommen und ergänzt es mit einem 10-Prozent-Anteil vom Reinvermögen. Er korrigiert auch bei allfällig einbezahlten Beiträgen in den freiwilligen Bereich der zweiten Säule – ich denke, das ist relevant – oder auch bei Beiträgen an die Selbstvorsorge oder bei den Kosten für den Liegenschaftsunterhalt. Mit diesen Mitteln ist es dem Individuum möglich, das steuerbare Einkommen zu manipulieren. Ich



meine, bei der Berechnung der IPV sollte das ausgeschlossen werden können.

Das ist ja auch ein Mangel beim Vergleich der verschiedenen kantonalen Prämienverbilligungssysteme durch den Bund: Der Bund stützt sich nur auf das steuerbare Einkommen. Ich

AB 2022 S 1108 / BO 2022 E 1108

kann den Kanton Zug erwähnen, er hat ein Sozialziel von 8 Prozent. Es ist also besser als das, was im Bundesgesetz vorgesehen ist. Beim Vergleich des Bundes kommt der Kanton Zug aber auf 10 Prozent; das ist eben wegen dieser Korrekturen in Bezug auf das Vermögen oder die freiwilligen Beiträge an die Sozialversicherungen der zweiten Säule und der dritten Säule. Ich meine, wir haben im Kanton Zug eine sehr gute IPV. Die Prämienlast ist tief. Es kann nicht sein, dass solche Kantone durch den Gegenvorschlag des Bundesrates noch mehr für die IPV aufbringen müssen.

Ich habe deshalb in der Kommission einen Antrag eingereicht. Er ist als Minderheitsantrag im Mitbericht festgehalten. Im Nachgang zu den Kommissionssitzungen hat das Bundesamt uns dann eine Berechnung zu dieser Version unterbreitet. Aus dieser geht hervor, dass mein Kanton dabei sogar mehr Kosten zu tragen hätte als gemäss Entwurf des Bundesrates. Ich werde deshalb meinen Minderheitsantrag zurückziehen und habe einen Einzelantrag eingereicht, um meinem Anliegen Nachachtung zu verschaffen. Ich werde in der Detailberatung noch darauf eingehen.

**Rechsteiner Paul (S, SG):** Geschätzter Kollege Würth, Sie haben gesagt, das heutige System sei sachgerecht, es habe sich bewährt. Das haben Sie nicht als humoristische Einlage, sondern im heiligen Ernst vorgebracht. Geben Sie sich Rechenschaft darüber, was eine solche Aussage heisst. Es gibt heute viele Familien, Alleinstehende, Erwerbstätige, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Rentnerinnen und Rentner in Einkommensbereichen von 40 000, 50 000, 60 000 oder 70 000 Franken. Je nachdem, wie sich die Verhältnisse präsentieren, zahlen sie für die Krankenkassenprämien 14 Prozent, 16 Prozent, im Extremfall 18 bis 20 Prozent ihres Einkommens. In vielen dieser Einkommensbereiche übersteigt die Last der Krankenkassenprämien die Steuerlast. Wir schweigen über Selbstbehalte und Franchisen, die übrigen Kosten, die den Betroffenen entstehen. Man kann es so verstehen: Die Krankenkassenprämien sind wie eine Kopfsteuer. Sie sind inzwischen weit drückender geworden, und zwar ist die Entwicklung negativer als in der Vergangenheit.

Das System ist dysfunktional, es ist vor allem seit dem NFA dysfunktional geworden. Ich hatte als Einziger von uns die Ehre, in den 1990er-Jahren dabei zu sein. Sie können sich aber daran erinnern: Als das KVG geschaffen wurde, sagte man, dass man den Haushalten Prämienzahlungen von 8 Prozent des Einkommens zumuten kann. Das System der Prämienverbilligungen war ja das Korrektiv der Kopfprämie. Es sollte auf die wirtschaftliche Lage der Betroffenen Rücksicht nehmen.

Es hätte andere Möglichkeiten der Finanzierung gegeben, die auch diskutabel gewesen wären. Bei Sozialversicherungen haben sich normalerweise Lohnversicherungen bewährt. Die Krankenkassen werden über Kopfprämien finanziert, was grundsätzlich eine sehr unsoziale Form der Finanzierung ist. Um das zu korrigieren, ist das System der Prämienverbilligungen geschaffen worden: Niemand soll mehr als 8 Prozent seines Einkommens für die Krankenkassenprämien bezahlen müssen. Wir wissen, dass wir von diesem Ziel sehr weit entfernt sind. Die Volksinitiative der Partei, der ich angehöre, zielt auf einen realistischen Wert von 10 Prozent ab, aber in der Logik des Prämienverbilligungssystems, so wie es in den 1990er-Jahren mit dem damals neuen KVG geschaffen wurde. Jetzt haben wir einen Gegenvorschlag dazu, und heute sprechen wir über diesen, nicht über die Initiative.

Der Gegenvorschlag antwortet auf die Dysfunktionalität der Entwicklung seit dem NFA. In diesem wurden die Kantone von ihren Verpflichtungen befreit. Vorher mussten sie einen bestimmten Anteil der Kosten finanzieren und hielten sich auch daran, entsprechende Mittel aufzubringen. Seither ist das nicht mehr der Fall.

Was sind die Erfahrungen? Die Stellungnahme des Bundesrates im Jahr 2020 auf ein Postulat von Nationalrätin Ruth Humbel, die Ihnen ja auch nahesteht, hat es gezeigt: Bei neun Kantonen hat sich die Situation so entwickelt, dass sie sich in diesem Zeitraum entlastet und ihre Beiträge abgebaut haben, obwohl die Prämien massiv gestiegen sind. Der Bund hat seine Pflicht weiterhin erfüllt und 7,5 Prozent der Bruttokosten übernommen. Der Bund und, das ist einzuräumen, eine ganze Reihe von Kantonen haben ihre Pflicht erfüllt. Wie immer in der Schweiz ist es von Kanton zu Kanton verschieden. Aber es ist so, dass wir in verschiedenen Kantonen doch eine dramatische Entwicklung bei der Entlastung haben. Im Wesentlichen finanzieren sie damit noch die Ergänzungsleistungen und den Krankenkassen- und Sozialhilfeanteil. Dafür war das System ursprünglich gar nicht gedacht, und die normalen Erwerbstätigen, die normalen Rentnerinnen und Rentner gehen leer aus oder kommen immer schlechter weg. Darauf antwortet der Gegenvorschlag, der vorhin auch von Kollege Hegglin erläutert worden ist.



Hier muss man sagen, dass man nicht übersehen kann, dass dieses Problem besteht. Auch das Bundesgericht hat im Falle Luzerns ja klipp und klar festgehalten, dass es nicht so geht, wie man das dort gemacht hat. Es haben zwar nachher Korrekturen stattgefunden, aber es gibt ein Problem: Wir haben hier eine schweizerische Gesetzgebung, das KVG ist schweizerisches Recht. Die Finanzierung der Krankenversicherung ist nicht von Kanton zu Kanton verschieden, sondern es handelt sich um eine schweizerische Regelung. Entsprechend ist es auch Aufgabe und Pflicht des eidgenössischen Gesetzgebers, unter Einschluss unseres Rates, dafür zu sorgen, dass die Regeln eingehalten werden. Das erfordert das Eintreten auf einen Gegenvorschlag.

Inhaltlich gesehen, Kollege Würth, gibt es natürlich eine grosse Spannweite von Regelungsmöglichkeiten. Der Nationalrat hat einen anderen Ansatz gewählt als der Bundesrat und die Mehrheit der vorberatenden Kommission. Man will den Bund bei der Neugestaltung der Prämienverbilligung noch stärker als heute mit in die Pflicht nehmen. Das wird zu diskutieren sein, aber damit das diskutiert werden kann, auch zwischen den Räten, in einer sachlichen Art und Weise, muss auf einen Gegenvorschlag eingetreten werden. Zudem hat der Nationalrat seinen Gegenvorschlag mit klaren Mehrheiten verabschiedet, was heisst, dass man hier auf diese Vorlage eintreten muss.

Man kann und darf die Augen nicht verschliessen vor der drängenden Prämienlast, auch mit den neuen Prämien erhöhungen, die nächstes Jahr stattfinden. Es wäre angesichts ihrer Bedürfnisse ein Schlag ins Gesicht der Prämienzahlenden, hier einfach die Arbeit zu verweigern und zu sagen, alles habe sich bewährt und alles sei bestens in dieser Welt. Es ist eben nicht alles bestens: Wir sind gefordert, unsere Pflicht zu erfüllen, nicht nur in der Energiepolitik und in anderen Politikbereichen, sondern auch hier, wo es um die Krankenkassen, um die Finanzierung geht.

Eine letzte Bemerkung: Sie haben auf die Stellungnahme der Finanzdirektorenkonferenz verwiesen. Diese Stellungnahme ist auch in die Beratungen der vorberatenden Kommission eingeflossen – mit Kollege Hegglin als ehemaligem Präsidenten dieser Konferenz haben Sie normalerweise einen beredten Fürsprecher solcher Anliegen. Die GDK und die Sachbereichskommission haben sich aber klar für Eintreten auf den Gegenvorschlag ausgesprochen. Es braucht einen Gegenvorschlag.

Ich bitte Sie, die Korrekturen bei der Prämienverbilligung im Sinne unserer Pflicht als Bundesgesetzgeber vorzunehmen. Das setzt voraus, dass wir auf den Gegenvorschlag eintreten.

**Stark** Jakob (V, TG): Es ist richtig, Herr Rechsteiner: Wir haben ein grosses Problem. Wir haben ein Problem mit dem Kostenschub im Gesundheitswesen. Es hat sich nicht alles bewährt. Die Prämienverbilligung ist ein sehr wichtiges Instrument. Aber die Frage stellt sich schon, ob mit dem Gegenvorschlag, der uns hier unterbreitet wird, der richtige Weg begangen wird.

Sie erinnern sich an die Regelung vor 2010: Die Bundesanteile an die IPV, die an die Kantone flossen, waren an die Höhe der Anteile der Kantone geknüpft. Das hat sehr gut funktioniert. Die Kantone hatten einen klaren Anreiz, ihre Prämienverbilligung relativ grosszügig auszugestalten. 2010 kam die neue Regelung. Hier haben wir bei den Kantonen tatsächlich einen gewissen Rückgang beobachtet. Wenn man diese Verknüpfung aber wieder einführen will, ohne dass man die

AB 2022 S 1109 / BO 2022 E 1109

Kantone zu dirigistisch in die Pflicht nimmt, müsste man genau auf diesen Weg zurückkehren und die Bundesbeiträge in einem gewissen Ausmass an die Höhe der Prämienverbilligung in den Kantonen knüpfen.

Was wir hier unterbreitet bekommen – und ich spreche nur zum Eintreten auf Vorlage 2 –, ist eine dirigistisch-zentralistische Lösung für die Prämienverbilligung in den Kantonen, die den Kantonen den Spielraum nimmt. Schauen Sie in der Verfassung nach: Das Gesundheitswesen, das Sozialwesen ist und bleibt in der Hauptverantwortung der Kantone. Die Kantone werden ihre Verantwortung jetzt auch spüren und wahrnehmen.

Ich bin nicht prinzipiell dagegen, dass man zwischen den Bundesbeiträgen und den Kantonsbeiträgen wieder eine Verbindung schafft. Wenn wir jetzt aber diesen Gegenvorschlag gutheissen, machen wir eine Verbindung, die einmal mehr in einem wichtigen Bereich in die kantonale Hoheit eingreift und viel zu viel vorschreibt. Die Kantone sind in der Verantwortung. Nehmen wir sie in die Verantwortung!

Ich bitte Sie, den Antrag Würth zu unterstützen und nicht auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten.

**Würth** Benedikt (M-E, SG): Ich möchte einfach nochmals kurz etwas zum Handlungsbedarf sagen. Ich habe nicht gesagt, dass es im IPV-Bereich keinen Handlungsbedarf gibt. Die Frage ist einfach: Wer nimmt diesen Handlungsbedarf wahr? Haben Sie Vertrauen in die Kantone oder nicht?

Ich habe den Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Humbel 17.3880 auch gelesen. Es ist eben schon interessant: Es trifft zu, dass zwischen 2010 und 2016 – das waren die Daten im Postulat Humbel – die Beiträge der Kantone von 50 auf 42 Prozent zurückgingen. Ich habe das auch erwähnt. Das ist erklärbar.





Es trifft zu, dass gewisse Kantone nach der Finanzkrise Sparpakete schnüren mussten. Mittlerweile ist der Anteil der Kantonsbeiträge aber wieder angestiegen. Das müssen Sie in Ihrer Entscheidung einfach auch mitberücksichtigen.

Zum Schluss möchte ich Ihnen etwas zitieren, was der Bundesrat in der Stellungnahme zum Postulat Humbel sagt: "Diese Regelung" – also jene, die man seinerzeit im NFA getroffen hat – "ist insofern sachlich sinnvoll, als zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sowie der kantonalen Steuerpolitik ein enger sachlicher Zusammenhang besteht. Damit wird es den Kantonen möglich, diese Bereiche, für die sie weitgehend zuständig sind, optimal aufeinander abzustimmen." Diese Ergänzung wollte ich nach dieser Eintretensdebatte noch machen.

**Berset** Alain, conseiller fédéral: Je sais bien qu'aujourd'hui nous ne parlons pas de l'initiative populaire, mais il ne faut quand même pas oublier le contexte dans lequel se déroule ce débat. L'initiative populaire, que vous connaissez et qui fera l'objet d'un débat plus tard, fait partie du contexte.

Il faut rappeler que l'initiative populaire, qui s'attaque à ce sujet, aurait des conséquences financières assez importantes pour la Confédération – 4,7 milliards de francs en 2024 – et également pour les cantons – 1,1 milliard de francs en 2024. Evidemment, ensuite, il y aurait une augmentation liée à l'évolution des coûts.

Dans ce cadre, le Conseil fédéral, se fondant sur les résultats du postulat qui a déjà été mentionné à plusieurs reprises et du rapport y relatif, se fondant sur l'évolution très asymétrique des contributions cantonales aux primes durant les dix à quinze dernières années, et se fondant sur l'initiative populaire, a proposé – parce que oui il y a besoin d'agir, Monsieur Würth, j'ai aussi entendu dans votre intervention qu'il y a nécessité d'agir – un chemin. Il se base essentiellement, c'est vrai, sur les résultats de ce rapport publié il y a quelques années. Ce n'est pas la seule réponse du Conseil fédéral. Une des réponses, évidemment, est de freiner l'évolution des coûts partout où c'est possible; nous avons présenté plusieurs mesures pour le faire – c'est toujours relativement compliqué. D'autre part, les réductions de primes sont un élément essentiel de ce système avec, comme vous le savez, 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins qui sont financés par la Confédération, et ils augmentent chaque année. La Confédération a augmenté sa contribution de 170 millions de francs pour l'année 2023. La contribution globale de la Confédération va donc dépasser les 3 milliards de francs l'année prochaine.

Dans ce contexte, que faut-il dire de l'évolution de la part de la Confédération et de la part des cantons à la réduction des primes? Cela a été mentionné dans votre débat, il y a d'abord eu la péréquation financière et la répartition des tâches après 2000. Elle a abouti non pas à un compromis juridique fixé dans la législation – sinon pour la part à la charge de la Confédération: 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance-maladie sont financés par la Confédération –, mais à un compromis politique dans lequel il a été convenu que, oui, on laisse une marge de manoeuvre aux cantons pour faire au mieux, mais qu'il fallait une évolution parallèle.

C'est exactement ce qui s'est passé entre 2007 et 2011. Si vous regardez les chiffres, entre 2007 et 2011, là où il y avait encore des divergences importantes, les cantons se sont fortement engagés pour financer comme la Confédération, en particulier ceux qui étaient en dessous, d'autres étaient déjà en dessus. Cela fait qu'en 2010/11, on avait globalement une réduction des primes d'environ 50 pour cent financée par la Confédération et d'environ 50 pour cent financée par les cantons. Il n'y avait pas d'immenses différences dans les parts de financement cantonales. Il y a donc eu une convergence.

A partir de 2011/12, la divergence a commencé et elle est devenue extrêmement importante. Cela fait qu'aujourd'hui on ne peut pas dire "la part des cantons" ou "les cantons". Dans cette affaire, il n'y a pas "les cantons", mais 26 situations complètement différentes, avec des extrêmes, des valeurs aberrantes ("outliers") des deux côtés. Il y a par exemple un canton qui finance beaucoup plus la réduction des primes que la Confédération, parce qu'il a estimé que c'était nécessaire. Il y a d'autres cantons qui ont au contraire réduit, réduit, réduit, réduit leur part cantonale jusqu'à poser quasiment des problèmes d'équivalence fiscale, puisque, dans certains cantons, la Confédération finance bientôt 90 pour cent de la réduction des primes accordée sur le plan cantonal, mais qu'elle n'a rien à dire sur la mise en oeuvre ou quasiment rien à dire sur la législation qui règle la réduction, sauf pour ce qui concerne les jeunes et les jeunes adultes.

Cette diminution pose problème, ce qui signifie qu'il y a nécessité d'agir; le chemin proposé nous semble le bon.

Il y a ce compromis politique sur la péréquation, il y a ce rapport Humbel et l'initiative populaire, et il y a enfin – il faut le rappeler – une LAMal qui a été voulue par le législateur et par le peuple – une votation fédérale a eu lieu à ce sujet. Il y a des primes qui sont approuvées par l'OFSP sur le plan fédéral pour des régions de primes et il y a l'exigence, sur le plan fédéral, de prévoir des réductions de primes, parce qu'il s'agit du correctif que nous avons pour les primes par tête. La loi dit que les cantons doivent financer et participer à





un tel système, mais elle ne dit pas à quelle hauteur en raison du compromis politique de l'époque. Ce que propose le Conseil fédéral n'est pas un changement de paradigme: parce que nous avons constaté une forte évolution asymétrique, il s'agit de la tentative de mener une discussion pour concrétiser sur le plan légal ce qui avait été souhaité dans ce compromis.

Vous avez raison de le mentionner, les cantons sont les mieux placés pour savoir quelle est la réalité sociale du terrain et quels sont les besoins. Si cela était réalisé dans une forme d'intelligence collective qui fonctionnait bien, on aurait une certaine convergence. Si tel était le cas, on n'arriverait pas à expliquer pourquoi, dans deux demi-cantons qui ont connu les deux la même évolution de primes durant dix ans, dans l'un il y a une réduction globale sur dix ans de la part cantonale aux réductions de primes, alors que les primes ont augmenté de manière assez régulière et assez forte, et dans l'autre il y a une augmentation de la part cantonale des réductions de primes. On ne comprendrait pas non plus pourquoi, dans deux grands cantons du Plateau, qui ont des réalités sociales qui ne sont pas complètement différentes – il peut y avoir de petites différences –, dans l'un on a une forte

AB 2022 S 1110 / BO 2022 E 1110

augmentation de la part cantonale et dans l'autre on a une diminution en moyenne sur dix ans de la part cantonale.

L'un dans l'autre, entre 2010 et 2020, dans la moitié des cantons il y a eu une réduction de la part cantonale payée par tête; une réduction dans la moitié des cantons alors que durant ces dix années les primes ont augmenté de manière importante. Cette asymétrie se poursuit et augmente; cela ne peut que conduire à une situation très malheureuse pour le système et pour celles et ceux qui veulent faire en sorte que notre système d'assurance-maladie fondé sur les primes par tête continue d'être soutenu et qu'il fonctionne. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a proposé ce contre-projet; on peut en discuter.

Il y a un autre contre-projet, celui du Conseil national. Il a été dit dans le débat qu'il y a le contre-projet du Conseil fédéral et le contre-projet du Conseil national. Ces deux contre-projets sont différents; ils ne suivent pas la même logique, ce n'est pas du tout la même chose. Ce n'est pas le même contre-projet du tout ni quant à son volume ni quant aux acteurs appelés à le financer et à y participer. Il y a de grandes différences.

Le besoin d'agir est reconnu – cela a été dit. Ce qu'on entend dans la discussion de la part de ceux qui doutent de la capacité de ce contre-projet à nous aider, c'est qu'il y a nécessité d'agir, mais pas comme cela et pas maintenant. Très bien, mais alors comment et quand? C'est la question qui devrait se poser. Nous pensons que c'est maintenant et avec ce contre-projet. Il est assez mesuré, il ne va même pas jusqu'à l'interprétation que l'on pourrait avoir du compromis politique des années 2000 dans la péréquation financière. Sinon on dirait que c'est au minimum 7,5 pour cent aussi pour les cantons et que ceux qui veulent aller au-delà sont libres de le faire. Là, on admet que cela peut être en dessous. Au moins, ce pas doit nous permettre de remettre un tout petit peu de clarté dans cette situation. Vous vous souvenez qu'il y avait des cantons qui avaient des programmes d'économie, puisqu'il y avait une grosse réserve et que c'était possible d'en faire quelque chose. Je vous propose, avec le Conseil fédéral, de faire ce pas; il ne faut pas oublier le contexte: nous sortons d'années qui ont été difficiles sur le plan de la santé.

Permettez-moi de dire une chose ici qui n'est peut-être pas extrêmement populaire, mais qu'il faut quand même mentionner, c'est une réalité simple: dans les années 2020 et 2021, la Confédération a fait des déficits cumulés qui conduisent à un endettement nouveau de 30 milliards de francs, 30 milliards de francs.

Si vous regardez les résultats consolidés des cantons sur ces deux années, ils ont fait des bénéfices. Cela ne veut pas dire que les cantons n'ont pas bien travaillé durant la pandémie, pas du tout: ils ont fait un très bon travail. Cela signifie que les coûts de la pandémie ont essentiellement été portés par la Confédération. Alors que nous avons la question des réductions de primes et une situation sur le plan de la santé qui n'est pas toute simple, parvenir à une certaine convergence de manière raisonnable dans ce système nous paraît être le bon chemin.

Pour cette raison, le Conseil fédéral vous propose d'entrer en matière sur ce projet.

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag Würth ab.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5461)

Für Eintreten ... 20 Stimmen

Dagegen ... 22 Stimmen

(0 Enthaltungen)



## AMTLICHES BULLETIN – BULLETIN OFFICIEL

Ständerat • Wintersession 2022 • Dritte Sitzung • 30.11.22 • 08h15 • 21.063  
Conseil des Etats • Session d'hiver 2022 • Troisième séance • 30.11.22 • 08h15 • 21.063



**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Sie sind nicht auf die Vorlage eingetreten. Das Geschäft geht zurück an den Nationalrat.

Wir werden die Behandlung der Geschäfte in der Zuständigkeit des EDI, welche wir gestern und heute nicht beraten bzw. nicht zu Ende beraten konnten, auf Montag, den 12. Dezember, verschieben, mit dem Ziel, sicher die Beratung der BVG-Reform abzuschliessen. Wir werden an diesem Montag eine Open-End-Sitzung abhalten.

Nun wünsche ich Ihnen eine schöne Feier bei mir und mit mir im Kanton Thurgau. Es freut mich sehr, dass uns auch der Vizepräsident des Bundesrates begleiten wird. Denjenigen, welche in den Kanton Graubünden reisen, wünsche ich ebenfalls einen schönen Tag. Geniessen Sie es!

*Schluss der Sitzung um 09.30 Uhr*  
*La séance est levée à 09 h 30*

AB 2022 S 1111 / BO 2022 E 1111





21.063

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

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

*Differenzen – Divergences*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)  
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

*Antrag der Mehrheit*

Festhalten  
(= Eintreten)

*Antrag der Minderheit*

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)  
Zustimmung zum Beschluss des Ständerates  
(= Nichteintreten)

*Proposition de la majorité*

Maintenir  
(= Entrer en matière)

*Proposition de la minorité*

(de Courten, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, Dobler, Glarner, Herzog Verena, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)  
Adhérer à la décision du Conseil des Etats  
(= Ne pas entrer en matière)





**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Nachdem der Ständerat in der vergangenen Wintersession beschlossen hat, nicht auf den indirekten Gegenentwurf einzutreten, behandeln wir nun zum zweiten Mal die Frage des Eintretens.

**Mäder Jörg** (GL, ZH), für die Kommission: Es geht um die Volksinitiative der SP, die die Krankenkassenprämien auf maximal 10 Prozent des verfügbaren Einkommens begrenzen will, oder, genauer gesagt, um einen allfälligen Gegenvorschlag. Der Bundesrat hat bereits von sich aus einen Gegenvorschlag ausgearbeitet, insbesondere da die Initiative zwar ein anerkanntes Problem aufgreift, aber zu einer starken Umkehr der Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen führen würde.

Unsere Kommission hat diesen Gegenvorschlag aufgegriffen, weiterentwickelt und auch finanziell besser ausstaffiert. Ziel und Zweck war es, die Kantone wieder stärker in die Pflicht zu nehmen, da insbesondere die Differenzen zwischen den Kantonen stark zugenommen haben. Während die einen deutlich mehr machen, haben andere reduziert, um so auch ihre eigenen Haushalte zu entlasten. Wie gesagt und auch vom Ratspräsidenten erwähnt: Die Details dazu können Sie der Debatte vom letzten Sommer entnehmen.

AB 2023 N 63 / BO 2023 N 63

Am 16. Juni 2022 haben wir den nationalrätlichen Gegenvorschlag mit 119 zu 66 Stimmen angenommen. Anschliessend gingen die Volksinitiative und der Gegenvorschlag in die Kommission unseres Schwesterrates. Im Rahmen der Beratungen in der Kommission wurde der Gegenvorschlag wieder in Richtung des Entwurfes des Bundesrates angepasst. Über das Eintreten an sich wurde nicht gross diskutiert, entsprechend gab es auch keinen dahin gehenden Antrag aus der Kommission, wohl aber – durchaus zur Überraschung einiger – aus den Reihen des Ständerates. Folglich drehte sich die Diskussion dort primär um Sinn und Notwendigkeit eines Gegenvorschlages und nicht um seine genaue Ausgestaltung. Das Ergebnis war knapp: Eintreten wurde mit 22 zu 20 Stimmen abgelehnt.

Hier eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Argumente aus dem Ständerat: Von allen wurde anerkannt, dass die Krankenkassenprämien bei immer mehr Menschen, insbesondere bei Familien, eine grosse, ja schon fast erdrückende finanzielle Belastung darstellen. Das Kernanliegen von Volksinitiative und Gegenvorschlag wurde also anerkannt. Auf der einen Seite wurde nun argumentiert, dass die Hoheit zu dem Thema bei den Kantonen liege und selbst der Gegenvorschlag dies zu stark ändern würde. Dass es bei der Höhe und Ausgestaltung der Prämienverbilligungen Unterschiede zwischen den Kantonen gibt, sei ein grundsätzliches Element der Gesetzgebung und so gewollt. Es sei daher Sache der Kantone, und die würden das schon machen. Ein Gegenvorschlag sei also grundsätzlich nicht notwendig.

Auf der Gegenseite wurde angeführt, dass man nicht mehr von "den Kantonen" sprechen könne, zu gross seien die Differenzen. Die einen hätten den Grundgedanken der Prämienverbilligungen ernst genommen und seien sogar über die ursprünglichen Richtwerte des Bundes hinausgegangen, während andere genau diesen Zweck aus dem Fokus verloren und die vorhandenen Freiheiten benutzt hätten, um ihre eigenen Finanzen zu verbessern und nicht die der stark belasteten Bevölkerung. Es sei daher angebracht, dass gehandelt werde, und ein Gegenvorschlag zur Volksinitiative sei zu bevorzugen.

Anzumerken ist, dass bei allen Varianten an Gegenvorschlägen nach wie vor deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen möglich wären. Man überlässt die Details zur Umsetzung der Prämienverbilligungen, insbesondere die genauen Regeln bezüglich Anspruch und Zuordnung, vollständig den Kantonen, während die Volksinitiative genau hier die Verhältnisse umkehren würde.

Wie gesagt, der Ständerat ist auf den Gegenvorschlag nicht eingetreten und hat entsprechend auch den Entwurf Ihrer Kommission nicht behandelt. Es ist nun an uns, entweder unseren Entscheid aufrechtzuerhalten und den Ständerat aufzufordern, uns zu folgen, oder aber dem Ständerat zu folgen und auf unseren Entscheid aus der Sommersession zurückzukommen. Es geht also nur um das Eintreten, nicht um die genaue Ausgestaltung eines Gegenvorschlags.

Entsprechend kurz war auch die Beratung in unserer Kommission. Es ging um die grundsätzliche Haltung, nicht um Detailanträge. Natürlich haben wir von der Beratung im Ständerat Kenntnis genommen und sie in unsere Überlegungen einbezogen. Dabei zeigten sich, wenig überraschend und durchaus beabsichtigt, die doch leicht unterschiedlichen Perspektiven der beiden Räte. In Anbetracht der letzten Prämienrunde mit doch recht hohen Kostensteigerungen und der nun doch wieder spürbaren Inflation ist die Mehrheit nach wie vor der Meinung, dass hier Massnahmen notwendig sind, die Initiative aber der falsche Weg oder der Gegenvorschlag zumindest der bessere ist.

Die Bevölkerung, speziell jener Teil, der unterschrieben hat, erwartet vom Bund einerseits und von den Räten andererseits, dass sie dieses Problem aktiv angehen. Das Nichteintreten des Ständerates könnte man schon



fast als Arbeitsverweigerung interpretieren, was einer Geringschätzung der Betroffenen, deren Probleme von allen anerkannt werden, gleichkommt. Eine Minderheit möchte dem Ständerat folgen und vertraut darauf, dass die Kantone die Verhältnisse bei ihnen besser kennen und entsprechend angemessen handeln werden und schon gehandelt haben.

Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 15 zu 10 Stimmen ohne Enthaltungen, an Ihrem Entscheid festzuhalten und weiterhin auf einen Gegenvorschlag hinzuarbeiten.

**Roduit Benjamin (M-E, VS), pour la commission:** Le 30 novembre 2022, le Conseil des Etats a adopté, par 22 voix contre 20, soit à une très courte majorité, une proposition individuelle de non-entrée en matière sur le contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes. L'entrée en matière n'avait pas été contestée au sein de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E), et, lors de la discussion par article, elle avait proposé de suivre en grande partie le projet du Conseil fédéral.

Aujourd'hui, il s'agit de réexaminer uniquement l'entrée en matière. Pour rappel, notre conseil avait décidé le 16 juin 2022, par 134 voix contre 53, d'entrer en matière sur le contre-projet indirect et avait décidé, par 121 voix contre 67, de recommander au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Sans débattre longuement, notre commission a décidé de maintenir sa décision et donc, en toute cohérence, de proposer à son conseil d'entrer en matière sur le contre-projet indirect. La minorité de Courten, qui avait déjà proposé de ne pas entrer en matière, se contente de reprendre les arguments du Conseil des Etats, à savoir que le contre-projet s'imisce massivement dans la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons et qu'il ne permet pas à ces derniers d'adopter une vraie politique de santé publique avec l'instrument de la réduction individuelle de primes. La minorité rappelle que la situation, en ce qui concerne les revenus et la capacité économique des cantons, diffère sensiblement, et qu'il faut donc leur laisser une marge de manoeuvre. En d'autres mots, il n'y aurait pas matière à intervenir.

La majorité de la commission considère au contraire qu'il faut agir en matière de réduction des primes; c'est indéniable, ce d'autant plus que la forte augmentation des primes intervenue dans l'intervalle a grevé encore davantage le budget des ménages. Par ailleurs, une partie des cantons n'ont, à ses yeux, pas assumé leurs responsabilités ces dernières années et n'ont pas affecté suffisamment de ressources à la réduction des primes.

Ainsi, aujourd'hui, il y a neuf cantons qui, en chiffres absolus, dépensent moins d'argent qu'il y a dix ans pour la réduction individuelle des primes, bien que les coûts de la santé aient augmenté. Cela varie selon les cantons de 12 à 67 pour cent du montant de la prime. Dans l'intervalle, la Confédération a accumulé, suite au COVID, un déficit de 30 milliards de francs.

En fait, il s'agit de répondre aux deux questions suivantes: est-ce qu'il y a urgence à freiner la hausse des primes d'assurance-maladie? Est-ce que nous voulons commencer nos travaux pour permettre aux ménages de faire face à une charge qui s'élève en moyenne à 14 pour cent de leur revenu?

Si la réponse est deux fois oui, alors nous devons entrer en matière.

Rappelons que notre conseil a accepté, dans le cadre du contre-projet à l'initiative pour un frein aux coûts, de fixer des objectifs en matière de coûts et de qualité. Vous le savez, les coûts de la santé sont fortement influencés par les décisions cantonales, notamment dans le domaine de la planification hospitalière. D'où l'obligation faite aux cantons de consacrer un montant total minimal aux réductions de primes et de définir un objectif social. Ces derniers devront ainsi fixer le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton. Un tel objectif social améliorera la transparence. La commission estime par ailleurs que les cantons seraient de cette manière incités à contenir les coûts.

Le modèle accepté par notre conseil représenterait des coûts supplémentaires à hauteur de 1,3 milliard de francs pour la Confédération et de 900 millions de francs pour les cantons.

AB 2023 N 64 / BO 2023 N 64

Au total, la Confédération et les cantons devraient ainsi engager environ 2,2 milliards de francs supplémentaires.

Est-ce trop? Non, si on s'engage à faire aboutir le plus rapidement possible d'autres réformes comme Efas, la régulation des prix des médicaments – nous avons donné suite hier à une initiative du canton de Fribourg dans ce sens – ou encore le fameux article 47c LAMal sur les conventions entre partenaires tarifaires étendues aux cantons. Non encore, si l'on considère que les citoyens, tous assurés et contribuables, ont dû faire face, en janvier dernier, à une forte hausse des primes, à l'augmentation du prix de l'essence et de l'électricité et à une baisse du pouvoir d'achat due à l'inflation.





En conclusion, la commission vous recommande, par 15 voix contre 10, d'entrer une nouvelle fois en matière sur ce contre-projet indirect afin d'avoir un système de santé accessible à toutes et à tous.

**de Courten** Thomas (V, BL): Die Vorlage, die wir hier diskutieren, ist die Volksinitiative der SP, die will, dass Schweizerinnen und Schweizer maximal 10 Prozent des Einkommens für Krankenkassenprämien aufwenden müssen. Das Problem, das der Grund für diese Initiative ist, sind die steigenden Gesundheitskosten. Die Konsequenz der steigenden Gesundheitskosten sind die steigenden Prämien. Die SP will nun mit mehr Steuermitteln und mehr Umverteilung das Problem, nein, eben nicht das Problem, sondern die Konsequenzen des Problems lösen. Das ist reine Symptombekämpfung. Dass das keine gute Idee ist, darüber sind sich die Mehrheiten unserer Räte – sowohl des Ständerates als auch des Nationalrates und des Bundesrates – einig. Es ist keine gute Idee.

Jetzt haben wir im Nationalrat beschlossen, einen indirekten Gegenvorschlag zu machen, weil wir ein Stück weit Angst haben, dass das Anliegen noch populär sein und in der Volksabstimmung eine Mehrheit finden könnte, dies jenseits aller sachlichen Argumente und rein aus dem Bauch heraus. Deshalb hat der Nationalrat einen Kompromissvorschlag erarbeitet, der ebenfalls nur Symptombekämpfung ist und ebenfalls sehr viel Geld kostet. Trotzdem hat er in unserem Rat eine Mehrheit gefunden.

Ich bin froh um den Beschluss des Ständerates, der gesagt hat, es sei keine gute Idee, also wolle er konsequenterweise auch keinen Gegenvorschlag, der die gleiche Stossrichtung verfolge. Dieser ist tatsächlich keine gute Idee und bringt mehr Umverteilung, mehr Kosten und grössere Einschränkungen bei den Kantonen: Er verpflichtet die Kantone, ein Sozialziel festzulegen und mehr Mittel in die Prämienverbilligung einzuschliessen, ohne das Grundproblem zu lösen. Das ist reine Symptombekämpfung. Der Ständerat hat knapp, mit 22 zu 20 Stimmen, aber klar gesagt: Das wollen wir nicht.

Ich habe bereits in der letzten Runde die Haltung vertreten, dass es keinen Sinn ergibt, hier aus abstimmungstaktischen Gründen einen Gegenvorschlag zu unterbreiten. Ich gehe lieber direkt vors Volk und sage: Die Konsequenzen der SP-Initiative sind höhere Steuern und mehr Umverteilung; das Grundproblem löst sie nicht. Mit diesen Argumenten kann ich besser in den Abstimmungskampf gehen.

Ich bitte Sie deshalb nochmals, auf einen Gegenvorschlag zu verzichten.

**Amaudruz** Céline (V, GE): La réalité, nous la connaissons tous trop bien depuis l'entrée en vigueur de la LAMal début 1996. Les dépenses de santé par personne assurée augmentent constamment avec des taux largement supérieurs au renchérissement ou à l'évolution des salaires. De nombreuses personnes sont mises en difficulté financière par la hausse des dépenses de santé qui se reflète sur les primes.

L'initiative d'allègement des primes n'est de loin pas une solution, mais un emplâtre sur une jambe de bois, un désaveu de l'héritage de Mme Dreifuss. A l'époque, seules quelques personnes avaient correctement évalué la hausse massive des primes qui allait se produire. De telles positions largement admises aujourd'hui ne l'étaient pas à l'époque. En 1998, Mme Dreifuss déclarait: "Le développement des coûts diminue d'année en année." Le système vendu comme une solution pour maîtriser les coûts de la santé a totalement déraillé. Les pyromanes d'hier viennent aujourd'hui en pompiers pour tenter de maîtriser un sinistre social hors de contrôle. La mise en oeuvre de l'initiative est déjà confuse. La Confédération devrait assumer deux tiers au moins du financement des réductions des primes, le solde étant à la charge des cantons. Mais l'initiative reste muette sur la manière dont la contribution de la Confédération serait calculée et payée et sur le moment où la contribution serait versée. Le principal souci que pose l'initiative est flagrant. Elle ne s'attaque absolument pas au problème structurel de la hausse des coûts. C'est un palliatif qui se limite à accompagner un système défaillant. L'initiative est contre-productive et les charges supplémentaires générées par cette dernière difficilement soutenables à l'heure où la situation budgétaire de la Confédération est la plus mauvaise depuis 2005.

Le contre-projet prétend inciter les cantons à maîtriser les coûts de la santé sur leur territoire. Il présente certes l'avantage, par rapport à l'initiative, d'être plus transparent et équilibré quant au financement. Mais le contre-projet présente le sérieux désavantage de malmener les souverainetés cantonales en imposant une vision fédérale qui fait fi des différences cantonales.

C'est pour cette raison que nous vous recommandons de ne pas entrer en matière sur le contre-projet indirect.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Vor wenigen Tagen konnten wir eine Umfrage von Tamedia und "20 Minuten" studieren. Sie kam zum Schluss, dass die hohen Gesundheitskosten und damit eben die hohen unsozialen Kopfprämien bei der Krankenversicherung und die Altersvorsorge unsere Bevölkerung am meisten beschäftigen.

Der Ständerat hat in der Wintersession am Volk vorbei gegen ein Eintreten auf den indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative gestimmt. Das Argument der knappen Mehrheit im Ständerat, dass die Kan-



tone am besten wüssten, wie man die "Dosierung" der individuellen Prämienverbilligung am besten macht, wird Lügen gestraft, wenn wir sehen, wie sich ein Teil der Kantone bei der Prämienverbilligung immer mehr aus der Verantwortung genommen hat.

Ich stimme der Mehrheit des Ständerates zu, wenn sie sagt, dass die Kantone nicht schlafen. Meines Erachtens nimmt sich ein Teil der Kantone jedoch ganz bewusst aus der Verantwortung. Das Krankenversicherungsgesetz ist nationales Recht. Deshalb ist es auch die Aufgabe von uns hier im Saal, als Gesetzgeber für die Einhaltung der Regeln zu sorgen. Der Föderalismus kann auch mit dem Gegenvorschlag weiter seine Blüten treiben.

Die grüne Fraktion beantragt Ihnen, am Entscheid des Nationalrates festzuhalten und auf den indirekten Gegenvorschlag einzutreten.

**Mahaim** Raphaël (G, VD): Il me semble que, dans ce débat, on devrait pouvoir se mettre d'accord sur le fait qu'il faut faire trois constats incontestables. Le premier découle de la loi: la loi fédérale impose d'accorder des réductions de primes aux assurés de condition modeste. Deuxième constat, les primes ont augmenté bien davantage que les revenus ces dernières années, et cela pose un problème particulièrement aigu pour les personnes à revenu modeste. Enfin, troisième constat, le montant des primes payées par certaines familles, certains ménages ou certaines personnes représente une proportion du revenu qui est tout à fait inacceptable: on parle de plus de 15 pour cent, voire jusqu'à 20 pour cent dans certains cas. Pour mémoire, lors des débats qui ont eu lieu dans les années 1990, lors de l'introduction de la LAMal, il était question de faire participer les assurés à hauteur de 8 pour cent du revenu – ce sont les chiffres que l'on citait à l'époque. Personne n'imaginait qu'un jour on atteindrait des chiffres aussi ahurissants que 20 pour cent du revenu.

La conséquence de ces trois constats incontestables est que – et il me semble que cela aussi, c'est incontestable – de nombreuses personnes, de nombreuses familles, de nombreux ménages sont littéralement étranglés par le montant que représentent les primes dans leur budget mensuel et annuel.

**AB 2023 N 65 / BO 2023 N 65**

C'est dans ce contexte que le Conseil des Etats a tout simplement refusé de considérer que cet enjeu méritait un débat parlementaire. Sa décision revient à faire un bras d'honneur, littéralement, à toutes les familles et tous les ménages modestes de ce pays, en refusant de chercher à résoudre, au moins partiellement, cette immense difficulté qui est aussi une bombe sociale pour les revenus les plus modestes.

Le groupe des Verts vous invite bien évidemment à confirmer la position qui a déjà été celle de notre conseil en entrant en matière sur le contre-projet, qui est mesuré, qui est intelligent, qui est respectueux du fédéralisme, qui permettrait d'allouer des moyens fédéraux supplémentaires au bénéfice des cantons qui font réellement leur job en la matière et qui permettrait, pour les cantons qui prennent des mesures insuffisantes, de donner le coup d'accélérateur nécessaire afin de soulager les personnes concernées.

**Mettler** Melanie (GL, BE): Offen gestanden, wir waren überrascht, als wir vom Entscheid des Ständerates hörten und vernahmen, dass er nicht einmal auf den Gegenvorschlag eintreten wollte. Das Problem anerkennen, handeln wolle er aber nicht; die Kantone würden das dann schon erledigen. Wohlgermerkt kann der Ständerat nicht genauer ausführen, was das dann bedeuten würde. Er blieb bei einer allgemeinen Bemerkung. Das ist uns zu wenig. Das Auseinanderdriften der Handhabung der Prämienverbilligungen in den Kantonen zeigt klar auf, dass diese keine soliden Antworten haben, mit denen sie der Bevölkerung ihre Ernsthaftigkeit aufzeigen könnten. Während die einen viel machen, um den Betroffenen zu helfen, haben die anderen ihre Kantonsfinanzen ohne das grosse Ganze im Blick. Das ist aber nicht die Idee der Prämienverbilligungen.

Ich bitte Sie, auch im Hinblick auf die Volksabstimmung, an der nationalrätlichen Entscheidung festzuhalten und die Arbeiten weiterzuführen. An der Urne werden sehr viele das Angebot der Initiative noch so gerne annehmen. Man wäre abgesichert, oder zumindest wäre die Frage, ob man sich die Krankenkassenprämien leisten kann, weitestgehend gelöst. Die Differenz bezahlen ja dann alle anderen via Steuern. Mit einer Annahme der Volksinitiative würde man aber eine grundsätzliche Kehrtwende hin zu einem nationalen, zentral gesteuerten Ausgleich vollziehen. Viele der Freiheiten bezüglich der Details der Prämienverbilligungsregimes würden übersteuert werden und somit verschwinden. Das ist in einem föderalen Staat aber der falsche Ansatz. Es gibt Bereiche, in denen es sinnvoll, ja gar zwingend ist, dass der Bund Vorgaben macht, und in einigen, speziell im Gesundheitswesen, müssen wir das noch vertieft diskutieren. Aber noch einmal: Hier wäre das unserer Meinung nach der falsche Ansatz, weshalb wir am Gegenvorschlag festhalten. Dieser führt zu einer sinnvollen Angleichung bezüglich der Beträge, nicht aber der Umsetzung und schon gar nicht zu einer Gleichschaltung, höchstens zu erhöhter Gleichbehandlung der Prämienzahlenden.



Die Frage ist nun: Was hat sich der Ständerat gedacht? Sieht er keine Gefahr eines Systemwechsels durch ein Volks-Ja, oder denkt er gar, dass ein Stände-Nein sicher ist? Unserer Meinung nach wäre das eine waghalsige und schlechte Strategie. Ja, in der Schweiz sind wir stolz auf unsere Kantone und ihre Unterschiede. Ist die Frage der Prämienbelastung aber ein so wichtiges Thema des Kantönligeistes, dass man hier keine Anpassung im Sinne der Gleichbehandlung akzeptieren kann? Wir sehen es anders. Wir sind stolz auf unsere Unterschiede. Aber bei diesem Thema ist eine erkennbare gemeinsame Linie wichtig. Halten Sie hier bitte an Ihrem Entscheid aus dem letzten Jahr fest!

**Lohr Christian (M-E, TG):** Bereits zum zweiten Mal sitzt der Nationalrat heute hier, um darüber zu befinden, ob er bereit ist, auf einen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative einzutreten. Genau um diesen einen, um diesen einzigen Diskussionspunkt geht es heute Vormittag, um nichts anderes. Im Raum steht dabei die Frage, ob in Sachen Krankenkassenprämien Handlungsbedarf oder, um es noch konkreter und deutlicher zu formulieren, Notstand besteht. Für die Mitte-Fraktion lautet dabei die Antwort: Ja. Denn wir bekennen uns zu einer solidarischen und verantwortungsvollen Gesundheitspolitik in diesem Land. Wir wollen politisch gestalten und uns das Heft nicht mit einem Nichteintreten selber aus der Hand nehmen.

Wer nichts von einem Problem in diesem Bereich hören will, der sollte sich ein bisschen stärker an den Rentnerinnen und Rentnern, den Tieflohnbezüglerinnen und -bezügern, aber gerade auch am Mittelstand orientieren. Denn die immer stärkere finanzielle Belastung, die diese Gruppen zu tragen haben, ist in dieser Zunahme und in diesem Ausmass nicht mehr weiter tolerierbar. Diese Gruppen werden in die Ecke gedrängt und fühlen sich immer unwohler. Wenn wir uns heute entschieden für Eintreten auf den indirekten Gegenvorschlag starkmachen, also bei dem bleiben, was wir schon einmal beschlossen haben, dann betonen wir auch, dass wir uns einem lösungsorientierten, verbesserten oder besser austarierten Gegenvorschlag nicht verweigern.

Wir wollen, ja, wir müssen am bislang vorliegenden Ergebnis noch weiterarbeiten. Wir haben den politischen Auftrag, das zu tun. Dazu stehen wir. Denn die Mittel, die eingesetzt werden sollen, sind für uns viel zu hoch. So können wir den Gegenvorschlag dann letztlich auch nicht akzeptieren. Aber darum heisst es ja gerade: weiterarbeiten, weitere Ideen einbringen, weiter daran mitwirken, damit wir vorwärtskommen.

Die Kantone nehmen bei der ganzen Übung eine wichtige Rolle ein, das ist unbestritten. Wir müssen es so gestalten, dass sie es verkraften können, aber auch so – das betone ich ausdrücklich an dieser Stelle –, dass sie eben ihre Verantwortung wahrnehmen können. Sie sollen und müssen das tun.

Über eines sollten wir uns aber auf jeden Fall bewusst sein: Wenn wir heute den indirekten Gegenvorschlag mir nichts, dir nichts vom Tisch wischen, dann spielen wir extrem mit dem Feuer. Denn die Prämien-Entlastungs-Initiative einfach so tel quel unbegleitet vors Volk zu bringen, birgt bedeutende Risiken. Mit den hohen finanziellen Auswirkungen, die mit dieser Initiative verbunden sind, wollen wir nicht weiterarbeiten; das will ja auch der Bundesrat nicht. Diese Initiative können wir in dieser Form nicht brauchen.

Wir dürfen aber den Prämien erhöhungen nicht tatenlos zusehen, wenn wir nicht wollen, dass im Volk eine negative Stimmung aufkommt. Sonst riskieren wir, dass man klar und deutlich sagt: "Wir zeigen es denen in Bern; wenn die nichts machen, dann machen wir mit einem Ja zur Initiative halt etwas!" Dazu können wir nicht stehen, das wollen wir nicht mitmachen.

Deshalb sagen wir heute noch einmal Ja zum Eintreten; wir wollen weiterarbeiten.

**Sauter Regine (RL, ZH):** Die FDP-Liberale Fraktion hat bereits bei der ersten Behandlung dieses Geschäfts ausgeführt, dass sie die zugrunde liegende Volksinitiative klar ablehnt. Sie ist reine Symptombekämpfung.

Ja, es ist so, die Gesundheitskosten sind hoch, sie steigen, und sie sind für gewisse Kreise der Bevölkerung eine Belastung. Dem gilt es ins Auge zu sehen. Aber lassen Sie mich hier noch eine Nebenbemerkung machen: Wir müssen uns auch einmal bewusst werden, was wir für diese Kosten erhalten, nämlich ein hervorragendes Gesundheitswesen, eine hochqualitative Versorgung rund um die Uhr, an allen Orten in der Schweiz, und eine Gesundheitsversorgung, die sich vor allem auch im internationalen Vergleich sehen lassen kann. Ich sage das einfach, damit man sich mal bewusst wird, was hohe Gesundheitskosten bedeuten.

Diese Initiative geht ein Thema an, das für gewisse Kreise der Bevölkerung ein grosses Problem ist. Sie geht damit aber nicht auf die Ursachen ein, sie ist, wie gesagt, reine Symptombekämpfung. Sie hätte insbesondere Kosten in Milliardenhöhe für Bund und Kantone zur Folge. Dass der Bund momentan in einer schwierigen finanziellen Situation ist, hat unsere Finanzvorsteherin, Bundesrätin Keller-Sutter, bereits ausgeführt. Die Finanzplanung weist grosse Löcher auf. Das Gleiche gilt für die Kantone, die sich an uns gewandt haben und darauf hingewiesen haben, mit welchen Folgen





finanzieller Art zu rechnen wäre, wenn man diese Initiative annehmen würde.

Gleiches gilt im Übrigen auch für einen wie auch immer ausgestalteten Gegenvorschlag. Die Version, die im Nationalrat beschlossen wurde, hätte ebenfalls hohe Kosten für Bund und Kantone zur Folge gehabt. Es ist deshalb nun richtig, hier auf die Stimme des Ständerates zu hören, der darauf hinweist, dass die Situation in den Kantonen unterschiedlich ist: Es gibt Kantone, die haben zum einen ihre Hausaufgaben gemacht, sie setzen die Prämienverbilligungen gezielt so ein, dass sie einkommensschwachen Haushalten zugutekommen; zum andern wären sie mit einer hohen finanziellen Belastung konfrontiert.

Wir hören auf diese Stimmen aus dem Ständerat und sind wie dieser der Meinung, dass es unter diesen Voraussetzungen nicht zielführend ist, dieser Initiative einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Die Mehrheit unserer Fraktion wird entsprechend mit der Minderheit de Courten und damit für Nichteintreten auf den Gegenvorschlag stimmen. Wir bitten Sie, Gleiches zu tun.

**Gysi Barbara (S, SG):** Ich habe mehrfach das Wort "Symptombekämpfung" gehört. Sagen Sie der Verkäuferin, die vielleicht 3000 Franken im Monat verdient, der Fachangestellten Gesundheit mit 4000 Franken Monatslohn oder dem Maurer mit vier Kindern, der über 1000 Franken pro Monat für die Krankenkassenprämie bezahlen muss, es wäre lediglich Symptombekämpfung, wenn sie über die Prämienverbilligung etwas mehr Unterstützung bekämen?

Es geht darum, dass die Prämienverbilligung zu wenig gut ausgebaut ist. Das hat auch ein Bericht zu einem Postulat Humbel aufgezeigt. Es gibt Unterschiede bei den Kantonen. Die Kantone kommen ihrer Aufgabe nicht nach, Menschen aus einfachen und mittleren Verhältnissen zu entlasten. Dass die Kantone ihre Aufgabe nicht gut erfüllen, zeigt auch die folgende Tatsache: Wir haben dieses Jahr einen massiven Prämien Schub, die Menschen müssen durchschnittlich 6,6 Prozent mehr Krankenkassenprämien bezahlen; die Kantone haben aber lediglich 4,2 Prozent mehr Mittel eingestellt. Nötig wären über 7 Prozent, wenn man das Bevölkerungswachstum noch mit einberechnet. Die Kantone machen also ihre Hausaufgaben gar nicht. Fünf Kantone haben dieses Jahr sogar weniger Mittel in der Prämienverbilligung als im Vorjahr. Und da sagen Sie, es bestehe kein Handlungsbedarf, es sei nur Symptombekämpfung. Wir müssen die Menschen mit kleinen Einkommen unterstützen. Sie wissen, dass wir bei den Krankenkassenprämien ein Kopfprämiensystem haben. Das ist total unsozial. Darum müssen wir die Prämienverbilligung ausbauen.

Dass der Ständerat nun nicht einmal über einen indirekten Gegenvorschlag diskutieren will, ist schon ein starkes Stück. Ich hoffe doch sehr, dass unsere Kolleginnen und Kollegen aus der Mitte-Fraktion ihre Kolleginnen und Kollegen im Ständerat davon überzeugen können, doch bitte beim zweiten Mal auf den Gegenvorschlag einzutreten, damit wir der Bevölkerung sagen können, dass wir auch wirklich etwas tun.

Darum bitte ich Sie sehr: Treten Sie erneut auf den Gegenvorschlag ein! Nur so können wir wirklich auch an den Lösungen arbeiten.

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** Le sujet dont on parle est le sujet de préoccupation numéro un de la population du pays, et depuis longtemps. Donc normalement toutes les grandes formations politiques, et même les petites, devraient avoir à coeur d'apporter des solutions au problème du niveau des primes d'assurance-maladie. Il n'y a pas beaucoup de solutions à chercher.

La première consisterait à abaisser le montant des primes, à baisser cet impôt injuste, à financer cette charge de la santé publique de manière différente. C'est le but de l'initiative populaire du Parti socialiste: plafonner les primes à 10 pour cent du revenu. J'aimerais dire à Mme Sauter que cette initiative ne coûte en réalité rien. Pourquoi? Parce que les coûts sont déjà payés, ils sont payés par les gens sous forme de primes individuelles, par tête, c'est-à-dire qu'il s'agit de l'impôt le plus injuste que l'on puisse trouver. Le plafonnement des primes revient à faire payer par l'impôt une partie de ce qui est payé aujourd'hui par un autre impôt, l'impôt le plus injuste qui soit. Donc cela, c'est l'initiative populaire du Parti socialiste. On pourrait trouver d'autres solutions, on pourrait rédiger un contre-projet. Tout est ouvert, mais il y a au moins une réponse possible.

L'autre réponse possible consisterait à limiter les coûts. Sur ce point, une initiative populaire du Centre a pour but de limiter les coûts. Là aussi, il y a plein de possibilités. Un contre-projet est sur la table. Il est possible de présenter plein de propositions pour limiter les coûts. On peut préférer la première voie ou la deuxième. On peut être favorable au fait d'agir dans les deux domaines en même temps. C'est le cas du groupe socialiste et du groupe du Centre.

Mais il y a un groupe qui dit qu'il ne faut faire ni l'un ni l'autre, ni agir sur les coûts, ni agir sur les primes, c'est le groupe UDC avec une partie du groupe libéral-radical. Là, je dois vous le dire, on ne comprend plus rien. Comment voulez-vous régler le problème numéro un de la population suisse en rejetant les mesures qui touchent les coûts et en refusant de revoir le financement du système de santé pour le rendre plus juste?



Franchement, refuser d'entrer en matière à la fois sur l'initiative populaire qui entend maîtriser les coûts et sur le contre-projet à l'initiative populaire qui entend réorganiser le financement est incompréhensible. Au moins, soyez cohérents, répondez aux préoccupations de la population.

Je vous invite à suivre les groupes majoritaires qui demandent d'entrer en matière sur ce contre-projet.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Je ne vais pas m'exprimer aujourd'hui sur l'initiative populaire, puisqu'elle a déjà fait l'objet de débats, mais uniquement sur le contre-projet indirect et sur la nécessité d'agir. Le Conseil fédéral vous dit encore une fois qu'il estime qu'il y a nécessité d'agir dans ce domaine.

D'une part, les coûts de la santé évoluent fortement: les coûts ont beaucoup augmenté depuis le deuxième semestre 2021 et ils continueront d'augmenter en 2023. Dans ces conditions, ce n'est pas un hasard si la prime moyenne a dû être augmentée de 6,6 pour cent en moyenne, ce qui représente une charge très importante pour les ménages et un souci important pour la population – l'un des premiers, si ce n'est le premier des soucis exprimés par celle-ci. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a élaboré beaucoup de mesures, depuis longtemps d'ailleurs, pour maîtriser les coûts. Certaines ont déjà été adoptées et d'autres sont malheureusement toujours en discussion – c'est toujours assez compliqué.

D'autre part, il faut reconnaître que la charge des primes dépend aussi des réductions individuelles de primes financées par la Confédération et les cantons. La Confédération finance 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire. Cela suit l'évolution des coûts. Pour 2023, ce sont 170 millions de francs de plus que la Confédération consacrerait à la réduction individuelle des primes. Pour la première fois, ce montant global va dépasser les 3 milliards de francs. En parallèle, les cantons n'ont que peu de contraintes – voire aucune – pour fixer leur contribution. Cela a conduit à des évolutions asymétriques problématiques. Je vous donne un seul exemple: celui d'un canton dans lequel, entre 2010 et 2020, la contribution de la Confédération est passée de 10 à 14 millions de francs – c'est une augmentation de 40 pour cent –, alors que dans le même temps exactement, à savoir de 2010 à 2020, ce canton a réduit sa participation destinée à la réduction de primes de 7 à 2 millions de francs, ce qui équivaut à une baisse de 70 pour cent; ainsi la part de la Confédération a augmenté de 40 pour cent, alors que celle du canton a baissé de 70 pour cent. C'est ce type d'évolution qui nous pose des problèmes. C'est ce type d'évolution qui engendre une nécessité d'agir. Votre conseil avait pris une décision dans ce sens lors d'une première lecture.

Nous espérons vivement que vous allez entrer en matière sur ce projet, car nous avons la même LAMal, le même système de fixation des primes, le même système de santé et le même système d'assurance, mais une évolution complètement asymétrique des réductions de prime – pas partout,

AB 2023 N 67 / BO 2023 N 67

mais parfois. Je vous invite donc, au nom du Conseil fédéral, à entrer en matière.

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die Berichterstatter verzichten auf ein Votum.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/26119)

Für den Antrag der Mehrheit ... 106 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 79 Stimmen

(1 Enthaltung)

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Das Geschäft geht an den Ständerat zurück.



21.063

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

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

*Differenzen – Divergences*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)  
2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates  
(= Eintreten)

AB 2023 S 340 / BO 2023 E 340

*Antrag der Minderheit*

(Germann, Salzmann)  
Festhalten  
(= Nichteintreten)

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national  
(= Entrer en matière)

*Proposition de la minorité*

(Germann, Salzmann)  
Maintenir  
(= Ne pas entrer en matière)





**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Diese Vorlage hat eine Vorgeschichte. Es handelt sich, wie gesagt, um den indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Ausgangspunkt ist die Volksinitiative zur Prämienverbilligung, die verlangt, dass die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für ihre Prämien bezahlen sollen. Dabei soll der Bund mit mindestens zwei Dritteln zur Prämienverbilligung beitragen, was Mehrkosten von rund 3,7 Milliarden Franken verursachen würde, während die Kantone den Restbetrag übernehmen sollen, was Mehrkosten von ungefähr 800 Millionen Franken entspräche.

Der Ständerat trat am 30. November 2022 mit 22 zu 20 Stimmen nicht auf den indirekten Gegenvorschlag ein und folgte damit dem Einzelantrag Würth. Ständerat Würth argumentierte, dass zu stark in die Autonomie der Kantone eingegriffen würde. Ihre Kommission war zuvor mit 10 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung eingetreten und hatte den indirekten Gegenvorschlag in der Gesamtabstimmung mit 9 zu 4 Stimmen angenommen. In der Detailberatung folgten wir damals im Wesentlichen dem indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. Der Nationalrat ist nun am 28. Februar 2023 dem Antrag der SGK-N gefolgt und hat mit 106 zu 79 Stimmen bei 1 Enthaltung am Eintreten festgehalten.

Zur Volksinitiative: Die Volksinitiative selbst wurde zuerst vom Nationalrat behandelt. Er hat sie mit 121 zu 67 Stimmen zur Ablehnung empfohlen. Sie ist zurzeit in unserer Kommission hängig. Damit die Voraussetzungen für einen bedingten Rückzug gewahrt werden, haben wir dazu noch nicht Stellung genommen. Die Frist zur Behandlung der Volksinitiative läuft bis am 3. Oktober 2023. Die beiden Räte müssen also bis zum Ende der Herbstsession über die Volksinitiative und den allfälligen indirekten Gegenvorschlag beschliessen.

Ihre Kommission hat das Eintreten nun am 17. April mit 10 zu 2 Stimmen bestätigt und hat der Vorlage nach geführter Detailberatung in der Gesamtabstimmung, auch mit 10 zu 2 Stimmen, zugestimmt. Tritt unser Rat heute nicht ein, ist der indirekte Gegenvorschlag erledigt. Wir würden in der Kommission dann eine Beratung der Initiative vornehmen und eine Empfehlung für ein Ja oder ein Nein abgeben. Es wird von einer Minderheit beantragt, nicht einzutreten.

Die Frage des Eintretens wurde in Ihrer Kommission stets auch mit der Frage diskutiert, wie der Gegenvorschlag effektiv ausgestaltet wird. Wir haben von der Verwaltung Grundlagen aufbereiten lassen, die öffentlich publiziert worden sind. Darin sind auch dynamische Effekte über die nächsten Jahre und die Kostenzunahme berücksichtigt. Es ist uns klar: Jeder schaut immer auf seinen Kanton; jeder schaut, wie dort die Entwicklung der Prämien verläuft und die Wirkung der Prämienverbilligung aussieht.

Ich werde nicht noch einmal die Details der Initiative bzw. des Gegenvorschlags auflisten, weil wir das schon bei unserer letzten Debatte gemacht haben. Ich hoffe, Sie erinnern sich daran. Nur ganz kurz, damit wir ein Gesamtbild haben: Der Bund bezahlt 7,5 Prozent der Bruttokosten, die Kantone haben ihren Anteil teilweise gesenkt. Zu den Kosten der verschiedenen Modelle, die uns vorliegen oder vorlagen: Die Initiative würde, wie gesagt, zu Kosten von 4,5 Milliarden Franken für Bund und Kantone führen. Gemäss Gegenvorschlag des Bundes werden die Kantone verpflichtet, 5 bis 7,5 Prozent der kantonalen Bruttokosten an die Prämienverbilligung beizutragen. Diese Kosten würden nur für die Kantone 494 Millionen Franken betragen. Der Bund wäre beim indirekten Gegenvorschlag nicht an den Kosten beteiligt.

Der Nationalrat hat am 16. Juni 2022 den Gegenvorschlag beraten und ihn abgeändert. Er hat insbesondere vorgesehen, die Prämienverbilligung an Ergänzungsleistungsbeziehende separat finanzieren zu lassen. Das würde für den Bund zu Mehrkosten von 1,3 Milliarden Franken führen und für die Kantone zu Mehrkosten von 800 bis 900 Millionen Franken. Die Initiative führt also zu Mehrkosten von 4,5 Milliarden Franken, der Gegenvorschlag des Bundes zu Mehrkosten von 494 Millionen Franken, der Beschluss des Nationalrates zu Mehrkosten von 1,3 Milliarden plus 900 Millionen Franken, also zu etwa 2,2 Milliarden Franken.

In der Diskussion in Ihrer Kommission gingen wir davon aus, dass die Prämien in diesem Herbst erneut massiv ansteigen werden. Ohne Gegenvorschlag zur Initiative in eine Volksabstimmung zu gehen, fand man zu gewagt. Kommt dazu: Die Initiative wäre nicht finanzierbar. Deshalb wurde die Formulierung eines praktikablen Gegenentwurfes beabsichtigt, der auch die Bedenken der Kantone berücksichtigt. Denn im Ständerat würden die Positionen der Kantone natürlich sehr sorgfältig geprüft. Es wurde aber auch gesagt, dass mit einer Prämienverbilligung das Grundproblem, nämlich die steigenden Kosten, überhaupt nicht gelöst wird. Es ist Symptombekämpfung. Es sollte auch verhindert werden, dass wir hier den Leuten das Gefühl geben, es bestehe gar kein Problem.

Es wurde aber auch festgehalten, dass sich in den letzten Jahren die Beiträge an die Prämienverbilligung von Bund und Kantonen teilweise zugunsten der Kantone entwickelt haben bzw. dass sich die Kantone teilweise zulasten des Bundes ein Sparpotenzial erschlossen haben – einzelne Kantone, muss man sagen. Das sehen Sie in der Zusammenstellung der Kostenentwicklung. So hat sich der Bundesbeitrag zwischen 2010 und 2021 von 2,0 auf 3,0 Milliarden Franken erhöht, der Beitrag der Kantone von 2,0 auf 2,5 Milliarden Franken. In der Ausgangslage waren es bei beiden 2,0 Milliarden Franken, es war ein Verhältnis von 50 zu 50 Prozent, und jetzt



ist man hier in ein Missverhältnis gerutscht. Die Ausgangslage – eben die 50/50-Regel – hat sich zugunsten der Kantone verändert. Aber auch hier, wenn Sie diese Zahlen nehmen, ist eine differenzierte Sichtweise notwendig. Der prozentuale Anteil der Kantone Genf, Tessin, Waadt und Basel-Stadt erhöhte sich im Vergleich zum Bundesbeitrag. Wenn heute der Anteil der Kantone an den Prämienverbilligungen gesamthaft noch etwa 46 Prozent beträgt – 100 Prozent sind der Bundesanteil und der Anteil der Kantone –, liegt er bei den übrigen 22 Kantonen, wenn man Genf, Tessin, Waadt und Basel-Stadt ausklammert, noch bei 37 Prozent. Dort tragen die Kantone 37 Prozent zur Prämienverbilligung bei, und der Bund übernimmt die restlichen 63 Prozent. 2010 betrug der Anteil dieser Kantone noch 47 Prozent – auch damals waren es nicht 50 Prozent, aber es waren nicht nur 37 Prozent.

Angesichts dieser Ausgangslage sprach sich eine klare Mehrheit für das Eintreten aus, mit der Absicht, auf der Linie des Gegenvorschlags des Bundesrates zu bleiben. Diese berücksichtigt die Entwicklung der Kostenübernahme durch Bund und Kantone. Aber es zeichnet sich ab, dass man den Kantonen in der Vorlage auch noch etwas entgegenkommt. Ich werde die Vorlage dann noch begründen. Wir haben hier einen Mehrheitsentscheid, der einen tieferen Betrag vorsieht als der Bundesrat, nämlich nur etwa 350 Millionen statt 490 Millionen Franken.

Der Gegenvorschlag des Bundesrates sieht, wie gesagt, vor, dass die Kantone 5 bis 7,5 Prozent der kantonalen Bruttokosten beitragen. Je stärker die Prämien die Einkommen der einkommensschwächsten Versicherten in einem Kanton belasten, desto höher soll der Mindestbetrag sein – es geht bis 18,5 Prozent. Wir haben dann über verschiedene Anträge diskutiert, die ich im Detail und entlang der Fahne, sofern wir eintreten, begründen werde.

Ich bitte Sie im Namen der Mehrheit der Kommission, auf diesen Gegenvorschlag einzutreten. Sie haben das Stimmenverhältnis gesehen: Wir haben mit 10 zu 1 Stimmen bei 1 Enthaltung Eintreten beschlossen, und ich werde Ihnen die Details dann gerne erklären.

AB 2023 S 341 / BO 2023 E 341

**Germann Hannes (V, SH):** Ja, wir sind in der Wintersession auf den indirekten Gegenvorschlag knapp nicht eingetreten und damit dem Einzelantrag Würth gefolgt. Ständerat Würth argumentierte, dass zu stark in die Autonomie der Kantone eingegriffen werde. Unsere Kommission ist aber dann gleichwohl mit dem Bestreben eingetreten, eine Lösung zu finden. Nun haben sich auch die Kantone noch einmal verstärkt gemeldet und ihre Bedenken klar aufgezeigt, und diese decken sich eben weitgehend mit jenen des Einzelantragstellers in der Wintersession.

Was hat sich in der Zwischenzeit geändert? Leider wenig. Die Zahlen sind ein bisschen abgeändert worden; wir haben versucht, den Schaden, den die Initiative anrichten könnte, in Grenzen zu halten. Aber das Bild, das sich nach den beiden Sitzungen im April und Anfang Mai präsentiert, ist praktisch unverändert, auch von den Mehrheiten her betrachtet. Die Argumente sind dieselben geblieben. Punkto des unzulässigen Eingriffs in die Autonomie der Kantone hat Kollege Würth hinsichtlich seines Einzelantrages von einem nicht begründeten, nicht sachgerechten und fragwürdigen Paradigmenwechsel gesprochen. Daran hat sich auch nach den Verbesserungsversuchen in der SGK-S nichts geändert. Daher stelle ich Ihnen im Namen einer kleinen, aber gewichtigen Nordostschweizer Minderheit den Antrag auf Nichteintreten.

Je nach Ausgestaltung des Gegenvorschlags müssen die Kantone etwa 500 Millionen Franken oder sogar zwischen 800 und 900 Millionen Franken mehr für die Prämienverbilligungen ausgeben. Dazu kämen noch über 1 Milliarde Franken an Mehrkosten für den Bund, weil er ja zu fünf Achteln an die Ergänzungsleistungen beiträgt. Die Mehrkosten des Gegenvorschlags wären damit bei der Variante des Nationalrates etwa halb so hoch wie bei der Annahme der Initiative. Die Umsetzung wäre bei Annahme der Initiative nicht finanzierbar. Darin sind wir uns weitgehend einig.

Bestätigen wir heute im Ständerat den in der Wintersession knapp gefällten Entscheid auf Nichteintreten, ist auch der unglückliche indirekte Gegenvorschlag vom Tisch. Dann kann der Souverän über die Initiative, mit all ihren Vor- und Nachteilen, befinden. Der Souverän wird sich auch Gedanken über die finanziellen Folgen machen müssen.

Mein Hauptargument bleibt aber jenes bezüglich der Kantone, die ihre Bedenken ja eindrücklich eingebracht haben. Ich bitte Sie, diese auch entsprechend zu gewichten. Die Kantone, vor allem die Finanzdirektoren, haben sich relativ früh gemeldet und ihre Bedenken angemeldet bzw. Alarm geschlagen. Sie haben darauf verwiesen, dass sie im aktuellen System 2,6 Milliarden Franken für Prämienverbilligungsbeiträge aufwenden. Die Mehrkosten, die auf sie zukommen würden, sind bereits erwähnt worden. Die Finanzdirektorenkonferenz hat an unsere Adresse auch festgehalten: "Das Argument des Bundesrates, für die Kostenentwicklung im Gesund-



heitswesen seien die Kantone verantwortlich und sein Gegenvorschlag stelle einen Anreiz zur Kostenkontrolle dar, ist keineswegs überzeugend. Einerseits spielt der Bund eine massgebliche Rolle bei der Regulierung des Gesundheitsmarktes über das KVG, und andererseits besteht die Gefahr, dass mit der Erhöhung der Beiträge das Kostenwachstum im Gesundheitswesen in Zukunft noch weiter angeheizt wird."

Jetzt müssen Sie sich überlegen: Je mehr Leute von der Prämie entlastet respektive ganz befreit werden, desto kleiner wird auch der Anreiz, auf ein spezielles Sparmodell wie auf das Hausarztmodell oder höhere Selbstbehalte einzugehen. Damit tun wir eigentlich dem ganzen System einen Bärendienst. Daneben bleiben die anderen gewichtigen Vorbehalte der Kantone gegenüber dem Paradigmenwechsel, der als nicht sachgerecht und nicht richtig bezeichnet werden muss, bestehen.

Man kann sich auch mit Fug und Recht die Frage stellen, ob das System wirklich revisionsbedürftig ist und ob wir nicht die Kantone in der Verantwortung behalten sollen. Denn sehen Sie: Die Kantone sind ja völlig unterschiedlich aufgestellt, nicht nur wirtschaftlich von den finanziellen Möglichkeiten her, sondern auch von der Ausgestaltung der individuellen Prämienverbilligung her. Jetzt kommen wir und stülpen den Kantonen von Bundesrechts wegen ein System über, das diesen wahrscheinlich nicht dient. Dieser Diversität des Problems tragen wir mit unserem Lösungsvorschlag, der zugegebenermassen das Ganze etwas abmildert – das respektiere ich durchaus –, in keiner Weise Rechnung. Die grundsätzlichen Vorbehalte bleiben eben bestehen. Darum mache ich Ihnen beliebt, auf diese Vorlage nicht einzutreten.

**Hegglin Peter (M-E, ZG):** Wie schon ausgeführt, kommt dieses Geschäft zum zweiten Mal in unser Plenum. Beim letzten Mal haben Sie Eintreten auf die Vorlage knapp abgelehnt. Die Mehrheit unserer Kommission lehnt die nationalrätliche Version des indirekten Gegenvorschlags auch weiterhin ab. Sie würde den Bund um 1,3 Milliarden Franken und die Kantone um 792 Millionen mehr belasten.

Ihre Kommission hat die Variante, die auf den bundesrätlichen Überlegungen aufbaut, im Vergleich zur letzten Debatte entschlackt und die mögliche Mehrbelastung der Kantone um 137 Millionen Franken auf 356 Millionen reduziert. Ohne Gegenvorschlag zur Initiative, welche Stand 2020 zu Mehrkosten von 4,5 Milliarden Franken führen würde, in eine Volksabstimmung zu gehen, erachte ich nicht als sinnvoll, ja sogar als gefährlich. Die Umsetzung der Volksinitiative ist nicht nur ausserordentlich teuer, sondern die Initiative liefert auch keine Antworten auf die eigentliche Frage, wie wir die Krankenversicherungsprämien bezahlbar halten können. Zudem würden die Zusatzkosten bei der Volksinitiative primär beim Bund anfallen. Dieser hat bei der Versorgungsplanung oder den Tarifen aber nur begrenzte Lenkungsmöglichkeiten.

Ich empfehle Ihnen deshalb, dem Antrag der Kommissionsmehrheit zu folgen, und begründe dies wie folgt: Die Kosten im Gesundheitswesen steigen unaufhörlich. Gemäss offiziellen Zahlen des Bundesrates sind die Kosten im Jahre 2022 im Vergleich zum Vorjahr wieder um 2,6 Prozent pro versicherte Person angestiegen. Im laufenden Jahr erleben wir einen regelrechten Kostenschub. Im ersten Quartal 2023 stiegen die Kosten im Vergleich zum ersten Quartal des letzten Jahres um 6,9 Prozent, mit steigender Tendenz in allen Kostengruppen. Viele Krankenkassen haben im vergangenen Jahr grosse Verluste eingefahren. In der Grundversicherung resultierte für die gesamte Branche ein Defizit von 1,5 Milliarden Franken. Um dieses Defizit zu decken, sind die Reserven der Krankenversicherer verwendet worden. Reserven wurden aber auch eingesetzt, um zu vermeiden, dass die Prämienrunde 2023 noch höher als 6,6 Prozent ausfiel. Sie sind deshalb aktuell auf nur noch 8,5 Milliarden Franken gesunken und können zu einer Abfederung der nächsten Prämiensteigerung nicht mehr beigezogen werden.

Das gesetzliche Minimum bei den Reserven, das die Stabilität der Branche absichern soll, beträgt 7 Milliarden Franken. Angesichts der sehr starken Kostensteigerungen im laufenden Jahr steht uns im Herbst noch einmal eine schmerzliche Prämienrunde ins Haus. Leider ist es uns bisher nicht gelungen, griffige Massnahmen zu definieren, die zu tragbaren Kostensteigerungen beitragen würden. Selbst kleinste Massnahmen, wie die von uns erst kürzlich beschlossene Zulassungssteuerung für medizinische Anbieter, werden von den Kantonen und anderen Akteuren im Gesundheitswesen im Nachgang wieder infrage gestellt, oder der Wille fehlt, sie umzusetzen.

Dabei hat die Schweiz im Vergleich zu anderen OECD-Staaten eine sehr gute medizinische Versorgung. Das Problem ist nicht die Anzahl der Ärzte, sondern deren regionale Verteilung. In der Gesundheitsversorgung sind primär die Kantone, bei übergeordneten Fragen aber auch der Bund für ein optimales Angebot verantwortlich. Deshalb blieb das Gesundheitswesen auch nach der Umsetzung des nationalen Finanzausgleichs im Jahr 2008 eine Verbundaufgabe: Die Kantone sind zuständig für die Planung, Steuerung und Mitfinanzierung der Leistungen von Spitälern, Kliniken und Langzeitinstitutionen, der Bund ist zuständig für die übergeordneten Aufgaben. Damit tragen die Kantone eine massgebliche Verantwortung für die Kostenentwicklung in ihrem Bereich.



2008 ging man mit der Neugestaltung des nationalen Finanzausgleichs davon aus, dass die Prämienverbilligung je hälftig von Bund und Kantonen getragen werden soll. Abgeleitet davon legte das Parlament den Beitrag des Bundes zur

AB 2023 S 342 / BO 2023 E 342

individuellen Prämienverbilligung auf 7,5 Prozent der gesamtschweizerischen Bruttogesundheitskosten fest. Bei den Kantonen verzichtete man auf einen Prozentsatz, nahm aber an, dass sich deren Beitrag daran orientieren soll.

Die Minderheit Germann hat argumentiert, dass es heute immer noch so sei: Der Bund bezahle etwa 52 Prozent, die Kantone immerhin 48 Prozent. Im Gesamten mag die Aussage zutreffen, im Einzelfall ist sie aber verzerrt. Es gibt Kantone wie Genf, Waadt, Neuenburg und Basel-Stadt, die ihre Beiträge massiv erhöht haben und zwischen 12 und 15 Prozent ihrer kantonalen Bruttokosten als Prämienverbilligung bezahlen. Andere haben im Rahmen von kantonalen Sparprogrammen ihren Anteil massiv – bis auf 1,5 Prozent – reduziert. Es ist also falsch, sich auf die Durchschnittszahlen abzustützen. Die Kantone sind einzeln zu betrachten.

Mit der Initiative will die SP nur die steigenden Kosten umverteilen, das Problem aber nicht bei der Wurzel packen. Auch unser Schwesterrat will nur die Kosten umverteilen. Verständlicherweise lehnen die Kantone die Initiative und den nationalrätlichen Gegenvorschlag ab. Ich habe aber nicht gelesen, dass sie sich zum Vorschlag der ständerätlichen Kommissionsmehrheit geäußert hätten. Der Grund mag darin liegen, dass der Kompromissvorschlag der Kommissionsmehrheit bei den Prämienverbilligungen ein gutschweizerischer Mittelweg ist.

Analog der Bestimmung, dass der Bundesanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten beträgt, sollen die Kantone einen minimalen Anteil von 3,5 Prozent – also weniger als die Hälfte des Bundesanteils – ihrer kantonalen Bruttogesundheitskosten für die individuelle Prämienverbilligung aufbringen müssen. Dies ist so, solange die Prämienzahlenden maximal 11 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien aufbringen. Wenn es mehr ist, steigt der Anteil der Kantone bis auf maximal 7,5 Prozent. Damit werden die Kantone angehalten, ihre steuernde Verantwortung im Gesundheitswesen kostenbewusster wahrzunehmen. Im Idealfall wäre dies deshalb auch eine indirekte Sparmassnahme.

Es kann nämlich nicht sein, dass nur der Bund in der Verantwortung steht, der weder bei der Spitalplanung noch bei der Zulassung von Leistungserbringern eingreifen kann, wenn die Kosten aus dem Ruder laufen. Auch die Kantone sollen im Rahmen ihrer Verantwortung mitfinanzieren, denn sie sind bei der Gesundheitsversorgung und der Steuerung am längeren Hebel. Neu werden also die Kantone von Gesetzes wegen verpflichtet, ein Sozialziel zu definieren. Das ist nicht neu, mehrere Kantone haben schon Sozialziele definiert. Beispielsweise sollen die Prämienzahlenden bei uns im Kanton Zug nicht mehr als 8 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien aufbringen müssen. Die Kantone sind zwar frei, wie sie das Sozialziel definieren, doch die kantonalen Parlamente werden damit verpflichtet, sich mit dieser Thematik vertieft zu befassen und konkrete Ziele zu beschliessen.

Wir nehmen die Kantone also in die Verantwortung, kostenbewusster zu agieren. Kantone mit tiefem Sozialziel haben keine Mehrbelastungen zu tragen. Acht Kantone haben mit dem ständerätlichen Vorschlag keine Mehrkosten zu schultern, neun weitere Kantone jeweils unter 7 Millionen Franken. Der Vorschlag Ihrer Kommissionsmehrheit ist also ein gutschweizerischer Kompromiss.

Aus diesen Überlegungen empfehle ich Ihnen Eintreten auf die Vorlage und Zustimmung gemäss den Anträgen der Mehrheit Ihrer Kommission. Bei einem meiner Minderheitsanträge werde ich dann nochmals das Wort ergreifen.

**Stöckli Hans (S, BE):** Ich bin froh, dass die SGK-S in ihrer grossen Mehrheit heute wieder Eintreten auf einen indirekten Gegenentwurf zur Prämien-Entlastungs-Initiative beantragt. Ich war selbst auch tätig beim Sammeln von Unterschriften für diese Initiative, und ich muss Ihnen sagen: Das war sehr einfach. Das war vor vier Jahren, und in der Zwischenzeit dürfte sich die Situation noch erheblich verschärft haben.

Sie sprechen von Mehrbelastungen für den Bund und für die Kantone. Alleine wenn die Prämien um 6 Prozent erhöht werden, spricht man von mehr als 2 Milliarden Franken an zusätzlichen Prämien, die bezahlt werden müssen. Ich sage das nur, damit man hier das Quantitative vor sich sieht. Deshalb bin ich etwas erstaunt, wenn man glaubt, man könne mit einem Gegenentwurf, dessen Kosten unter 400 Millionen Franken liegen, das Problem erfolgreich angehen. Ich teile die Meinung, dass diese Initiative sehr gute Chancen vor dem Volk hat. Dementsprechend lade ich Sie dringend ein, nicht "schmürzelig" zu sein, sondern einen Gegenentwurf zu erarbeiten, der im Rahmen der Lösung des Nationalrates liegt.

Es ist zu Recht die Dysfunktionalität dargelegt worden, die sich im Verlauf der letzten Jahre ergeben hat,



zwischen einerseits den Beiträgen des Bundes – jetzt sind sie bei 3 Milliarden Franken – und andererseits den Beiträgen der Kantone, die leider nicht Schritt gehalten haben. Zehn Kantone haben im Verlaufe der letzten Jahre ihre Beiträge nominell gesenkt. Ein Kanton musste sogar durch das Bundesgericht aufgerüttelt werden, dass er seiner Verpflichtung nachkommt.

Es ist für mich schon etwas schwierig, wenn die Kantone immer ihre Rolle im Gesundheitswesen hervorheben und sie sich dann, wenn es zur Kasse geht, sehr zierlich verhalten. Es ist absolut richtig und nötig, wie der Vorredner gesagt hat, dass im Gegenentwurf auch die gesetzliche Grundlage gelegt wird, welche Ziele von den Kantonen erwartet werden. Es kann nicht sein, dass sich der Bund alleine an diese Verpflichtung hält. Es gilt hier zu erwähnen, dass die individuelle Prämienverbilligung ein Korrektiv war zur Kopfsteuer, welche unser Prämiensystem aufweist. In unseren Nachbarländern wird auch bei der Krankenkassenprämie nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abgerechnet. Bei uns ist es eben nur eine einheitliche, nach verschiedenen Kriterien unterschiedlich berechnete Prämie, die das Einkommen nicht berücksichtigt.

Die Entwicklungen wurden dargelegt. Es ist etwas beschämend, wie sich gewisse Kantone verhalten haben. Deshalb ist es nötig, dass man einen indirekten Gegenvorschlag formuliert. Man sagt, das sei nur Symptombekämpfung. Wenn die Kantone in die Pflicht genommen werden, wenn die Kantone auch mehr leisten müssen, dann haben sie auch ein grösseres Interesse, dass sich die Kostenentwicklung stabilisiert und dämpft. Sie haben eine grosse Handlungsfreiheit im Rahmen der Zulassung, im Rahmen der Spitalplanung und bei der Abfassung der Leistungsverträge. Wenn sie im Bereich der individuellen Prämienverbilligung zusätzliche Verpflichtungen bekommen, dann sind sie auch zusätzlich interessiert, dann werden sie die Kostenfrage prioritär behandeln und so ihren Beitrag leisten.

Der Beschluss des Nationalrates ist, denke ich, ein gangbarer Weg, der sowohl vom Bund – der sich bei seinem eigenen Entwurf etwas ausgeklinkt hat – als auch von den Kantonen zusätzliche Beiträge verlangt. Es ist auch nachvollziehbar, dass man bei der Frage der Ergänzungsleistungen Klarheit schafft: Dort sollen eben die entsprechenden Beiträge nicht berücksichtigt werden, dort sollen die entsprechenden Zahlungen geleistet werden. Denn es ergibt keinen grossen Sinn, wenn man auf der einen Seite die individuelle Prämienverbilligung etwas erhöht und das auf der anderen Seite mit der Kürzung der Ergänzungsleistungen wieder kompensiert. Es ist auch richtig, dass die Frage der Verluftscheine geregelt wird.

Dementsprechend empfehle ich Ihnen, auf diesen indirekten Gegenvorschlag einzutreten und dann auch dem Entwurf des Nationalrates als Grundlage für einen Gegenentwurf zuzustimmen.

**Dittli Josef (RL, UR):** Wir entscheiden zuerst über Eintreten oder Nichteintreten. Ein zweites Mal nicht einzutreten heisst, dass die Initiative ohne Gegenvorschlag zur Abstimmung kommt – so, wie sie ist. Sie will ja, dass höchstens 10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Prämien aufgewendet werden müssen. Alles andere soll dann der Staat bezahlen: zwei Drittel der Bund, ein Drittel die Kantone. Wie hoch die Kosten sind, haben wir auch gehört: Bereits zu Beginn sind es plus 4,5 Milliarden Franken, wobei der Löwenanteil mit zwei Dritteln beim Bund ist. Nach zehn Jahren sind es dann noch einmal deutlich mehr, nämlich bereits 6,5 Milliarden Franken für den Bund und 1,7 Milliarden für die Kantone,

AB 2023 S 343 / BO 2023 E 343

gemäss den Berechnungen, die uns in der Kommission unterbreitet wurden.

Ich will nicht, dass diese Initiative angenommen wird. Herr Kollege Germann hat es gesagt: Die Umsetzung der Initiative ist nicht finanzierbar; darüber sind wir uns wirklich einig. Aber wir müssen auch respektieren, dass diese Initiative auf Sympathie stösst. Sie stösst auf Sympathie, und es ist durchaus damit zu rechnen, dass diese Initiative angenommen wird, wenn wir ihr nicht einen indirekten Gegenvorschlag gegenüberstellen.

Wenn wir das genauer anschauen, stellen wir fest, dass es bei dieser Initiative letztlich der Bund und die Kantone sind, welche die Hauptlasten zu tragen haben. Nun hat Herr Kollege Germann gesagt, die Kantone seien alle dagegen; wir hätten den Brief der Finanzdirektorenkonferenz (FDK) erhalten. Ja, den haben wir erhalten: Die Finanzdirektoren sind dagegen. Aber wir haben auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) angehört. Dort lese ich aus den Unterlagen, die GDK sei grundsätzlich offen für einen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Das tönt dann nicht mehr gleich wie bei der FDK. In den gleichen Unterlagen steht auch, die Sozialdirektorenkonferenz (SODK) unterstütze die Position der GDK. Sie ist also auch nicht a priori gegen einen indirekten Gegenvorschlag. Einzig die FDK, das wissen wir, und vereinzelte Regierungsräte der Kantone, die auf uns zugekommen sind, legen uns nahe, hier entsprechend nicht auf den Gegenvorschlag einzutreten und die Initiative einfach so zur Abstimmung zu bringen. Es ist also nicht so, dass die Kantone wie eine Wand gegen einen Gegenvorschlag sind. Das Gegenteil ist der Fall: Sie sind sich bewusst, dass diese Initiative das Potenzial hat, angenommen zu werden.





Jetzt geht es um die Frage, wie man einen solchen Gegenvorschlag formuliert. Der Bundesrat hat eine Version gebracht mit einer sauberen Begründung, auch mit guten Anreizen für jene Kantone, die in den letzten Jahren etwas tiefer gegangen oder sogar zurückgegangen sind. Diese trifft es dann etwas mehr als andere, sie würden entsprechend viel mehr an Prämienverbilligungen entrichten. Dieses System ist also ziemlich ausgeklügelt.

Was mich erstaunt hat, ist, dass der Nationalrat massiv mehr reinbuttern will. Unsere Lösung würde 493 Millionen Franken kosten, und der Nationalrat buttert bis zu insgesamt 2,1 Milliarden Franken rein. Dort sind wir dann wieder in der Kategorie Germann: Das ist nicht finanzierbar.

Jetzt ist die Frage: Ist die Bundeslösung finanzierbar? Wir haben in der Kommission geschaut, dass wir unserem Rat entgegenkommen mit einer Lösung, die tiefer geht als das, was der Bundesrat vorgeschlagen hat. Wir kommen jetzt nämlich mit einer Lösung, die die Kantone unter dem Strich 356 Millionen Franken kostet. Das ist also rund ein Drittel weniger als das, was der Bundesrat will. Damit wollen wir auch hier im Rat jene mit einem Kompromiss abholen, die das letzte Mal noch dagegen gestimmt haben. Das ist im Sinn und Geist dessen, dass wir einen indirekten Gegenvorschlag bringen und nicht russisches Roulette spielen, Herr Kollege Germann, denn das könnte sonst am Schluss dazu führen, dass die Initiative angenommen wird. Dann hätten wir die Katastrophe.

Ich bitte Sie, für Eintreten zu stimmen und dann den Anträgen der Mehrheit zu folgen.

**Würth** Benedikt (M-E, SG): Ich teile die Auffassung von Kollege Germann, wonach dieser neue Gegenvorschlag der Mehrheit der Kommission nach wie vor nicht überzeugt. Es wurden zwar die Stellschrauben etwas adjustiert, obwohl diese an sich das Problem sind. Sie sind nach wie vor in diesem KVG drin. Sie wissen auch, wie es in der Politik läuft: Wenn Sie mal einen falschen Weg eingeschlagen haben, dann kommen Sie nicht mehr zurück, und es wird auch in Zukunft an diesen Schrauben gedreht. Ich sage nicht, dass man die individuelle Prämienverbilligung (IPV) nicht aufstocken muss, wenn es nötig ist, wenn der Bedarf ausgewiesen ist. Aber ich sage: Halten wir dabei auch die föderalen Zuständigkeiten ein. Ich bin der Meinung, dass die Kantone als Ganzes ihre Verantwortung wahrgenommen haben. Es gibt einen Ausreisser, das hat Herr Kollege Stöckli erwähnt, es gibt diesen Bundesgerichtsentscheid mit Bezug auf den Kanton Luzern. Dort ging es aber lediglich um die Frage der Kinder und Jugendlichen, eine Spezialfrage im IPV-Recht. Wenn man aber das grosse Bild anschaut, dann stellt man fest, dass dieses System, das wir 2008 im Zuge des NFA eingeführt haben, funktioniert.

Wie ist die Haltung der Kantone? Das ist eine gute Frage. Es wurden verschiedene Fachdirektorenkonferenzen zitiert. Die Fachdirektorenkonferenzen sind im Prinzip nicht die Kantone. Es wäre interessant gewesen, zu hören oder zu sehen, wie ein Stellungsbezug der Konferenz der Kantonsregierungen ausgesehen hätte. Das haben wir nicht vorliegen, aber wir haben immerhin zwei regionale Regierungskonferenzen, die sich deutlich gegen diesen Gegenvorschlag stellen: die Ostschweizer Regierungskonferenz und die Zentralschweizer Regierungskonferenz. Was ist die Kernfrage, die wir eigentlich beantworten müssen? Aus meiner Sicht ist die Kernfrage diese: Wollen Sie die Budgethoheit der kantonalen Parlamente und der kantonalen Souveräne qua Bundesrecht übersteuern oder nicht? Das ist die entscheidende Frage.

Ich erwähne hier bewusst den kantonalen Souverän, denn dieser hat sich in fast allen Kantonen zu dieser IPV-Steuerung auch geäußert, ein letztes Mal beispielsweise 2021 im Kanton Zürich. Das ist interessant. Der Kanton Zürich hat heute die Regelung, dass er 80 Prozent des Bundesbeitrages verbilligt. Eine Initiative wollte auf 100 Prozent gehen. Das tönt ja noch plausibel. 64 Prozent der Leute haben Nein gesagt. Lediglich drei Zürcher Stadtkreise haben Ja gesagt. Das ist schon noch interessant. Das hat für mich mehr Relevanz als die Erfahrungen, sorry, von Kollege Stöckli beim Unterschriftensammeln. Ich habe auch schon Unterschriften gesammelt; das ist eine besondere Dynamik. Aber schauen Sie sich diese Entscheide an. Die Leute können schon abwägen, auch unter Einbezug der Frage der Finanzierbarkeit von konkreten Vorlagen. Darum bin ich vom geltenden System überzeugt. Was soll am föderalen, direkt-demokratischen System, das wir hier haben, so falsch sein? Was soll daran falsch sein?

Bei wirtschaftspolitischen Massnahmen stellen wir uns bei der Beratung einer neuen Regulierung jeweils die Frage: Liegt ein Marktversagen vor? Hier müsste man eigentlich die Frage stellen: Liegt ein Föderalismusversagen vor? Ich glaube nicht. Bis 2017 war die Antwort des Bundesrates auf diese Frage eigentlich klar. Ich zitiere aus der Antwort des Bundesrates auf das Postulat Humbel 17.3880: "Diese Regelung" – also jene, die man seinerzeit im NFA gefunden hat – "ist insofern sachlich sinnvoll, als zwischen Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe sowie der kantonalen Steuerpolitik ein enger sachlicher Zusammenhang besteht. Damit wird es den Kantonen möglich, diese Bereiche, für die sie weitgehend zuständig sind, optimal aufeinander abzustimmen." Kernaussage ist also, dass ein kantonales IPV-System in die Gesamtheit kantonal sozial- und steuerpolitischer Massnahmen einzubetten ist. Darum sind auch die Statistiken, die jeweils



nur auf die IPV fokussieren, mit Vorsicht zu geniessen.

Für mich ist klar, und Kollege Germann hat es auch erwähnt: Wir haben einfach in diesem Bereich massive interkantonale Unterschiede, und zwar hinsichtlich der Einkommenssituation, im Bereich der Gesundheitskosten, im Bereich der Prämienlast und im Bereich der sozialpolitischen Konzepte und Massnahmen. Vor diesem Hintergrund hat man 2008 ja gesagt, die Detailausgestaltung solle, versehen mit einem relativ grossen Freiheitsgrad, den Kantonen überlassen werden; der Bund mache dann eine Globalpauschale im Rahmen von 7,5 Prozent der OKP-Kosten. In der Zwischenzeit – und das ist erwähnenswert – hat sich der Bund auch zur Frage geäussert, inwieweit die Prinzipien und Grundsätze des seinerzeitigen NFA eingehalten worden sind. Es gab dazu das Postulat Stadler Markus 12.3412. Im Postulatsbericht von 2014 heisst es: "Seit der Einführung der NFA beläuft sich der Bundesbeitrag gemäss Artikel 66 Absatz 2 KVG auf 7,5 Prozent der Bruttogesundheitskosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Damit tragen heute Bund und Kantone je rund die Hälfte der Prämienverbilligungsausgaben." Es ist nach

**AB 2023 S 344 / BO 2023 E 344**

wie vor so: Je rund die Hälfte der Prämienverbilligungsausgaben wird von Bund und Kantonen getragen.

Jetzt kommt das Argument, das Sie vorhin gebracht haben, wonach man auf jeden einzelnen Kanton abstellen und schauen müsse, ob er diese 50/50-Regel, die informell im Rahmen der Globalbilanz damals festgehalten wurde, einhält oder nicht. Das war seinerzeit aber nicht das Konzept. Das trifft so nicht zu. Es wäre auch völlig widersprüchlich. Sie können nicht einerseits sagen, man mache ein IPV-System für die Kantone, das einen relativ hohen Freiheitsgrad aufweist, und andererseits, quasi als informelle Abmachung, als "hidden agenda", sagen, man müsse für jeden einzelnen Kanton die 50/50-Regel im Bereich der Prämienverbilligungsausgaben einhalten. Für mich ist es einfach nach wie vor ein Systemfehler, wenn wir den Weg des Bundesrates oder jetzt auch der SGK-S gehen. Das ist der Grund – auch das möchte ich in Erinnerung rufen –, wieso Ihre Finanzkommission damals beim Mitbericht eine deutliche Ablehnung beschlossen hat. Mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung haben wir damals beschlossen, nicht auf den Gegenvorschlag einzutreten bzw. Ihnen diesen zur Ablehnung zu empfehlen. Das war damals der Mitbericht der Finanzkommission.

Selbst wenn man jetzt einen solchen Paradigmenwechsel vornehmen wollte, müsste man sich die Frage stellen, ob eine solche Neuregelung auch effektiv wirksam ist. Dieser Mindestanteil ist das Kernelement des Gegenvorschlags. Ist dieser Mindestanteil wirksam oder nicht? Es ist klar, brutto fließen natürlich mehr Mittel in die IPV, allerdings – und das ist wichtig – nicht überall, sondern nur in bestimmten Kantonen.

Jetzt wird gesagt, dass hier ein Anreiz geschaffen werden soll, damit die Kantone wegen diesem Mindestanteil ihre Strukturen optimieren. Wenn die Kantone mehr bezahlen müssen, werden sie sich auch stärker der Kostensenkung und Kostenoptimierung im Gesundheitswesen zuwenden. Dieses Argument hat auch eine Ständeratskandidatin im letzten Wahlkampf in meinem Kanton vorgebracht; es ist nicht die Gewählte. Im zurückliegenden Wahlkampf wurde dieses Argument immer wieder gebracht. Diese Person hat aber auch mit grosser Vehemenz alle Spitalschliessungen in meinem Kanton bekämpft; das ist die Realität. Dass dieses Argument fehlgeleitet ist, zeigt sich nur schon daran, dass die Kantone, die finanziell am meisten von diesem Gegenvorschlag betroffen sind, ihre Hausaufgaben – ich sage: einigermassen – gemacht haben. Diejenigen Kantone, die hohe Prämienverbilligungskosten und die hohe Gesundheitskosten haben, sind von diesem Gegenvorschlag nicht betroffen. Das ist eigentlich schon der Beweis, wieso das Argument nicht funktioniert.

Es ist ökonomisch ja gerade umgekehrt. Wenn Sie die Kantone, die ihre Hausaufgaben gemacht haben, zwingen, mehr Geld in das IPV-System zu leiten, dann sinkt der Anreiz für weitere Strukturoptimierungen. Das ist doch die Logik, und vor diesem Hintergrund ist dieses Konzept für mich einfach nicht überzeugend. Ich bleibe daher bei meiner Meinung und bitte Sie, auf diesen Gegenvorschlag nicht einzutreten.

Zum Schluss: Damals, 2008, als der neue Finanzausgleich mit der Aufgabenentflechtung in Kraft trat, rühmten wir uns ja, eine grosse Föderalismusreform zu schaffen. Wir haben die Verfassung reformiert, wir haben den Finanzausgleich im engeren Sinn auf eine neue Grundlage gestellt, wir haben die Aufgabenentflechtung vorangetrieben. Wenn ich die letzten fünfzehn Jahre nun anschau, dann muss ich Ihnen sagen: Von dieser Aufgabenentflechtung ist nicht mehr viel übrig geblieben. Stück für Stück haben wir das Rad zurückgedreht. Wenn wir jetzt auf diesen Gegenvorschlag eintreten, dann machen wir einen weiteren, grossen Rückschritt in Richtung Aufgabenverflechtung. Dann können wir noch lange von einer NFA 2 reden. Die Realität sieht politisch völlig anders aus.

Wenn der Bundesgesetzgeber jetzt dieses bewährte System übersteuert, muss er sich einfach bewusst sein, dass er dann im Prinzip sagt: "Wir hier im Bundeshaus wissen besser, was gewählte Parlamente, gewählte Regierungen und letztlich das Volk im Kanton X und im Kanton Y entscheiden sollen. Wir schreiben ihnen die Ausgaben vor." Föderalismus und Subsidiarität basieren aber auf einem Menschenbild, das auf Vertrauen



aufbaut. Ich habe Vertrauen in die Kantone. Sie haben in der Vergangenheit nicht geschlafen, sondern haben ihre IPV-Ausstattung an den jeweiligen Bedarf angepasst. Sie haben das demokratisch entschieden, so, wie es in unserem Land Brauch ist. Sie werden das auch in Zukunft tun.  
Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie, Nichteintreten zu beschliessen.

**Kuprecht** Alex (V, SZ): In der Tat figuriert die Prämienlast auf der Problemskala bei den Leuten absolut zuoberst. Das ist ein grosses Problem, aber das Problem ist eben nicht grundsätzlich die Prämienlast, sondern das Problem sind die konsumierten Leistungen. Die Prämien folgen den Leistungen, die man konsumiert hat, und eben nicht umgekehrt – ich habe das letztes Mal schon gesagt. An dieser Tatsache führt rein gar nichts vorbei. Es kommt halt eben so, wie es kommt. Wenn immer mehr Leistungen bezogen werden, dann steigen die Kosten in den Kantonen. Das wird auch in Zukunft so sein, wenn es uns nicht gelingt, die entsprechenden Kosten einzudämmen. Da wird es wohl sehr unpopuläre Entscheidungen brauchen, anders wird das wahrscheinlich nicht möglich sein.

Ich möchte das Votum von Herrn Würth, sein, einmal mehr, glänzendes Votum in Bezug auf den Föderalismus und darüber, wer zuständig ist, nicht wiederholen. Herr Kollege Dittli, es gibt schon eine Wand. Wenn alle Zentralschweizer und alle Ostschweizer Kantone uns mitteilen, dass wir auf diesen Gegenvorschlag dringend verzichten sollen, dann gibt es dort eine Wand. Diese geht in Richtung St. Gallen und Zürich sowie bis in die Ostschweiz, und sie umfasst auch die entsprechenden Innerschweizer Kantone; das ist eine Wand.

Herr Kollege Hegglin, die Aufgabe in Bezug auf die Gesundheitsversorgung ist eine Verbundaufgabe, so wie es in Artikel 117a der Bundesverfassung steht. Es ist aber keine grundsätzliche Verbundaufgabe in Bezug auf die Prämienverbilligung, mindestens nicht gemäss Verfassung, sondern das war eine Gesetzgebung. Diese führten wir ein, nachdem die flächendeckenden Subventionen bei den Krankenkassen zugunsten einer individuellen Finanzierung der Versicherten abgeschafft wurden.

Jetzt machen wir uns nichts vor: Sowohl die Initiative als auch der Gegenvorschlag des Nationalrates liegen weit über dem Gegenvorschlag des Ständerates. Ich glaube nicht, dass die Initiative zurückgezogen wird, wenn im Parlament der Gegenvorschlag des Ständerates obsiegen würde. Ich kann mir nicht vorstellen, dass Herr Stöckli allenfalls als Mitinitiant oder Unterschriftensammler dann sagen wird: Ja, wir ziehen die Initiative zurück. Das glaube ich nicht.

Es ist meines Erachtens die Aufgabe der Kantone. Ich kann es Ihnen sagen, Herr Kollege Reichmuth weiss das: Es gibt jetzt aufgrund einer Volksinitiative Bewegung in unserem Kanton, wonach dieser mehr Geld für die individuelle Prämienverbilligung zur Verfügung stellen muss. Das ist der richtige Weg – es ist der Weg über die kantonalen Parlamente, über die kantonalen Regierungen und schlussendlich über den Entscheid der entsprechenden Stimmbürger eines Kantons; bei mir sind es die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger des Kantons Schwyz. Das ist der richtige Weg. Alles andere ist meines Erachtens nicht zielführend und greift vehement in die Budgethoheit und in die Autonomie der Kantone ein.

Deshalb bin ich der Auffassung, dass auch auf den zweiten Gegenvorschlag der Mehrheit der ständerätlichen Kommission nicht eingetreten werden sollte.

**Gmür-Schönenberger** Andrea (M-E, LU): Ich habe in der ersten Runde Nichteintreten unterstützt, werde aber jetzt dem Eintreten zustimmen. Warum? Der Gegenvorschlag der SGK-S wurde einmal mehr abgespeckt und gekürzt. Was jetzt auf dem Tisch liegt, ist ein gangbarer Weg. Es ist eine massvolle Lösung, und es ist vor allem ein minimalinvasiver Eingriff in die Kantonsautonomie. Wenn wir schauen, wie sich die Kosten für die Prämienverbilligung in den Kantonen in den letzten Jahren entwickelt haben, dann haben sich die Kantone teilweise schon verabschiedet und ziemlich aus der Pflicht genommen. Hier werden sie jetzt wieder minimal zur Verantwortung gezogen und müssen ihren Beitrag leisten.

AB 2023 S 345 / BO 2023 E 345

Ich würde diese Initiative auch am liebsten ohne Gegenvorschlag ablehnen respektive entsprechend auf die Vorlage eintreten. Aber das ist nun auch ein Vernunftentscheid. Wir wissen alle, dass die Krankenkassenprämien im Herbst wieder steigen werden. Je höher diese Krankenkassenprämien steigen, desto grösser wird die Wahrscheinlichkeit, dass diese Initiative angenommen wird.

In diesem Sinne bitte ich Sie, einzutreten und den Mehrheitsanträgen der Kommission zuzustimmen.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Il vient d'être question à l'instant de l'initiative populaire. C'est vrai que ce n'est pas le coeur du débat aujourd'hui, parce que cette initiative n'est pas en discussion et que le débat que vous menez ne concerne pas directement l'initiative, mais il s'agit quand même d'une discussion sur un possible contre-projet à cette initiative populaire. J'aimerais juste rappeler ce qu'elle vise, à savoir que la





charge des primes représente au maximum 10 pour cent du revenu et, en ce qui concerne le financement, que la Confédération paie au moins deux tiers des réductions de primes et que les cantons paient le reste. Pour l'année 2024, en comparaison avec la situation actuelle, cela signifierait des coûts supplémentaires d'environ 4,7 milliards de francs pour la Confédération et de 1,1 milliard de francs pour les cantons.

Le Conseil fédéral a remarqué que cette initiative coûte non seulement relativement cher à la Confédération et aux cantons, mais qu'en plus elle n'incite pas à la maîtrise des coûts, ce qui constitue pourtant, de l'avis du Conseil fédéral, le cœur du problème. C'est donc cette argumentation qui a conduit le Conseil fédéral à proposer de recommander le rejet de l'initiative.

Cela dit, parvenir à une certaine convergence du financement des réductions de primes entre la Confédération et les cantons nous semblait être un objectif à poursuivre. De ce point de vue, le Conseil fédéral estime qu'il existe un besoin d'agir. La réforme de la péréquation financière (RPT) de 2008 a été mentionnée, et j'y suis très attaché aussi; je propose d'y revenir tout à l'heure, car c'était un des éléments au cœur de la discussion. Tout d'abord, il y a un élément à rappeler ici avant d'aborder la RPT, c'est que l'évolution des coûts de la santé est importante. Les coûts ont beaucoup augmenté depuis le deuxième semestre 2021, ils continuent à augmenter en 2023, on le voit avec les chiffres du premier trimestre. D'ailleurs, la prime moyenne a dû être augmentée de 6,6 pour cent pour 2023, ce qui constitue une charge importante pour les ménages. Une des réponses du Conseil fédéral a été d'élaborer des mesures de maîtrise des coûts; certaines sont déjà en vigueur, d'autres sont encore en discussion, c'est assez compliqué, mais on espère que cela puisse avancer. Voilà pour la maîtrise des coûts.

De l'autre côté, évidemment, la charge des primes dépend aussi des réductions de primes financées par la Confédération et les cantons. Comme vous le savez – c'est quelque chose qui est clair pour tout le monde –, la Confédération finance 7,5 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins. On prend les montants des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins, on calcule 7,5 pour cent, et c'est le montant que la Confédération met à disposition des cantons pour organiser les réductions de primes. Et comme les coûts, et donc les coûts bruts, augmentent, la part de la Confédération augmente aussi: ne serait-ce que pour l'année 2023, il s'agit de 170 millions de francs de plus qu'il a fallu financer par la Confédération; au total, la Confédération a financé plus de 3 milliards de francs.

De leur côté, les cantons ont peu de contraintes, voire presque pas, pour fixer leur contribution. Et là j'en reviens à la discussion de 2008: à l'époque, dans les discussions sur le désenchevêtrement des tâches et la nouvelle péréquation financière, la Confédération s'était engagée dans la loi à financer ces 7,5 pour cent, mais c'était une sorte d'agrément avec les cantons pour tenter d'avoir une bonne solution. Si vous regardez l'évolution des montants attribués par les cantons aux réductions des primes, vous constatez qu'en 2007/08, la situation n'était pas très bonne. Ensuite, il y a une sorte de rattrapage qui se fait globalement de la part des cantons jusqu'à peu près en 2011. Il y a donc une certaine convergence, jusqu'en 2011, des montants financés par la Confédération et par les cantons. A partir de 2011/12, les cantons vont dans tous les sens différents possibles. A partir de ce moment-là, certains cantons ont décidé de mettre toujours plus, ce qui a conduit à ces exemples que citait M. le conseiller aux Etats Peter Hegglin, dans lesquels des cantons paient aujourd'hui non pas 7,5 pour cent des coûts bruts, mais jusqu'à 15 pour cent. Cela s'ajoute aux 7,5 pour cent de la Confédération, on est donc à plus de 22 pour cent. Cela signifie, en d'autres termes, que les cantons – ce sont notamment ceux de Genève, de Vaud, du Tessin, de Bâle-Ville, il y en a peut-être encore d'autres – financent à eux seuls environ deux tiers de la réduction des primes.

Environ 66 pour cent de la réduction totale des primes est financée par le canton et 33 pour cent par la Confédération. Mais d'autres cantons ont suivi un chemin différent, jusqu'à des situations assez extrêmes, pour tout vous dire. Je n'aime pas citer des exemples concrets, je ne vais pas citer de nom, mais j'ai par exemple sous les yeux le cas d'un canton qui paie aujourd'hui environ 30 pour cent de moins que ce qu'il payait en 2010. Alors que les coûts et les primes augmentent, la contribution de ce canton a diminué. Que s'est-il passé? Eh bien aujourd'hui, dans le canton dont j'ai le cas sous les yeux, 85 pour cent de la facture de la réduction des primes est payée par la Confédération. Parce que la Confédération a augmenté sa part, d'environ 40 pour cent dans le cas présent: elle a une facture 1,4 fois plus élevée, alors que le canton concerné a divisé sa dépense en millions par trois. Je ne pense pas que sa population ait diminué d'autant.

Dans cet exemple, 85 pour cent de la facture est donc payée par la Confédération. Ce n'est pas le sens, ni dans l'esprit ni dans la lettre, des accords de 2008 sur la péréquation financière. Si on avait dit, à l'époque, dans le cadre de la discussion sur la péréquation financière, que quinze ans plus tard, des cantons financeraient deux tiers de la réduction des primes, mais que d'autres ne financeraient plus que 15 pour cent, je ne pense pas que cela aurait été accepté comme un résultat valable.

Et surtout, avec le cas de ce canton dont 85 pour cent de la facture est payée par la Confédération, se pose



la question – elle est un peu désagréable, mais il faudra la poser – de l'équivalence fiscale. Les cantons nous disent, à juste titre, que pour les tâches qu'ils financent, ce n'est quand même pas la Confédération qui va leur dire comment l'argent doit être dépensé. C'est un argument qui a toujours beaucoup d'écho au sein du Parlement, à juste titre, et aussi au Conseil fédéral. Mais dans un cas comme celui-ci, on doit se poser la question de l'équivalence fiscale: que dire alors d'une situation dans laquelle la Confédération paie 85 pour cent de la dépense, mais sans rien dire de la manière dont l'argent doit être dépensé?

Vous pourriez contester que c'est un exemple extrême. C'est vrai. La plupart des cantons ne font pas cela. Mais si un canton a pu en arriver là – et j'ai un autre exemple sous les yeux, d'un canton beaucoup plus grand, où 70 pour cent du total est payé par la Confédération –, on sent bien que ce n'était ni l'esprit ni la lettre des accords de 2008 et que, donc, il est nécessaire aujourd'hui, d'une certaine manière, de faire quelque chose.

Le Conseil fédéral a proposé un contre-projet. Celui-ci a été fortement modifié par le Conseil national. Vous n'êtes pas entrés en matière la dernière fois, malgré une appréciation très positive de votre commission. Aujourd'hui, il y a une autre proposition de votre commission, qui grosso modo s'appuie sur le contre-projet du Conseil fédéral, tout en allant moins loin et prévoyant moins d'implications. On pourrait objecter que ce n'est pas une très bonne idée, parce qu'on accepterait ainsi des règles dans lesquelles il y a une asymétrie entre le financement par la Confédération et celui par les cantons, mais globalement ce serait quand même déjà une amélioration assez forte par rapport à la situation actuelle.

Vous connaissez le débat au Parlement puisque vous l'avez suivi et généré. Vu la situation que je viens de décrire,

#### AB 2023 S 346 / BO 2023 E 346

présentant de grandes différences entre les cantons, j'ai la même impression que M. le conseiller aux Etats Kuprecht: je ne m'attends pas à ce qu'avec le contre-projet du Conseil fédéral ou celui de votre commission l'initiative soit retirée. Mais je crois que ce n'est pas la bonne question: la bonne question n'est pas de savoir si l'initiative va être retirée ou non; la bonne question est de savoir avec quels arguments vous allez expliquer qu'il faut rejeter l'initiative. Si, aujourd'hui, la décision devait être de ne pas entrer en matière, ce serait donc définitif, il n'y aurait pas de contre-projet, tout le monde se retrouverait ici dans un débat sur une initiative populaire avec une situation qui ne serait pas toute simple.

Parce que l'on nous décrirait les situations que vous connaissez et qui ont été bien décrites tout à l'heure. On nous dirait: "Mais qu'est-ce que vous avez fait?". On répondrait: "Eh bien rien, parce que tout est bien comme ça". Ce sera quand même beaucoup plus compliqué. La question déterminante n'est donc pas de savoir si l'initiative est retirée ou pas. Cela ne peut pas diriger les travaux, ni du Conseil fédéral ni du Parlement. Par contre, la question est de savoir quels sont les arguments que l'on peut y opposer.

C'est avec cette ligne d'argumentation que j'aimerais vous inviter, au nom du Conseil fédéral, à entrer en matière sur le projet.

#### *Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5782)

Für den Antrag der Mehrheit ... 24 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 16 Stimmen

(2 Enthaltungen)

#### *Detailberatung – Discussion par article*

#### **Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

#### **Titre et préambule, ch. I introduction**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*





**Art. 65**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1a*

... höchstens ausmachen darf. (Rest streichen)

*Abs. 1ter*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Abs. 1quater*

...

a. ... weniger als 11 Prozent des Einkommens aus, so beträgt der Mindestanteil 3,5 Prozent der Bruttokosten.

...

*Abs. 1quinquies*

...

b. die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien sämtlicher Versicherungsformen (mittlere Prämie).

*Abs. 1sexies*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Abs. 1septies*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

*Abs. 1a, 1quater Bst. a*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit I*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

*Abs. 1sexies*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit II*

(Hegglin Peter, Germann, Salzmann)

*Abs. 1quinquies-1septies*

Streichen

**Art. 65**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1a*

... des assurés résidant dans le canton. (Biffer le reste)

*Al. 1ter*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Al. 1quater*

...

a. .... moins de 11 pour cent du revenu, il s'élève à 3,5 pour cent des coûts bruts;

...

*Al. 1quinquies*

...

b. sur les primes effectivement payées par les assurés pour toutes les formes d'assurance (prime moyenne).

*Al. 1sexies*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Al. 1septies*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

*Al. 1a, 1quater let. a*

Adhérer à la décision du Conseil national



*Proposition de la minorité I*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

*Al. 1sexies*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité II*

(Hegglin Peter, Germann, Salzmann)

*Al. 1quinquies-1septies*

Biffer

*Abs. 1a – Al. 1a*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Das ist das Sozialziel, das in unserer Kommission eigentlich unbestritten war. Der Nationalrat hat es eingefügt. Damit will er die Kantone dazu bringen, dass sie einen Teil der Kosten quasi zwingend übernehmen. Einen Betrag hat er aber keinen festgelegt.

Es ist wichtig, dass man die Kantone quasi verpflichtet. In der Kommission haben wir an diesem Sozialziel nicht gezweifelt. Trotzdem gibt es eine Mehrheits- und eine Minderheitsmeinung, weil die Mehrheit nicht wollte, dass der Bundesrat gemäss dem zweiten Satz von Artikel 65 Absatz 1a festlegt, wie die Prämien und das verfügbare Einkommen zu ermitteln sind. Die Mehrheit ist nämlich der Meinung, dass das Sache der Kantone sei. Die Minderheit möchte dem Nationalrat folgen und das auch festlegen. Wie gesagt, die Mehrheit will nicht, dass der Bundesrat dies festlegt. Der Bundesrat und die Minderheit möchten, dass eine Vergleichbarkeit der Daten vorliegt und dass man es nicht jedem Kanton überlässt, wie er handeln will. Die Minderheit wird ja dann noch vertreten.

Ihre Kommission empfiehlt Ihnen mit 6 zu 4 Stimmen, der Mehrheit zu folgen.

**Stöckli** Hans (S, BE): Ich kann es sehr kurz machen: Hier geht es einfach um die Frage, ob wir in der Gesetzgebung die Grundlagen für die Berechnung definieren sollten. Es geht ja darum, eine korrekte, gesetzlich abgestützte Lösung zu finden. Wenn wir die Kreativität der Kantone bedenken, muss ich sagen: Wenn wir keine Definition der Berechnungsgrundlagen machen, wird leider unser Ziel, gerechte und korrekte Lösungen zu finden, etwas verwässert. Wenn Sie in die Kantone schauen, sehen Sie, dass die Berechnungsgrundlagen völlig unterschiedlich gehandhabt werden und so die Vergleichbarkeit erheblich beeinträchtigt wird.

AB 2023 S 347 / BO 2023 E 347

Ich ersuche Sie dementsprechend, in diesem Punkt dem Beschluss des Nationalrates zuzustimmen.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Cette norme, qui a été ajoutée par le Conseil national, ne pose en réalité pas tellement de problèmes. C'est à vous de décider comment vous souhaitez procéder. Ce qui nous paraît important – c'est le seul élément que je souhaitais encore apporter dans ce débat – c'est que, si cette norme est adoptée telle que le proposent le Conseil national et la minorité Stöckli, alors elle doit être clairement acceptée en plus du contre-projet du Conseil fédéral. Il faut évidemment que la compétence du Conseil fédéral de définir la manière de calculer la prime et le revenu disponible soit maintenue. Si ces deux éléments sont clairs, alors cette proposition de minorité ne pose pas de difficulté et peut être soutenue. En même temps, alors que je m'attends à ce que votre conseil et votre commission fassent un pas relativement important par rapport au projet du Conseil national, cet élément permettrait de garder un lien avec l'autre conseil.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5783)

Für den Antrag der Mehrheit ... 31 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 10 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Abs. 1quater – Al. 1quater*

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Hier geht es jetzt um den Kern der Vorlage, nämlich um den Kostenanteil, den die Kantone und allenfalls der Bund zu tragen haben. Es gibt hier quasi drei Varianten. Die Fahne ist ein bisschen kompliziert. Ich versuche, es einmalig zusammenzufassen, und die Präsidentin wird uns dann durch die Unwegsamkeit der Fahne führen.





Sie sehen: Der Bundesrat hat eine Norm aufgenommen, in der er festlegen will, welchen Anteil an der Prämienverbilligung die Kantone mindestens übernehmen müssen. Er legt dabei fest, dass nur die Kantone übernehmen, das ist die wichtigste Aussage. Weiter sagt er: Wenn die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens ausmachen, so beträgt der Mindestanteil 5 Prozent der Bruttokosten. Das ist die erste Stufe. Die zweite Stufe ist: Wenn die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr ausmachen, so beträgt der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten. Er verlagert eigentlich die Systematik der 7,5 Prozent, die der Bund heute trägt, auf die Kantone. Er gibt ihnen einen Zweistufentarif mit 5 Prozent der Bruttokosten bis 10 Prozent des Einkommens und mit 7,5 Prozent der Bruttokosten bis 18,5 Prozent des Einkommens. Das ist die Ausgangslage.

Der Nationalrat hat das übernommen. Auch die Minderheit Stöckli beantragt, dem Nationalrat zu folgen. Der Nationalrat hat den Entwurf des Bundesrates übernommen. Aber er hat zusätzlich beschlossen, dass ein Teil der Beiträge der Ergänzungsleistungen durch den Bund übernommen werden soll. Heute bezahlen die Kantone die gesamten Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Ergänzungsleistungsbezüger – das entspricht 2,1 Milliarden Franken. Gemäss Beschluss des Nationalrates soll die individuelle Prämienverbilligung angerechnet werden. Man muss wissen, dass ein grosser Teil der Prämienverbilligung an Ergänzungsleistungsbezüger geht. Der Wille des Nationalrates war, dass man diesen Teil nicht anrechnet, damit die Mittel für die Prämienverbilligung auch den übrigen Bevölkerungsteilen, die keine Ergänzungsleistungen beziehen, zur Verfügung stehen. Das weitet natürlich den Preis aus. Der Nationalrat, der die Ergänzungsleistungen ausnimmt, macht aus den Kosten von 494 Millionen Franken gemäss Entwurf des Bundesrates Kosten von etwa 2,2 Milliarden Franken für Bund und Kantone; der Bund würde sich gemäss Modell des Nationalrates auch an den Ergänzungsleistungen beteiligen. Gemäss Beschluss des Nationalrates werden zwar die Verlustscheine berücksichtigt, die Ergänzungsleistungen aber eben nicht.

In Ihrer Kommission haben wir eine Alternative zum Bundesratsmodell erarbeitet und das Nationalratsmodell nicht übernehmen. Wir haben das Bundesratsmodell ohne Ausschluss der Ergänzungsleistungen übernommen und statt 5 bis 10 Prozent einen Anteil von 3,5 bis 11 Prozent des Einkommens genommen. Darüber hinaus ist es gleich. Man hat also den Anteil der Kosten gesenkt. Deshalb kommt das Modell der Mehrheit Ihrer Kommission im Gegensatz zum Bundesrat, der bei 494 Millionen Franken Kosten für die Kantone liegt, auf 356 Millionen Franken. Das sind zwar Schätzungen, aber das ist in etwa der Preis, den man damit hat. Die Mehrheit Ihrer Kommission übernimmt nicht die Nationalratsvariante, welche die Ergänzungsleistungen quasi ausschliesst und so einen höheren Beitrag bewirkt. Die Minderheit macht genau das Gleiche wie der Nationalrat.

Das sind die drei Varianten: der Entwurf des Bundesrates mit Kosten von 494 Millionen Franken für die Kantone; der Antrag der Mehrheit Ihrer Kommission mit Kosten von 356 Millionen Franken nur für die Kantone; der Beschluss des Nationalrates mit Kosten von 2,2 Milliarden Franken für Bund und Kantone. Die Kommissionsminderheit möchte den Beschluss des Nationalrates übernehmen.

Für die Mehrheit war der Beschluss des Nationalrates kein Thema. Kollege Dittli hat es schon gesagt: Man hat gesagt, es sei masslos überzogen, es sei quasi ein "Doppelwumms", den der Nationalrat gemacht hat, indem er die Ergänzungsleistungen ausnimmt und die Vorlage des Bundesrates übernimmt.

In diesem Sinn empfehle ich Ihnen, hier dem Antrag der Mehrheit zu folgen, der sich in der Kommission mit 8 zu 4 Stimmen durchgesetzt hat. Niemand hat den Entwurf des Bundesrates übernommen. Die Mehrheit der Kommission beantragt eine separate, abgespeckte Version des Entwurfes des Bundesrates, und die Minderheit, die noch vertreten wird, hat den Beschluss des Nationalrates übernommen.

**Stöckli** Hans (S, BE): Es wird etwas schwierig, das zu erläutern. Auf der einen Seite bezieht sich die Minderheit, die ich vertrete, auf die Lösung des Bundesrates bei der Grundberechnung. Auf der anderen Seite möchte die Minderheit I (Stöckli) auf Seite 5 der Fahne die Lösung des Nationalrates insgesamt beschliessen. Das ist vom System her möglich, weil es nach der gleichen Grundlage berechnet wird.

Zuerst zur Minderheit zu Artikel 1quater Buchstabe a, wo die Mehrheit der ständerätlichen Kommission die Grundannahmen, welche der Bundesrat vorgenommen hat, verändern möchte: Ich würde das die Lex Zug nennen, denn es ist tatsächlich so, dass – gestützt auf unsere Unterlagen – ersichtlich ist, dass mit dieser Variante die Kantone, welche eine tiefe Prämienbelastung haben, sehr stark entlastet werden. Zufälligerweise oder auch nicht trifft das für den Kanton Zug in idealer Weise zu, nämlich sowohl was die Grundlage von mindestens 3,5 Prozent anbelangt – der Bundesrat beantragt ja 5 Prozent – als auch was die Höhe der Prämienbelastung von 11 Prozent anbelangt; der Bundesrat beantragt 10 Prozent.

Ich bin überzeugt, dass diese Veränderung in einem Abstimmungskampf nicht gut ankommen dürfte, wobei ich Kollege Kuprecht zustimme, dass ich kaum davon ausgehe, dass die Initiative zurückgezogen wird, falls die





Vorlage des Bundesrates oder jetzt sogar die um 140 Millionen Franken abgespeckte Vorlage der ständerätlichen Kommissionsmehrheit angenommen würde.

Jetzt spreche ich zur Minderheit I; Kollege Ettlín hat ja auch beide Artikel gleichzeitig genannt. Dort geht es darum, dass wir den historischen Kompromiss aus dem Nationalrat auch beschliessen sollten. Dieser historische Kompromiss ist unter Berücksichtigung der dramatischen Situation, die sich für die Prämienzahlenden, insbesondere aber auch die Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger abzeichnet, zustande gekommen. Es hat sich eben ergeben, dass mit diesem Beschluss die effektive Entlastung der Haushalte, die diese Entlastung nötig haben, möglich wird. Es ist richtig, dass dieser Vorschlag etwas kostet, d. h. etwa die Hälfte der Initiative. Das ist in etwa das Ticket, und ich denke tatsächlich, dass bei diesem Vorschlag ernsthaft über einen Rückzug der Initiative nachgedacht werden könnte.

**AB 2023 S 348 / BO 2023 E 348**

Obwohl der Kampf letztlich von Herrn Bundespräsident Berset ausgefochten werden muss, bin ich nicht ganz einig damit, dass es bei einem Prämienvolumen von nahezu 40 Milliarden Franken einfach sein wird, der Initiative den Wind aus den Segeln zu nehmen, wenn man lediglich eine zusätzliche Verbilligung von 360 Millionen Franken anbieten will. Hingegen denke ich, dass die Chancen mit einem Einsatz in der Grössenordnung von 2 Milliarden Franken wesentlich grösser sind, umso mehr, als die Initiative dann allenfalls nicht mehr zur Diskussion steht.

Wie dem auch sei: Ich beantrage Ihnen, bei der ersten Abstimmung gemäss Entwurf des Bundesrates und bei der zweiten Abstimmung gemäss Beschluss des Nationalrates zu stimmen.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Cela ne vous surprendra pas, mais je vais vous prier de soutenir la proposition du Conseil fédéral. La proposition de contre-projet du Conseil fédéral permet de faire un grand pas vers un contre-projet transparent, lisible et solide. Ce contre-projet du Conseil fédéral est probablement celui que l'on peut qualifier de plus équilibré. Si on se base sur les chiffres de 2020, ce contre-projet coûterait environ 500 millions de francs aux cantons, mais ce serait beaucoup moins que ce que coûterait l'initiative populaire. Donc, il nous semble que nous avons ici quelque chose de valable.

Il y a par contre des réserves du Conseil fédéral au sujet du contre-projet du Conseil national en raison des coûts que les cantons et la Confédération devraient prendre en charge. Ce serait quand même très cher. Il y a également des réserves par rapport à l'affaiblissement du contre-projet du Conseil fédéral voulu par la majorité de votre commission. Cela dit, ce que souhaite la majorité de la commission serait le deuxième meilleur choix. S'il fallait faire un deuxième choix après le contre-projet du Conseil fédéral qui permettrait de résoudre au moins une partie des problèmes et d'aller dans la bonne direction, si on peut le dire ainsi, alors ce serait le contre-projet de la majorité de votre commission.

Je vous invite donc à soutenir la position du Conseil fédéral. Si elle ne devait pas trouver grâce dans vos décisions, alors, dans ce cas, vous pourriez vous rabattre sur la proposition de la majorité de votre commission.

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Abstimmung gilt auch für Ziffer II Absatz 1.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5784)

Für den Antrag der Mehrheit ... 32 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Abs. 1quinquies-1septies – Al. 1quinquies-1septies*

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir haben die Begründungen zu den vorliegenden Konzeptanträgen zum Teil schon gehört.

**Ettlín** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Es geht um Seite 4 der Fahne. Es handelt sich um ein Konzept. Es geht darum, dass man die Absätze 1quinquies, 1sexies und 1septies von Artikel 65 KVG gemäss der Minderheit II (Hegglin Peter) streichen soll. Vorgängig erwähne ich noch, dass die Mehrheit der Kommission bei allen drei Absätzen eigentlich den Entwurf des Bundesrates übernimmt. Gegenüber dem Bundesrat hat die Mehrheit der Kommission lediglich eine kleine Anpassung bei Absatz 1quinquies Buchstabe b vorgenommen. Dort hat sie am Schluss "(mittlere Prämie)" angefügt. Diese Anpassung ist nur redaktioneller Natur. Man wollte hier klarstellen, was mit der Formulierung des Bundesrates gemeint ist, aber das ist nur eine Verdeutlichung.



Die Grundfrage besteht darin, dass wir einen Minderheitsantrag haben, der sagt, dass man die Absätze 1quinquies, 1sexies und 1septies streichen könne, in welchen der Bundesrat die Einzelheiten der Berechnung der Bruttokosten und des Mindestanteils festlegt. Die Minderheit bestreitet zwar Absatz 1ter nicht, in welchem man festlegt, dass die Kantone einen Mindestanteil tragen. Aber die Minderheit möchte nicht, dass der Bund hier den Kantonen vorschreibt, wie sie ihn berechnen müssen. Die Minderheit ist der Meinung – diese wird dann noch begründet –, dass das Weglassen überhaupt kein Problem ergeben würde. Die Mehrheit hat sich aber überzeugen lassen, dass eine Streichung der drei Absätze 1quinquies, 1sexies und 1septies zu Problemen führen würde, weil dann jeder Kanton bei der Wahl der Berechnungsgrundlage frei wäre. Man hat die Befürchtung, dass durch diese fehlende Vergleichbarkeit bzw. diese fehlende Regulierung eine Erosion der ganzen Bestimmung einsetzen würde und dies am Schluss eigentlich zur Abschaffung des Mindestanteils führen könnte. Denn die Kantone hätten dann zwar einen Rahmen, aber sie könnten selber bestimmen, wie sie diesen Rahmen füllen und die Berechnung durchführen wollen.

Deshalb empfiehlt Ihnen die Mehrheit der Kommission, hier bei der kleinen Änderung bei Absatz 1quinquies Buchstabe b beim Bundesrat zu bleiben. Mit 9 zu 3 Stimmen hat Ihre Kommission das so beschlossen.

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Herr Stöckli verzichtet auf ein Votum zum Antrag seiner Minderheit I.

**Hegglin** Peter (M-E, ZG): In der Eintretensdebatte haben Sie die Vorbehalte der Kantone gegenüber diesem Gegenvorschlag gehört. Sie fordern Respekt bzw. ihre kantonalen Kompetenzen ein. Die Minderheit Ihrer Kommission möchte deshalb die Vorlage möglichst schlank halten und überflüssige Bestimmungen aus der Vorlage streichen. Damit soll der Gegenvorschlag auch den Kantonen entgegenkommen.

In den vorangegangenen Bestimmungen haben wir festgelegt, welchen prozentualen Anteil an den kantonalen Bruttogesundheitskosten die Kantone bei welcher prozentualen Belastung der Prämienzahlenden beizutragen haben. In Artikel 65 Absatz 1a ist festgelegt: "Jeder Kanton legt fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf." Die Artikel 1bis und 1ter regeln die Voraussetzungen umfassend, die die Kantone bei der Berechnung berücksichtigen müssen.

Die Bestimmungen in den Absätzen 1quinquies, 1sexies und 1septies gehen weiter, sind einengend und dürften bei den Kantonen zu einer harmonisierten Berechnung der Voraussetzungen führen. Es wird dabei zu wenig berücksichtigt, dass unterschiedliche Modelle – es gibt fast 26 unterschiedliche Prämienverbilligungsmodelle – zu guten Ergebnissen führen können.

Im Entwurf des Bundesrates fehlen zum Teil Angaben, um eine sinnvolle Regelung erlassen zu können. Er stützt sich zum Beispiel auf das steuerbare Einkommen der Anspruchsberechtigten. Massgebend ist aber das verfügbare Einkommen. Das Vermögen oder freiwillige Einzahlungen für das Sparen 3 oder in die Pensionskasse müssen bei der Berechnung für die Prämienverbilligung einbezogen werden sowie zum Beispiel auch ein steuerlich berücksichtigter Liegenschaftsunterhalt. Es kann ja nicht sein, dass sonst zum Beispiel auch Vermögensmillionäre individuelle Prämienverbilligung erhalten.

Aufgrund dieser Überlegungen empfiehlt Ihnen die Minderheit, wie schon gesagt, diese drei Bestimmungen zu streichen und die Vorlage entsprechend zu entschlacken.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Je crois que la discussion a, plus ou moins, déjà été menée. Je vous invite, encore une fois, à soutenir la proposition du Conseil fédéral ou, plus précisément, celle de la majorité de la commission, sur ces alinéas. J'ajoute juste un mot sur ce que vient de dire M. le conseiller aux Etats Peter Hegglin par rapport à sa minorité II: il propose de biffer ces éléments parce qu'ils seraient superflus et que l'on peut faire des lois un peu plus brèves. Mais la question que nous devons nous poser est: est-ce que cette loi fait encore sens sans ces alinéas?

Vous avez défini tout à l'heure le pourcentage – c'est à la page 3 du dépliant, à la lettre a: "si les primes représentent moins de 11 pour cent du revenu, il s'élève à 3,5 pour cent des coûts bruts". Mais de quoi parle-t-on? De quel revenu

AB 2023 S 349 / BO 2023 E 349

parle-t-on? Il faut définir de quel revenu on parle. Est-ce que l'on parle du revenu imposable? Est-ce que l'on parle du revenu disponible? Est-ce que l'on parle d'un revenu net? Est-ce que l'on parle d'un revenu brut? Est-ce que c'est avant ou après impôt? Tout devient possible. Le risque que nous avons là serait d'avoir autant de réglementations qu'il y a de cantons, avec une salade – pardon de le formuler ainsi- ou un chaos qui deviendrait vraiment illisible.

Il en va de même pour les primes. Il faut bien définir de quelles primes on parle. Est-ce que l'on parle de la





prime la plus haute? La prime la plus basse? La prime moyenne? Parle-t-on d'une médiane? De quoi parle-t-on? Il faut définir les éléments de base. Je crois que tout le monde le comprend bien.  
C'est la raison pour laquelle j'aimerais vraiment vous inviter à soutenir la proposition du Conseil fédéral ou celle de la majorité de votre commission. Celle-ci paraît très judicieuse pour ce projet.  
J'aimerais vous inviter très clairement à suivre la majorité de votre commission.

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Abstimmungen gelten auch für Ziffer Ia.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5785)

Für den Antrag der Mehrheit ... 32 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5786)

Für den Antrag der Mehrheit ... 27 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 16 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Ziff. Ia**

*Antrag der Mehrheit*

Streichen

*Antrag der Minderheit I*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

**Ch. Ia**

*Proposition de la majorité*

Biffer

*Proposition de la minorité I*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

Adhérer à la décision du Conseil national

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. II**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1*

... in allen Kantonen 3,5 Prozent der Bruttokosten.

*Abs. 2*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

*Abs. 1*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates



## **Ch. II**

### *Proposition de la majorité*

#### *Al. 1*

... dans tous les cantons à 3,5 pour cent des coûts bruts.

#### *Al. 2*

Adhérer à la décision du Conseil national

### *Proposition de la minorité*

(Stöckli, Crevoisier Crelier, Graf Maya, Herzog Eva)

#### *Al. 1*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

## **Ziff. III**

### *Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

## **Ch. III**

### *Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Ich gebe dem Berichterstatter noch das Wort betreffend die Petition 17.2018, "Für einkommensabhängige Krankenkassenprämien".

**Ettlin** Erich (M-E, OW): Das ist schnell gemacht. Ihre Kommission ist der Meinung, dass die Petition von Pietro und Renate Spaltro damit erfüllt ist; wir haben davon Kenntnis genommen. Damit können wir sie als behandelt betrachten.

### *Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble*

(namentlich – nominatif; 21.063/5787)

Für Annahme des Entwurfes ... 26 Stimmen

Dagegen ... 16 Stimmen

(1 Enthaltung)

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Das Geschäft geht zurück an den Nationalrat.

AB 2023 S 350 / BO 2023 E 350



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative  
und indirekter Gegenvorschlag****Maximum 10 pour cent du revenu  
pour les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des primes).  
Initiative populaire  
et contre-projet indirect***Differenzen – Divergences*

## CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die verbleibenden Differenzen beraten wir in einer einzigen Debatte.

**de Courten** Thomas (V, BL): Wir befinden uns hier in der Differenzbereinigung. Es sind noch wenige Differenzen übrig. Das Ziel ist, dass wir dieses Kapitel noch vor Ende der Legislatur abschliessen. Deshalb möchte ich Ihnen nahelegen, dass wir Differenzen mit dem Ständerat möglichst bereinigen, anstatt sie aufrechtzuerhalten. Bei der vorliegenden Differenz ging es in der Kommission um einen äusserst knappen Entscheid. Die Sitzung wurde von der Vizepräsidentin geleitet, und sie hat mit Stichentscheid entschieden, dass ich in der Minderheit und nicht in der Mehrheit bin. Wäre die Präsidentin anwesend gewesen, so wäre es wahrscheinlich umgekehrt gewesen – aber das spielt keine Rolle.

Es geht im Wesentlichen darum, dass wir uns einig sind, dass die Kantone verpflichtet werden sollen, einen Teil der Kosten zu übernehmen. Fraglich ist noch, wer den Anteil genau festlegt. Wir sind der Auffassung, dass hier keine neue Kompetenz für den Bundesrat eingeführt werden soll. Vielmehr soll die Berechnung dieses Kostenanteils, nämlich die Berechnung der Prämie und die Berechnung des verfügbaren Einkommens, die für die Prämienverbilligung entscheidend sind, in der Hoheit der Kantone bleiben, wie der Ständerat es beschlossen hat; dies auch deshalb, weil die Steuerregimes und die Prämienverbilligungsregimes in den Kantonen entsprechend ausgestaltet werden sollen.

Ich bitte Sie deshalb, bei dieser geringen Differenz zugunsten der Kantone, zugunsten des Föderalismus zu entscheiden und damit dem Ständerat zu folgen. Dann hätten wir diese Differenz ausgeräumt.

**Prelicz-Huber** Katharina (G, ZH): Ich bitte Sie eindringlich, hier meiner Minderheit I zu folgen und damit auch der Variante des Bundesrates. Sie wissen es: Die Krankenkassenprämien sind eine grosse Sorge für die Bevölkerung, vor allem für Leute mit tiefen Löhnen, aber bereits auch schon für die Mittelschicht und speziell





für Familien. Wir haben jetzt dann wieder eine Erhöhung, wir haben Mieten, die steigen, Energiekosten, die steigen usw.

Wir sehen leider, wie es zunimmt, dass sich Leute nicht mehr über die Krankenkasse versichern oder sie nicht zum Arzt oder zur Ärztin gehen, dass sich ihr Zustand am Schluss verschlimmert und sich die Kosten dadurch erhöhen. Das widerspricht dem Ziel des Krankenversicherungspflichtgesetzes. Da sollten gemäss Definition alle versichert sein und alle auch einen Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben. Denn gesund zu sein und Zugang zum Gesundheitssystem zu haben, sind ein Grundbedürfnis und ein elementares Menschenrecht.

In den letzten zwanzig Jahren haben sich die Krankenkassenprämien verdoppelt. Der Staat hat gleichzeitig weniger Mittel investiert. Mit der Kopfprämie wird es fatal: Leute mit tiefen und mittleren Löhnen leiden. Die Krankenkassenverbilligung greift heute leider zu wenig stark. Die Richtgrösse, die wir bei der Einführung des KVG hatten, lautete, das Haushaltsbudget solle zu etwa 8 Prozent belastet sein. Heute sind wir deutlich über diesem Wert, teilweise bei 14 Prozent oder sogar bei 15 Prozent. Das ist untragbar.

Der Entwurf des Bundesrates sieht nun Folgendes vor: Wenn die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens – angelehnt an die Initiative – ausmachen, dann soll der Mindestanteil der Kantone 5 Prozent betragen. Das ist ja schon weniger, oder anders gesagt: Die Kosten für die Leute sind höher, als es bei der Gründung die Idee war. Aber es ist immerhin ein vernünftiger und zielgerichteter Vorschlag gegen die Armut. Es ist immer noch für viele genügend hoch, aber es ist eben ein sinnvoller Kompromiss.

Bei 11 Prozent, wie es die Mehrheit beantragt, sind schon wieder sehr viele Menschen draussen; gerade der Mittelstand ist davon betroffen. Ein Mindestanteil des Kantons von 3,5 Prozent bedeutet deutlich weniger Mittel. Damit greift die Krankenkassenprämien-Verbilligung wieder für zu wenige, und gerade für Leute in bescheidenen Verhältnissen ist jeder Franken zentral.

Seien wir also grosszügiger, grossmütiger und auch realistischer in Bezug auf das Haushaltsbudget. Denken wir gerade heute – wir feiern 175 Jahre Schweizer Bundesverfassung – an die Präambel derselben: "und dass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen". Diese Krankenkassenprämien-Verbilligung und die Gewährung des Zugangs für alle zu den Gesundheitsdiensten sollten es uns wert sein – die Höhe der Krankenkassenprämien ist hier zentral.

Ich bitte Sie, meiner Minderheit zuzustimmen.

**Meyer Mattea (S, ZH):** Eine vierköpfige Familie wird nächstes Jahr 1000 Franken mehr an Krankenkassenprämien zahlen müssen. Es droht ein Anstieg von 7 bis 9 Prozent, und das, nachdem es schon dieses Jahr einen Anstieg von über 6 Prozent gab und die Versicherten über 2,4 Milliarden Franken mehr Prämien bezahlt haben.

Zu Recht sind die Krankenkassenprämien die Sorge Nummer eins der Menschen in diesem Land. Wie die Mehrheit im Parlament auf diese Sorge reagiert, ist schlicht ungenügend. Der Nationalrat hat vor einem Jahr einem substanziellen Gegenvorschlag zugestimmt. Der Prämientopf für Familien und für Einzelpersonen mit tiefen und mittleren Einkommen wäre verdoppelt worden, weil es eine Entflechtung gegeben hätte: Prämien für Ergänzungsleistungsbeziehende und eine Prämienentlastung für den Rest. Der Ständerat fand in einem ersten Schritt, es brauche gar nichts, es brauche keinen Gegenvorschlag. In einem zweiten Schritt war er immerhin so vernünftig, einem Gegenvorschlag zuzustimmen. Dieser ist aber derart ungenügend, dass die 360 Millionen Franken nicht mal einen Bruchteil der Kosten der Prämienexplosion von diesem Jahr, geschweige denn der Kosten der Prämienexplosion vom nächsten Jahr abdecken. Das ist ein schlechter Witz.

Nun möchte eine Mehrheit der Kommission in unserem Rat dem Ständerat folgen, von einem substanziellen Gegenvorschlag absehen und die Menschen mit ihren aufgrund der Rechnungen steigenden Kosten im Stich lassen. Wir haben 2020 die Prämien-Entlastungs-Initiative eingereicht, weil die Prämienbelastung der Menschen schon damals enorm war. Jetzt ist die Situation noch dramatischer geworden. Wir haben hier vor einem Jahr Hand geboten für einen Gegenvorschlag. Wir haben in einem zweiten Schritt sogar nochmals Hand geboten, sind mit einem etwas abgespeckteren Gegenvorschlag nochmals auf Sie zugekommen. Bei diesem hätte

AB 2023 N 1533 / BO 2023 N 1533

der Bund nicht mehr 7,5 Prozent der Bruttokosten der obligatorischen Krankenversicherung, sondern lediglich noch 7 Prozent übernehmen sollen. Aber nicht einmal das will die Mehrheit hier. Ich bitte Sie deswegen, meinem Minderheitsantrag zuzustimmen.

Weshalb ist das so wichtig? Ursprünglich wurde bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung das folgende Versprechen gemacht: Wenn es schon eine unsoziale Kopfprämie gibt und die Managerin genau gleich viel Prämie bezahlen muss wie die Kita-Mitarbeiterin, soll es wenigstens ein soziales Korrektiv namens Prämienentlastung geben; kein Haushalt soll mehr als 8 Prozent dafür aufwenden müssen. Das sind nicht



Almosen, die hier verteilt werden. Das ist ein sozialer Ausgleich für eine breite Bevölkerungsschicht, der nicht mehr greift.

Weshalb greift er nicht mehr? Weil sich die Kantone seit Jahren aus der Verantwortung nehmen. Wir haben heute 17 Kantone, die bei ihrer Prämienentlastung in den letzten zehn Jahren gekürzt haben; wir haben 21 von 26 Kantonen, die im Jahr 2022 nicht mal ihr Budget für die Prämienverbilligung ausgeschöpft haben, das sie ursprünglich gesprochen hatten. Dieses Geld, das nicht mehr für die Prämienentlastung bezahlt wird, zahlt jemand anders, und das sind die Menschen in diesem Land. Sie zahlen im Schnitt 14 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämie. Die zentrale Frage ist ja nicht, was das kostet – ja, die Kosten sind da –, sondern die zentrale Frage ist: Wer finanziert was? Wir sind nicht mehr bereit, zu akzeptieren, dass die Menschen in diesem Land einen immer grösseren Anteil zahlen sollen.

Vielleicht an die bürgerliche Ratsseite hier drin: Sie sind sonst immer gegen jegliche Steuererhöhungen, gegen Steuererhöhungen für private Konzerne, gegen Steuererhöhungen für die Menschen. Aber hier lassen Sie es einfach durchgehen, dass Menschen Jahr für Jahr mehr Steuern im Sinn von Kopfprämien für die Krankenkassen bezahlen.

In dem Sinne bitte ich Sie wirklich, auf den ursprünglichen Gegenvorschlag des Nationalrates zurückzukommen, das aber in einer abgespeckten Variante zu tun und meiner Minderheit II zuzustimmen.

**Wasserfallen Flavia (S, BE):** Wir haben ein sehr gutes Gesundheitssystem, aber wir haben eben auch ein sehr teures Gesundheitssystem. Problematisch daran ist die Verteilung der Kosten. Die Patientinnen und Versicherten werden immer stärker geschröpft, weil nämlich der prämiertenfinanzierte Teil gegenüber dem steuerfinanzierten Teil der Gesundheitskosten viel stärker ansteigt. In kaum einem anderen Land bezahlen die Menschen so viel an die Gesundheitskosten wie in der Schweiz. Diese setzen sich zusammen aus der Franchise, aus dem Selbstbehalt, aus den selbstbezahlten Medikamenten und eben aus der Kopfprämie.

Weil die Kopfprämie die unteren und mittleren Einkommen übermässig belastet, wurde bei der Einführung des Obligatoriums gleichzeitig das Instrument der Prämienverbilligung eingeführt, und zwar mit dem Versprechen, dass die Belastung der einzelnen Haushalte durch die Prämien im Lot bleiben werde. Aber diese Belastung ist längstens aus dem Lot geraten. Die Schmerzgrenze ist überschritten. Die Prämien steigen und steigen, und der nächste Prämienhammer steht bevor.

Gleichzeitig bleiben Bund und Kantone die Einhaltung des Versprechens schuldig, die Prämienverbilligung dieser Entwicklung anzupassen. Zwischen 2010 und 2020 haben neun Kantone ihre Beiträge gesenkt, bei acht Kantonen sind sie praktisch unverändert geblieben. Im gleichen Zeitraum kannten die Prämien nur eine Richtung, nämlich die nach oben. Umso störender ist dieses unverantwortliche Verhalten der Kantone, wenn man bedenkt, dass sie 2021 3 Milliarden Franken und 2022 3,3 Milliarden Franken Überschuss gemacht haben. Wir haben heute eine einmalige Chance, ja, wir stehen in der Pflicht, unser Versprechen einzulösen und die Prämienlast auf ein erträgliches Mass zurückzuführen. Wir stehen in der Pflicht, die Haushalte, die unter steigenden Mietzinsen, steigenden Strompreisen und eben steigenden Prämien leiden, nicht im Stich zu lassen. Wir können mit dem von unserem Rat erarbeiteten Gegenvorschlag, dem ursprünglichen, eine sofortige und wirksame Entlastung des unteren Mittelstands erreichen.

Die SP-Fraktion bittet Sie, den Anträgen der Minderheit II (Meyer Mattea) und dem ursprünglichen Gegenvorschlag des Nationalrates zuzustimmen.

**Maillard Pierre-Yves (S, VD):** Avec la hausse qui s'annonce, la prime moyenne dans la plupart des cantons de notre pays représentera environ 20 pour cent du revenu d'un couple de retraités touchant une rente moyenne, et environ 15 pour cent du revenu d'un ménage avec deux enfants et un revenu moyen. C'est la réalité qui se prépare, qui fait peur à beaucoup de monde, et qui devrait inquiéter tout le monde dans ce Parlement.

Ma question est la suivante: vous qui, dans ce Parlement, trouvez que l'impôt fédéral direct, qui est plafonné à 7 pour cent du revenu des plus riches, est trop élevé; pourquoi tolérez-vous qu'on prélève jusqu'à 20 pour cent du revenu de celles et ceux qui ont un revenu moyen ou modeste? Pourquoi n'acceptez-vous pas un plafonnement dans l'impôt sur la prime maladie, alors qu'il y a des plafonds pour tous les autres impôts? Le seul impôt qui n'est pas plafonné dans ce pays est la prime maladie, qui touche les gens qui ont des revenus modestes ou moyens. Pourquoi est-ce seulement cet impôt qui n'est pas plafonné et pourquoi refusez-vous de plafonner cet impôt, comme on le fait pour tous les autres? Est-ce parce que les grands sponsors, qui financent les campagnes électorales, ne sont pas concernés par cette prime maladie? Est-ce parce que la majorité des personnes qui siègent dans ce Parlement ne souffrent en fait pas de cette prime maladie – est-ce la raison pour laquelle on laisse la prime augmenter sans limites?

Je vous le dis, chères et chers collègues: tant que nous ne plafonnerons pas la prime maladie, il n'y aura pas



de mesure sérieuse prise sur les coûts. Tant que la solution de facilité sera d'augmenter la prime, alors on laissera les lobbyistes continuer à faire la loi, à chaque fois qu'il s'agira de prendre une mesure sur les coûts. Tant qu'on n'aura pas plafonné les primes d'assurance-maladie, on laissera les coûts augmenter sans limites et la solution de facilité sera d'augmenter la prime. Si l'on devait augmenter l'impôt fédéral direct, l'impôt sur les bénéficiaires des sociétés, l'impôt sur le capital des sociétés ou l'impôt sur les successions; si chaque fois que les coûts de la santé augmentaient, on devait augmenter l'un de ces impôts, je peux vous dire que l'on sortirait très rapidement les lobbyistes des commissions et que l'on prendrait vite des mesures, y compris même par le droit d'urgence du Conseil fédéral, si cela était nécessaire.

Vous avez ici l'occasion de faire quelque chose d'efficace. Nous vous invitons vraiment à adopter la proposition de la minorité II (Meyer Mattea), qui est raisonnable et pragmatique, qui aurait enfin un effet pour éviter ces hausses de primes qui accablent la population.

Ainsi, au nom du groupe socialiste, je vous invite à suivre au moins cette minorité.

**Weichelt** Manuela (G, ZG): Die Hoffnung, mit der Prämienverbilligung das unsoziale Kopfprämiensystem abzuschwächen, muss heute, nach 27 Jahren, als gescheitert bezeichnet werden. Ich habe mir die Augen gerieben, als ich gesehen habe, dass heute zehn Kantone weniger in den Topf der Prämienverbilligung zahlen als noch im Jahr 2012, obwohl die Prämien massiv gestiegen sind; das sind die Kantone Wallis, Thurgau, Nidwalden, Luzern, Zug, Graubünden, Uri, Obwalden, Fribourg und Appenzell Innerrhoden.

Die Zeit ist reif für einkommensabhängige Prämien. Das zeigt auch die Bevölkerungsumfrage, welche "Watson" die letzte Woche publiziert hat. 56 Prozent der Bevölkerung möchten einkommensabhängige Prämien. Der Bundesrat hat die Zeichen der Zeit nicht erkannt und hält an den unsozialen Kopfprämien fest. Diese Diskussion führen wir später, wenn wir meine Motion behandeln.

Die Prämienverbilligung ist leider, leider ein Auslaufmodell, das nun in einer Übergangsphase noch verbessert werden muss, damit die Haushalte so gut wie möglich entlastet

AB 2023 N 1534 / BO 2023 N 1534

werden. Für die grüne Fraktion ist es klar, dass heute die Variante mit der stärksten Entlastung zu wählen ist, um die enorme Belastung der Haushalte zu mildern.

Nun zum Antrag der Minderheit de Courten, welcher einen noch grösseren Flickenteppich in der Schweiz bewirken will: Kollege de Courten möchte es zulassen, dass wir 46 Definitionen von "Einkommen" und "Prämien" zur Berechnung der Prämienverbilligung haben. Der Föderalismus hat da seine Grenzen. Die grüne Fraktion will keinen weiteren Flickenteppich und lehnt den Antrag der Minderheit de Courten ab.

Die grüne Fraktion unterstützt den Konzeptantrag der Minderheit I (Prelicz-Huber) und damit teilweise den Bundesrat: Wir wollen die Kantone nicht noch weiter aus ihrer Pflicht entlassen. Sie sollen sich mit mindestens 5 Prozent der Bruttokosten beteiligen, wenn die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens betragen. Der Bundesrat ist nun wirklich kein Freund von einer wirksamen Prämienverbilligung. Der Antrag des Bundesrates zu Artikel 65 Absatz 1 quater Buchstabe a KVG ist jedoch das Mindeste, was wir für unsere stark belasteten Haushalte machen können.

Auch ist für die grüne Fraktion klar, dass die Prämien für Personen mit Ergänzungsleistungen nicht über den Topf der Prämienverbilligung bezahlt werden dürfen, sondern aus der EL-Kasse bezahlt werden sollen. Warum? Weil die Zahl der Personen mit EL immer weiter ansteigt und die Prämien von diesen Personen übernommen werden müssen. Dies kann aber nicht auf Kosten von Personen über dem Existenzminimum gehen.

Die grüne Fraktion unterstützt die Minderheit II (Meyer Mattea) mit der gleichen Argumentation. Allerdings sind wir nicht begeistert, nochmals einen Kompromiss auf Kosten der belasteten Haushalte zu machen.

Besten Dank, wenn Sie die Anträge der Grünen unterstützen.

**Nantermod** Philippe (RL, VS): L'initiative qui nous est proposée, en lien avec le contre-projet, pose sans doute une bonne question, mais l'adresse à la mauvaise personne. Ce sont eux qui sont compétents pour réduire les primes d'assurance-maladie, pour une raison simple: ce sont les cantons qui sont responsables de la hausse des primes d'assurance-maladie. 40 pour cent des coûts sont directement liés aux hôpitaux. Au cours des derniers mois, on a pu voir les cantons augmenter unilatéralement les charges des hôpitaux et les faire porter directement aux assureurs-maladie, donc aux assurés, aux payeurs de primes.

Les cantons ont plusieurs casquettes. Ils sont propriétaires des hôpitaux, mais planifient également le monde hospitalier. Ils sont, à la fin, les autorités de décision concernant les tarifs. Ils décident ainsi combien on paie, qui on paie, quand on paie et comment on paie. Les cantons sont responsables de la hausse des coûts, et





ce sont ceux qui se permettent le plus de faire la leçon à la Confédération. Comme nous l'avons vu au cours des débats, les cantons sont aussi ceux qui se sont permis, au cours des dernières années, de faire des économies sur les réductions individuelles de primes.

Le contre-projet proposé aujourd'hui répond en grande partie à ces problématiques, puisque les cantons auront la responsabilité, avec le taux maximum de paiement de prime qui est prévu dans la loi, de dire exactement à quelle sauce leurs citoyens seront mangés. Ce sont aux Grands Conseils, à des citoyens élus, dans un processus transparent, de fixer le taux de subventionnement, et pas à la Confédération. La réduction individuelle de primes s'inscrit d'ailleurs dans un système social global, qui inclut aussi les allocations familiales et d'autres aides sociales qui concernent les familles. On ne peut donc pas uniquement les modifier sans égard aux autres modèles sociaux.

Pour le groupe libéral-radical, la solution proposée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national est la bonne. D'une part, elle impose aux cantons de fixer le système de réduction de primes dans un mécanisme transparent, qui permet de comparer les solutions adoptées d'un canton à un autre et le niveau social que chaque canton choisit, mais elle impose aussi aux cantons d'assumer les conséquences de leurs choix et de payer ces réductions individuelles des primes.

Il appartient aux cantons d'assumer le résultat de ces politiques de santé publique qui ont souvent comme conséquence d'augmenter massivement les primes d'assurance-maladie.

Je conclurai enfin mon intervention en évoquant le fait que nous sommes à une époque où les cantons ont tous affiché, à la sortie de la crise du COVID-19, des résultats économiques et financiers assez indécents au regard de la crise traversée. Pendant que la Confédération s'est endettée au-delà de 30 milliards de francs, chaque canton a clôturé ses comptes avec un bénéfice, se vantant d'ailleurs de ces résultats.

Du point de vue du groupe libéral-radical, la responsabilité qu'on exige de chaque citoyen incombe aussi aux cantons. Ces derniers doivent faire preuve d'une certaine responsabilité vis-à-vis des payeurs de primes et des payeurs d'impôts, en utilisant cet argent pour mettre en oeuvre leur propre politique publique.

Pour ces raisons, le groupe libéral-radical suivra la majorité et la version du Conseil des Etats.

**Lohr Christian (M-E, TG):** Wir sind bei einem Geschäft in der Differenzbereinigung, das jetzt dann endlich einen seriösen Abschluss braucht, nachdem die beiden Kammern – das haben wir ja in den letzten Monaten erlebt – anfänglich wenig konstruktiv zusammengearbeitet haben. Auch die Chambre de Réflexion hat noch einmal nachgedacht, damit wir heute hier stehen können.

Wir müssen dieses Geschäft als dringlich erachten, weil wir in den letzten Wochen erfahren haben, dass die Prämienverbilligung bei Bund und Kantonen von einer hohen Wichtigkeit, von einer hohen Dringlichkeit ist. Wir werden uns Ende des Monats mit einem Prämienchock konfrontiert sehen, wie wir ihn wohl noch selten zuvor erlebt haben. Für viele Leute ist er jetzt schon ein Schreckgespenst. Wir müssen gut darauf vorbereitet sein und wissen, was wir damit machen und wie wir damit umgehen sollen.

Für uns war es irritierend, in den letzten Wochen in den Medien zu lesen, wie viele Kantone in den letzten Jahren ihre Beiträge sogar prozentual reduziert haben und damit ihren Verpflichtungen – das muss man mit aller Deutlichkeit sagen – zu wenig nachgekommen sind. Das geht so nicht. Das müssen wir den Kantonen auf diesem Weg schon einmal ganz deutlich sagen.

Das heisst aber noch lange nicht, dass wir – und das ist bei der Vorlage in dieser Form, die wir heute beraten, eben der Fall – Sachen verlangen, die die Kantone nicht erfüllen können. Wir müssen etwas verlangen, bei dem das Engagement der Kantone und die fairen und klaren Vorgaben gewährleistet sind.

Ja, die Kantone haben eine Eigenverantwortung, und diese müssen sie – ich betone es nochmals – wahrnehmen. Die Mitte-Fraktion unterstützt den aktualisierten Kurs des Ständerates, weil sie überzeugt ist, dass nur dies ein machbarer Weg ist. Wir sprechen uns – das möchte ich auch gleich deutlich sagen – hier für die Minderheit de Courten aus, weil wir finden, dass das ein vernünftiger Ansatz ist.

Ich habe durchaus Verständnis gehabt, als ich vorhin gehört habe, wie man bezüglich der Prämienentwicklungen aus allen Rohren geschossen hat. Das ist richtig, die Belastung gerade für den Mittelstand – ich betone: für den Mittelstand – wird unerträglich. Da muss gehandelt werden. Wir haben in den nächsten Tagen und Wochen aber auch noch in ganz anderen Geschäften genügend Gelegenheit zum Handeln und müssen auch dort aktiv sein.

Bei all diesen verständnisvollen Äusserungen muss man schon aufpassen, dass man die finanzpolitischen Überlegungen nicht ganz ausser Acht lässt. Es ist richtig: Man kann höhere Kantonsbeiträge fordern. Das hat aber nichts anderes zur Folge, als dass die Kantone Steuergelder in die Hand nehmen müssen. Wir wissen genau, was das bedeutet: Wenn man Steuergelder für solche Aufgaben benützt, dann fehlen sie an einem anderen Ort, und dann wird uns das dann auch irgendwann um die Ohren fliegen. Wir müssen uns also bewusst



sein: Wir müssen heute bei allem Verständnis dafür, dass jetzt ein höherer Druck herrscht, vernünftige,

AB 2023 N 1535 / BO 2023 N 1535

einigermassen austarierte Lösungen beschliessen. Ich hoffe, dass wir in der Lage sein werden, dieses Geschäft bis Ende der Session zu erledigen.

**Gysi Barbara** (S, SG): Geschätzter Kollege Lohr, wie erklären Sie der Bevölkerung, dass die Mitte-Partei jetzt plötzlich weniger Prämienverbilligung haben will? Es gibt einen Bericht, der auf das Postulat Humbel 17.3880 zurückgeht und der klar aufzeigt, wie "schmürzelig" die Kantone unterwegs sind. Wie erklären Sie der Bevölkerung, dass Sie die Leute jetzt hängenlassen?

**Lohr Christian** (M-E, TG): Ich finde es eine anmassende Äusserung, dass wir die Kantone hängenlassen. Wir sind sehr wohl bereit, uns auch für höhere Prämienverbilligungen auszusprechen. Aber wir sehen eben auch noch die andere Seite, und das habe ich gesagt: Es muss eine Lösung sein, die von den Kantonen auch umgesetzt wird. Sie sehen ja, was in den letzten Jahren passiert ist. Die Umsetzung liegt in der Verantwortung der Kantone. Wir haben ein föderales System, das wir hier nicht einfach aushebeln können und auch nicht aushebeln wollen.

**de Courten Thomas** (V, BL): Ich muss zwei Dinge vorausschicken, bevor ich auf die Details eingehe. Wir diskutieren hier über die Prämien-Entlastungs-Initiative bzw. den indirekten Gegenvorschlag. Das Parlament hat klar gesagt, dass es keine Zustimmung zu dieser Initiative empfehlen will. Es erarbeitet jetzt einen Gegenvorschlag, um die Initianten möglichst noch dazu zu motivieren, ihre Initiative zurückzuziehen. Wir sind hier also am Dealen.

Jetzt geht es noch darum, wie hoch die Beiträge sein sollen, die die Kantone verpflichtend auszahlen müssen, um ein Problem zu lösen: die steigenden Prämien. Nur, das Grundproblem packen wir damit in keiner Art und Weise an – die Gesundheitskosten steigen weiter. Mit der Prämienverbilligung suggerieren wir der Bevölkerung, dass wir das Problem lösen würden, dabei eskaliert es weiter. Auch in den kommenden Wochen wird wieder bekannt gegeben: Die Gesundheitskosten steigen weiter. Mittlerweile sind wir so weit, dass wir einen Grossteil des unteren Mittelstandes mit Prämienverbilligungen unterstützen, damit er diese Last überhaupt tragen kann. Mir wäre es sehr viel lieber, wenn wir das Grundproblem anpacken würden: die steigenden Gesundheitskosten.

Beim Dealen mit dem Ständerat haben wir das letzte Mal das von uns erarbeitete Modell mit der Abtrennung der Ergänzungsleistungsthematik unterstützt. Dieses Modell ist im Ständerat schlicht und einfach durchgefallen, komplett durchgefallen. Im Ständerat sagte der Kommissionssprecher, dass der Beschluss des Nationalrates für die Mehrheit absolut kein Thema sei. Man hat gesagt, es sei masslos überzogen, es sei quasi ein "Doppelwumms", den der Nationalrat gemacht habe, indem er die Ergänzungsleistungen ausnimmt und die Vorlage des Bundesrates übernimmt.

Das ist die Ausgangslage, die wir jetzt gegenüber dem Ständerat haben. Wir befinden uns in der Differenzbereinigung. Wir sollten einen Schritt auf den Ständerat zu machen. National- und Ständerat haben in Artikel 65 Absatz 1ter übereinstimmend beschlossen, dass die Kantone Mindestbeiträge an die Prämienverbilligung zu leisten haben. In Absatz 1quater des gleichen Artikels geht es darum, festzulegen, wie hoch die Mindestbeiträge in Prozenten der kantonalen Bruttokosten sein sollen. Als Maximalbetrag sehen National- und Ständerat 7,5 Prozent vor, gleich hoch wie der Bundesbeitrag, wie Sie auch Buchstabe b entnehmen können.

National- und Ständerat unterscheiden sich beim Mindestanteil. Der Nationalrat und der Bundesrat sehen einen Mindestanteil von 5 Prozent der kantonalen Bruttokosten vor, wenn die Prämien durchschnittlich weniger als 10 Prozent des Einkommens der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten ausmachen. Das würde zu Mehrkosten von rund 490 Millionen Franken führen, dies zulasten der Steuerzahler.

Der Ständerat sieht einen Mindestanteil von 3,5 Prozent der kantonalen Bruttokosten vor, wenn die Prämien durchschnittlich weniger als 11 Prozent des Einkommens der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten ausmachen. Das würde zu Mehrkosten von immer noch 356 Millionen Franken führen. Auch das ist ein erklecklicher Betrag. Wir werden auch mit den Modellen gemäss Minderheit I (Prelicz-Huber) und Minderheit II (Meyer Mattea) keine Annäherung an den Ständerat schaffen.

Ich beantrage, dem Ständerat zu folgen und die Differenz auszuräumen. Der Ständerat hat sorgfältig eine Alternative zum Entwurf des Bundesrates ausgearbeitet. Es ist ein gangbarer Weg, um einen Schritt weiterzukommen.

**Gysi Barbara** (S, SG): Herr Kollege de Courten, Sie sprechen die Kosten an und sagen, Sie wollten dort anset-



zen. Aber auch da: Warum hat die SVP-Fraktion dann einen Nichteintretensantrag beim Kostendämpfungspaket gestellt? Warum wollten Sie keinen indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative? Warum wollen Sie jetzt nichts bei der Prämienverbilligung tun? Es ist doch einfach doppelbödig, was Sie hier erzählen.

**de Courten** Thomas (V, BL): Das sehe ich in keiner Art und Weise so. Wir haben immer mitgearbeitet, um einen Kompromiss auszuarbeiten. Wir haben mit unserer Position zur grundlegenden Lösung des Problems beitragen wollen. Ihre Seite hingegen ist nicht bereit, hier einen substanziellen Beitrag zu leisten, weil sie permanent das Leistungsangebot ausbaut, weil sie permanent den Kreis der Bezüger ausweitet, weil sie permanent die Anzahl der Leistungsabrechner erhöht. Damit kommen wir keinen Schritt weiter. Wir sollten das Grundproblem der steigenden Kosten lösen.

**Mettler** Melanie (GL, BE): Als gewählte Volksvertretungen kennen wir alle die Sorgenbarometer. Zuerst stehen aktuell die steigenden Krankenkassenprämien. Wohlgedacht: Diese Umfrage wurde durchgeführt, noch bevor die erneut steigenden Prämien verkündet wurden. Das Thema beschäftigt die Bevölkerung also und wird intensiv öffentlich diskutiert. Der Moment, in dem wir hier die Vorlage zu den Krankenkassenprämien diskutieren, ist einer von jenen, in welchen die Diskussionen innerhalb und ausserhalb der Bundeshauskuppel sehr nahe beieinander liegen. Es ist also der ideale Zeitpunkt, um der Bevölkerung zu zeigen, dass wir in der Lage sind, Bewegung in das Thema der Belastung durch Krankenkassenprämien zu bringen und Lösungen mitzutragen.

Wenn ich mir aber den aktuellen Mehrheitsantrag ansehe, ist das noch kein Anpacken. Es ist eher ein freundliches Zuwinken, um zu zeigen, dass wir uns auch noch ein bisschen mit dem Thema beschäftigen. Das ist auch für Symbolpolitik schon fast zu wenig. Aber zum Glück haben Sie heute hier die Möglichkeit, mehr als nur ein Zeichen zu setzen. Sie können für eine echte Entlastung sorgen, wenn Sie der Minderheit folgen. Dafür braucht es aber eine klare Entscheidung, sich nicht in ideologischen Gräben zu verstecken. Die Versionen von Ständerat und Bundesrat werden der Realität nicht gerecht. Sie würden gerade mal die anstehenden Prämien erhöhungen kompensieren, wenn überhaupt.

Wir von der grünliberalen Fraktion wollen kein Giesskannensystem, wir wollen aber auch kein Rasenmähersystem. Wir fühlen uns zuständig für die vielen einkommensschwachen Haushalte, für die Familien des unteren Mittelstands, die rasch an finanzieller Handlungsfreiheit verlieren. Klar, die Krankenkassenprämien sind ein System mit Kopfprämien, und für den sozialen Ausgleich in der Schweiz gibt es die Steuerprogression sowie bedarfsgerechte Entlastungen. Auch dazu stehen die Grünliberalen. Aber schauen Sie sich mal die Budgets der unteren Einkommen an. Dort sind die Steuern nur von marginaler Bedeutung und können daher auch nicht mehr differenzierend und wirklich ausgleichend wirken. In diesen Einkommensklassen sind Mieten und Krankenkassenprämien viel bedeutender, speziell bei den Familien. Wenn wir also verhindern wollen, dass diese Haushalte abgehängt werden, müssen wir dort ansetzen. Prämienverbilligungen sind ein erprobtes, bedarfsgerechtes Instrument, mit dem es mit relativ wenig Streuverlust möglich ist, am richtigen Ort zu entlasten. Ich bitte Sie daher, die Minderheit II (Meyer Mattea) zu unterstützen.

AB 2023 N 1536 / BO 2023 N 1536

Es bleibt selbstverständlich die Aufgabe, die Ursachen anzugehen, nämlich die steigenden Gesundheitskosten in einer rasch alternden Gesellschaft. Das ist und bleibt eine herausfordernde Aufgabe und ist in Anbetracht der Fachkräftesituation in der Pflege, der längst fälligen Digitalisierung und der immer grösser werdenden Versorgungsschwierigkeiten aufwendig. Die Grünliberalen rufen auch hier alle Akteure auf, sich aus ihren Gräben zu bewegen und zumindest die bereits erarbeiteten Lösungen mit Kraft voranzubringen. Aber wir dürfen diese Arbeit hinsichtlich der Ursachen nicht gegen die Entlastung der Haushalte ausspielen – sie entstand ja auch gerade, weil wir uns in einer Blockade, in einem fortwährenden Reformstau befinden. Auch hier gilt: Wir sollten uns fürs Gesamte zuständig fühlen.

Der Antrag der Minderheit II (Meyer Mattea) ist ein sinnvolles Konzept. Er lässt die aktuellen Zuständigkeiten gleich bestehen. Die Kantone sind also nach wie vor am Steuer, wenn es um die Umsetzung geht. Er legt aber klar fest, dass es in Sachen Prämienverbilligungen einen grossen Schritt vorwärtsgehen muss. Mit Blick auf die Volksinitiative, die einen kompletten Umbau mit deutlich mehr Kompetenzen für den Bund fordert, ist das definitiv der bessere Ansatz.

Bei Artikel 65 Absatz 1a unterstützen wir den Mehrheitsantrag. In Zeiten von Steuer- und Baubegriffsharmonisierungen muss es möglich sein, auch hier ein bisschen aufzuräumen. Wenn die Kantone das gleich als zu grossen Eingriff sehen, der ihre Eigenständigkeit gefährdet, dann sind wir definitiv in der Blockade angelangt, die wir lediglich mit etwas Mut zur Lösung überwinden können.



**Berset** Alain, président de la Confédération: Je vais prendre position sur ces deux points. Tout d'abord, sur l'inscription d'un objectif social. Vous connaissez la position du Conseil fédéral: cela ne nous semblait pas absolument indispensable. Par contre, nous estimons également que c'est compatible avec le contre-projet du Conseil fédéral, pour autant que deux conditions soient remplies.

La première, c'est que cet objectif social complète le contre-projet du Conseil fédéral et n'en remplace pas certains éléments. La seconde condition, c'est que la compétence du Conseil fédéral pour définir la manière de calculer la prime et le revenu disponible soit maintenue. Sinon on arrivera à des comparaisons qui ne tiendront pas la route et on ne pourra donc pas faire usage de cet instrument, ce qui le rendra donc inutile, voire contre-productif.

Si vous souhaitez inscrire cet objectif social, il vous faut donc suivre la proposition de la commission. Nous vivrons aussi très bien sans celui-ci, je vous ai déjà expliqué pour quelles raisons.

Le second élément concerne le contenu du contre-projet. Il y a en fait trois propositions sur la table: le contre-projet du Conseil fédéral, que vous connaissez et qui est soutenu par la minorité I (Prelicz-Huber); le contre-projet du Conseil des Etats, repris par votre commission; une variante du concept du Conseil national, soutenue par la minorité II (Meyer Mattea).

De manière générale, dans les conditions et dans le climat que nous connaissons aujourd'hui – en particulier aujourd'hui, mais même sans cela –, il nous paraît très important d'aboutir à un contre-projet équilibré et qui puisse avoir des effets pour les personnes concernées.

D'un côté, je vous inviterai – cela ne sera pas une surprise pour vous – à suivre la minorité I (Prelicz-Huber) et donc le contre-projet du Conseil fédéral. Le projet de votre commission, même s'il va dans la même direction que celui du Conseil fédéral et s'appuie sur le même concept, en réduit en réalité les effets. Il diminue non seulement, bien sûr, l'impact financier, mais aussi les effets pour les personnes concernées. Cela ne nous paraît pas adéquat: c'est la raison pour laquelle ce contre-projet, soutenu par votre commission, est à notre sens trop peu ambitieux.

D'un autre côté, nous vous invitons également à ne pas suivre la minorité II (Meyer Mattea). D'abord, parce que cela ne correspond pas au contre-projet du Conseil fédéral, évidemment. Ensuite, parce que cela nous paraît de nature à ne pas permettre une solution stable et arrêtée avec le Conseil des Etats.

Cela dit, c'est vrai que ces 7 pour cent des coûts de l'assurance obligatoire que devraient verser les cantons et la Confédération sont en dessous de ce que verse la Confédération. Aujourd'hui, 7,5 pour cent des coûts bruts pour les primes sont versés par la Confédération. C'est nettement moins par les cantons.

Mais, surtout, dans les cantons, il existe d'immenses différences. Des cantons sont bien en-dessus; ils sont peu nombreux. Cela permet aux personnes et aux familles qui y vivent d'avoir un soutien beaucoup plus solide par rapport à l'évolution des primes d'assurance-maladie. Mais beaucoup de cantons sont fortement en-dessous. Cela pose un problème pour les cas extrêmes, où, à la fin, avec ces 7,5 pour cent des coûts bruts, la Confédération finance de facto plus de 80 pour cent, voire près de 90 pour cent de la totalité des réductions de prime dans un canton. Franchement, on se rend compte que la situation n'est plus tenable.

Avec cette argumentation, j'aimerais donc vous inviter à suivre la minorité I (Prelicz-Huber), qui soutient le contre-projet du Conseil fédéral.

**Mäder** Jörg (GL, ZH), für die Kommission: Ich nehme gerne aus Sicht der Kommission Stellung. Wir befinden uns in der Differenzvereinbarung. Der Nationalrat hat damals den Gegenvorschlag des Bundesrates als ungenügend eingestuft, vor allem was das finanzielle Volumen betrifft, und daher einen eigenen Gegenvorschlag ausgearbeitet. Der Ständerat wollte ursprünglich gar nicht auf einen Gegenvorschlag eintreten, konnte aber von uns mit etwas Nachdruck doch noch dazu bewogen werden. Der Entscheid fiel mit 24 zu 16 Stimmen. In seiner Diskussion hat er einen eigenen Gegenvorschlag erarbeitet, der bezüglich der finanziellen Auswirkungen nochmals milder ausgestaltet ist als derjenige des Bundesrates.

Aktuell gibt es noch zwei Differenzen: ein einzelner Satz und drei Konzeptanträge, die sich gegenüberstehen und den Kern der Differenzen ausmachen. Der eine Satz ist in Artikel 65 Absatz 1a zu finden. Der erste Teil des Absatzes ist unbestritten: "Jeder Kanton legt fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf." Der Nationalrat hat aber einen zweiten Satz ergänzt, der wie folgt lautet: "Der Bundesrat legt fest, wie die Prämie und das verfügbare Einkommen zu ermitteln sind." Der Ständerat hat dies mit 31 zu 10 Stimmen mit der Begründung wieder gestrichen, dass die unterschiedlichen Gegebenheiten in den Kantonen berücksichtigt werden müssten und dass diese Ergänzung hinderlich sei. Dem gegenüber steht die Haltung, dass eine Vergleichbarkeit zwischen den Kantonen von Nutzen ist. Die Kantone werden weiterhin genügend Freiheiten haben, auch wenn der Bundesrat die Begriffsdefinitionen festlegt. In den Gesundheitsbereich übersetzt: Der Bundesrat legt fest, wie die Wirkstoffe genau



benannt werden, die Kantone entscheiden über die Dosierung. Die Kommission empfiehlt Ihnen mit 12 zu 12 Stimmen mit klarem Stichtentscheid unserer Vizepräsidentin, am Beschluss des Nationalrates festzuhalten. Die zweite Differenz präsentiert sich Ihnen in Form von drei Konzeptanträgen. Betroffen sind Artikel 65 Absätze 1quater und 1sexies und Artikel 66 Absätze 2 und 3 KVG, Artikel 3 Absätze 1 und 2 ELG sowie die Übergangsbestimmungen. Die Mehrheit der Kommission hat den Beschluss des Ständerates übernommen, die Minderheit I (Prelicz-Huber) möchte dem Entwurf des Bundesrates folgen. Der Antrag der Minderheit II (Meyer Mattea) beinhaltet eine modifizierte Version des ursprünglichen Beschlusses des Nationalrates. Die Differenz der Minderheit II zu den beiden anderen Konzepten findet sich bei Artikel 65 Absatz 1sexies. Die Minderheit II hält daran fest, dass künftig Vollzugskosten des Kantons, dessen Anteil am Bundesbeitrag nach Artikel 66 und dessen Anteil an der OKP und den EL nicht angerechnet werden können. Dadurch ist das Volumen gemäss dem Antrag der Minderheit II im Vergleich zu den anderen beiden Konzepten massiv höher. Im Vergleich zu unserem letzten Konzept ist das Volumen aber leicht tiefer, da der

**AB 2023 N 1537 / BO 2023 N 1537**

Bundesbeitrag und damit der maximale Beitrag der Kantone gemäss dem Antrag der Minderheit II 7 statt 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP entsprechen soll. Insgesamt sind Mehrkosten im Bereich von 1,8 Milliarden Franken zu erwarten, davon 750 Millionen Franken bei den Kantonen.

In den anderen beiden Konzepten sind die vorhin genannten Kosten anrechenbar. Der Unterschied zwischen diesen beiden Konzepten findet sich bei Artikel 65 Absatz 1quater. Die Mehrheit der Kommission – gemäss Ständerat – legt die Untergrenze der kantonalen Beiträge auf 3,5 Prozent der kantonalen Bruttokosten fest, wenn die Prämien durchschnittlich weniger als 11 Prozent des Einkommens der 40 Prozent einkommenschwächsten Versicherten ausmachen. Gemäss dem bundesrätlichen Entwurf bzw. gemäss dem Antrag der Minderheit I (Prelicz-Huber) sind es 5 Prozent, wenn die Prämien weniger als 10 Prozent des Einkommens dieser Personengruppe ausmachen. Die Mehrkosten der Kantone lägen gemäss dem Mehrheitsantrag – gemäss Beschluss des Ständerates – bei rund 356 Millionen Franken, gemäss dem Antrag der Minderheit I (Prelicz-Huber), also gemäss Entwurf des Bundesrates, bei 490 Millionen Franken. Der Bund wäre in beiden Fällen nicht von Mehrkosten betroffen.

Die Kommission hat die drei Konzepte einschliesslich Auswirkungen und Chancen beraten und in zwei Abstimmungen ausgemehrt. In der ersten Abstimmung obsiegte mit 14 zu 11 Stimmen der Beschluss des Ständerates gegenüber dem Entwurf des Bundesrates, in der zweiten Abstimmung obsiegte mit 13 zu 10 Stimmen der Beschluss des Ständerates gegenüber dem Antrag der Minderheit II (Meyer Mattea).

In diesem Sinne bittet Sie die Kommission, der Mehrheit und somit dem Ständerat zu folgen.

**Roduit Benjamin (M-E, VS), pour la commission:** Nous abordons aujourd'hui le premier des quatre gros dossiers de la session concernant la politique de la santé avec l'espoir de rendre accessible à toutes et tous les prestations de la santé tout en baissant les coûts; en ces temps difficiles, c'est une exigence de la population. Il s'agit bien sûr des deux contre-projets indirects à l'initiative d'allègement des primes et à l'initiative pour un frein aux coûts, du financement uniforme des prestations et du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts.

Nous en sommes ce matin aux deux dernières divergences relatives au contre-projet indirect à l'initiative d'allègement des primes que le Conseil des Etats a traité le 30 mai 2023 et sur lequel il est enfin entré en matière par 24 voix contre 16 et 2 abstentions.

Il s'agit tout d'abord de l'article 65 alinéa 1a, selon lequel les cantons fixent un taux maximal des primes par rapport au revenu disponible. La divergence porte sur la dernière phrase, qui indique la compétence du Conseil fédéral pour définir la manière de calculer la prime et le revenu disponible, et que le Conseil des Etats souhaite biffer. Par 12 voix contre 12 et avec la voix prépondérante de sa vice-présidente, notre collègue Barbara Gysi, qui présidait la séance, la commission propose cependant à notre conseil de maintenir sa décision. En effet, il s'agit pour la commission de permettre la comparaison des objectifs sociaux entre les cantons, en fixant des critères de base qui permettraient de mieux cibler les catégories de revenus sur le plan fédéral.

Une forte minorité, emmenée par notre collègue de Courten, estime au contraire que ce sont les cantons qui sont les mieux placés pour remplir cette mission, notamment en fonction des différentes réalités fiscales.

Si l'on veut que les cantons assument correctement leurs responsabilités, il ne faut pas les réduire à de simples exécutants des dispositions fixées par la Confédération.

La seconde divergence, à l'article 65 alinéa 1quater, touche à la question centrale des contributions minimales. La majorité de la commission propose à notre conseil de se rallier à la décision du Conseil des Etats. Selon celle-ci, les cantons devraient désormais consacrer aux réductions de primes entre 3,5 et 7,5 pour cent des



coûts bruts cantonaux de l'assurance obligatoire des soins, en fonction de la charge représentée par les primes sur le 40 pour cent des revenus les plus bas, ce qui est juste. Pour les cantons, selon les tableaux présentés par l'administration, il en résulterait des coûts supplémentaires d'environ 356 millions de francs. Pour rappel, l'initiative entraînerait une charge supplémentaire de 805 millions pour les cantons et de 3,7 milliards de francs pour la Confédération; le projet initial du Conseil fédéral, qui prévoit un montant minimal de 3 à 7 pour cent pour les cantons, entraînerait une charge supplémentaire de 494 millions de francs. Celui-ci, repris par la minorité I (Prelicz-Huber), a été écarté en commission par 14 voix contre 11.

Il s'agit en effet d'éviter des charges trop lourdes pour les cantons, en particulier les plus faibles, et de les transférer ainsi sur les contribuables. Il a été question tout à l'heure du canton du Valais qui aurait baissé sa part cantonale dans la réduction des primes. Ce fut le cas, effectivement, en 2020, mais après de nombreuses années durant lesquelles le canton a été nettement plus généreux concernant l'octroi de ces réductions de primes que la plupart des cantons dans ce pays, alors que c'est un canton faible fiscalement.

Cela aurait un effet contraire par rapport à l'objectif majeur de la réforme, qui est de cibler l'allègement sur les personnes et familles dont le budget est fortement affecté, dans certains cantons, par la hausse des primes. Pire, cela pourrait inciter des personnes à renoncer à un revenu pour bénéficier d'une réduction individuelle des primes plus élevée.

Par 13 voix contre 10 et 2 abstentions, la commission s'est opposée à une autre proposition alternative, défendue par la minorité II (Meyer Mattea), qui s'appuie sur la conception initiale de notre conseil, selon laquelle la Confédération et les cantons devraient financer séparément les réductions de primes pour les bénéficiaires de prestations complémentaires. Pour atténuer les coûts, le montant maximal pour le reste des réductions de primes serait abaissé, de sorte que les cantons devraient les financer à hauteur de 5 à 7 pour cent des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Par analogie, les subsides de la Confédération se limiteraient à 7 pour cent des coûts bruts de l'AOS. Concrètement, cette proposition alternative engendrerait des coûts supplémentaires compris entre 690 et 800 millions de francs pour les cantons et de 1,1 milliard de francs pour la Confédération.

En conclusion, la majorité de la commission vous recommande d'éviter une surcharge des coûts pour les collectivités, tout en rappelant que l'objectif majeur du contre-projet, à savoir obliger les cantons à contenir les coûts et à cibler les réductions individuelles de primes sur les catégories de personnes qui en ont le plus besoin, est absolument respecté et correspond aux attentes actuelles de la population.

**Hurni** Baptiste (S, NE): Cher collègue Roduit, j'aimerais comprendre quel est précisément l'impact pour la population du contre-projet de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de notre conseil, que vous défendez maintenant, par rapport au contre-projet initial du Conseil fédéral?

Pouvez-vous me confirmer, si je prends trois exemples, que pour le canton de Genève le projet initial de notre autorité repris par la minorité II (Meyer Mattea) ne prévoyait pas de coûts supplémentaires pour le canton et 91 millions de francs pour la population donnés par la Confédération; que pour le canton de Vaud, on prévoyait un coût de 0 à 49 millions de francs pour le canton et de 138 millions pour la Confédération; que pour le canton de Neuchâtel, on prévoyait un coût de 0 à 5 millions de francs pour le canton et de 37 millions pour la Confédération, alors que dans le contre-projet que vous défendez aujourd'hui, pour ces trois cantons, il n'y a pas 1 franc de plus pour la réduction individuelle des primes?

**Roduit** Benjamin (M-E, VS), pour la commission: C'est absolument juste, il n'y a pas seulement les trois cantons que vous venez de citer. J'ai les chiffres, et vous les avez également sous les yeux: il y a plus de sept cantons pour lesquels il n'y a pas d'augmentation. Pour quelles raisons? Ces cantons, d'une part, maîtrisent actuellement les coûts de la santé par des mesures ciblées et, d'autre part, avec leurs réductions individuelles de primes, ces cantons se situent nettement dans la moyenne. Il n'y a donc aucune raison de pénaliser les bons élèves dans ce pays.

AB 2023 N 1538 / BO 2023 N 1538



**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)**  
**2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

**Ziff. I Art. 65**

*Antrag der Mehrheit*

*Abs. 1a*

Festhalten

*Abs. 1quater Bst. a, 1quinquies Bst. b, 1sexies*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

*Abs. 1a*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit I*

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

*Abs. 1quater Bst. a*

Festhalten

*Abs. 1sexies*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit II*

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

*Abs. 1quater Bst. a*

Festhalten

*Abs. 1quater Bst. b*

b. ... so beträgt der Mindestanteil 7 Prozent der Bruttokosten.

*Abs. 1sexies*

Festhalten

**Ch. I art. 65**

*Proposition de la majorité*

*Al. 1a*

Maintenir

*Al. 1quater let. a, 1quinquies let. b, 1sexies*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(de Courten, Aeschi Thomas, Buffat, Dobler, Glarner, Grin, Herzog Verena, Lohr, Roduit, Sauter, Schläpfer, Silberschmidt)

*Al. 1a*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité I*

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

*Al. 1quater let. a*

Maintenir

*Al. 1sexies*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats



*Proposition de la minorité II*

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

*Al. 1quater let. a*

Maintenir

*Al. 1quater let. b*

b. ... il s'élève à 7 pour cent des coûts bruts;

*Al. 1sexies*

Maintenir

*Abs. 1a – Al. 1a*

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/27241)

Für den Antrag der Minderheit ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Mehrheit ... 86 Stimmen

(0 Enthaltungen)

*Abs. 1quater Bst. a, b; 1sexies – Al. 1quater let. a, b; 1sexies*

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die Abstimmungen gelten auch für Ziffer I Artikel 66 Absatz 2, Ziffer Ia Artikel 13 Absätze 1 und 2 sowie Ziffer II Absatz 1.

*Erste Abstimmung – Premier vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/27242)

Für den Antrag der Mehrheit ... 105 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit I ... 86 Stimmen

(1 Enthaltung)

*Zweite Abstimmung – Deuxième vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/27243)

Für den Antrag der Mehrheit ... 104 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit II ... 86 Stimmen

(2 Enthaltungen)

*Übrige Bestimmungen angenommen*

*Les autres dispositions sont adoptées*

**Ziff. I Art. 66 Abs. 2**

*Antrag der Minderheit II*

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

Der Bundesbeitrag entspricht 7 Prozent der Bruttokosten ...

**Ch. I art. 66 al. 2**

*Proposition de la minorité II*

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

Les subsides fédéraux correspondent à 7 pour cent des coûts ...

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Der Antrag der Minderheit II (Meyer Mattea) wurde soeben bei Ziffer I Artikel 65 Absatz 1quater Buchstaben a und b und Absatz 1sexies abgelehnt.

**Ziff. Ia Art. 13 Abs. 1, 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates





*Antrag der Minderheit I*

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

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit II*

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

Festhalten

**Ch. Ia art. 13 al. 1, 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité I*

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

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

AB 2023 N 1539 / BO 2023 N 1539

*Proposition de la minorité II*

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

Maintenir

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Über die Anträge der Minderheit I (Prelicz-Huber) und der Minderheit II (Meyer Mattea) wurde bei Ziffer I Artikel 65 Absatz 1quater Buchstaben a und b und Absatz 1sexies abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit*

*Adopté selon la proposition de la majorité*

**Ziff. II Abs. 1**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit I*

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

Festhalten

*Antrag der Minderheit II*

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

Festhalten

**Ch. II al. 1**

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité I*

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

Maintenir



*Proposition de la minorité II*

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

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Über die Anträge der Minderheit I (Prelicz-Huber) und der Minderheit II (Meyer Mattea) wurde bei Ziffer I Artikel 65 Absatz 1quater Buchstaben a und b und Absatz 1sexies abgestimmt.

*Angenommen gemäss Antrag der Mehrheit  
Adopté selon la proposition de la majorité*

**Präsident** (Candinas Martin, Präsident): Die Vorlage 2 ist bereit für die Schlussabstimmung.

*Schluss der Sitzung um 11.05 Uhr  
La séance est levée à 11 h 05*

AB 2023 N 1540 / BO 2023 N 1540



21.063

**Maximal 10 Prozent des Einkommens  
für die Krankenkassenprämien  
(Prämien-Entlastungs-Initiative).  
Volksinitiative  
und indirekter Gegenvorschlag****Maximum 10 pour cent du revenu  
pour les primes d'assurance-maladie  
(initiative d'allègement des primes).  
Initiative populaire  
et contre-projet indirect***Fortsetzung – Suite*

## CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)"****1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)"**

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Wir führen eine allgemeine Diskussion über die Volksinitiative.

**Ettlin** Erich (M-E, OW), für die Kommission: Ich kann vorgängig darüber informieren, dass der Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative gestern im Nationalrat bereinigt wurde und nun in die Schlussabstimmung geht. Wir sprechen also nur noch über die Initiative, der Gegenvorschlag wurde akzeptiert. Der Nationalrat ist in den meisten Punkten dem Ständerat gefolgt.

Die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien", die sogenannte Prämien-Entlastungs-Initiative, wurde am 23. Januar 2020 eingereicht, und sie ist gültig. Mit der Initiative wird gefordert, dass Bund und Kantone die Versicherten bei den Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) entlasten, sodass die Versicherten höchstens 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Die Prämienverbilligung soll zu mindestens zwei Dritteln durch den Bund und zum verbleibenden Betrag durch die Kantone finanziert werden.

Begründet wird die Initiative mit der wachsenden Prämienlast und mit der Schwierigkeit vieler Einwohnerinnen und Einwohner, die Prämien zu bezahlen. Heute verpflichtet das Bundesgesetz über die Krankenversicherung die Kantone, die Prämien für Versicherte, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, zu verbilligen. Der Bund gewährt den Kantonen dazu einen Beitrag. Gemäss Botschaft des Bundesrates haben im Jahr 2020 der Bund mit 2,9 Milliarden Franken und die Kantone mit 2,6 Milliarden Franken die Prämien verbilligt.





Mit den Prämienverbilligungen unterstützt werden Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, Versicherte, die Ergänzungsleistungen beziehen, und Versicherte, die Sozialhilfe beziehen. Dafür verantwortlich sind hauptsächlich die Kantone. Der Bund gewährt den Kantonen jährlich einen Beitrag, der 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP entspricht. Wenn also die Bruttokosten steigen, steigt auch der Beitrag des Bundes an die Kantone. Gemäss Botschaft liegen die Anteile der Kantone – hierüber haben wir in der Kommission intensiv diskutiert – zwischen 12,2 Prozent und 66,7 Prozent.

Die Initiative überlässt es dem Gesetzgeber, zu umschreiben, was unter "zu übernehmenden Prämien" und unter "verfügbarem Einkommen" zu verstehen ist.

Wie gesagt, gemäss Botschaft des Bundesrates vom 17. September 2021 würden die Mehrkosten der Initiative für Bund und Kantone 4,5 Milliarden Franken betragen; für den Bund entspräche das 3,7 Milliarden Franken und für die Kantone 0,8 Milliarden Franken. Da die Kosten dynamisch sind, werden die Mehrkosten gemäss den Szenarien des Bundesrates bis zum Jahr 2030 auf 6,5 Milliarden Franken für den Bund und auf 1,7 Milliarden Franken für die Kantone ansteigen – das sind nur die Mehrkosten.

Der Bundesrat kann das Anliegen nachvollziehen. Dass einzelne Kantone ihre Anteile an den Ausgaben gesenkt haben, erachtet er als problematisch. Die Kostenentwicklung und der Umstand, dass der Bund zwei Drittel der Mehrkosten stemmen müsste, sind jedoch für den Bundesrat ein Grund, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Mit der Initiative müsste er für Kosten aufkommen, die von den Kantonen beeinflusst werden können: Spitalplanung, Steuerung der Zulassung von Leistungserbringern usw.

Zudem blendet die Initiative aus Sicht des Bundesrates die Kostenseite aus, und es gäbe keine oder weniger Anreize, besondere Versicherungsformen abzuschliessen. Deshalb haben wir ja den Gegenvorschlag des Bundesrates erhalten und diesen beschlossen. Wir werden ihn in der Schlussabstimmung annehmen.

Ihre Kommission hat mit der Beratung der Initiative zugewartet, bis ein Gegenvorschlag vorlag. Dieser hat ja bekanntlich eine bewegte Geschichte. Der Nationalrat hat die Initiative schon am 15./16. Juni 2022 behandelt. Er hat die Empfehlung auf Ablehnung der Initiative mit 121 zu 67 Stimmen abgegeben. Das Volksbegehren berücksichtigt lediglich die Prämienfinanzierung und enthalte keine Anreize zur Eindämmung der Gesundheitskosten, so die Meinung der Mehrheit im Nationalrat.

Die Frist zur Behandlung läuft für uns bis zum 3. Oktober 2023 und kann nicht noch einmal verlängert werden. Deshalb haben wir zwar am 6. September 2022 in der Kommission eine allgemeine Diskussion geführt, aber eben auf diesen indirekten Gegenvorschlag gewartet. Uns lag der Mitbericht der Finanzkommission des Ständerates vor. Sie beantragte mit 8 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung die Ablehnung der Initiative.

Heute Morgen haben wir in der Kommission die Initiative beraten. Wir beantragen Ihnen – wie der Bundesrat – mit 10 zu 2 Stimmen bei 0 Enthaltungen, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Für die Mehrheit kann ich sagen, dass man das Problem anerkennt. Man sagt aber, die Initiative

**AB 2023 S 720 / BO 2023 E 720**

setze am falschen Ort an, nämlich nicht bei den Kosten, nicht beim Grundübel für das Entstehen der Prämienenerhöhungen. Es bestünden keine Anreize, Kosten zu sparen. Es sei Sache der Kantone und nicht des Bundes, hier federführend zu sein und die Kosten der Prämienverbilligung hauptsächlich zu übernehmen. Mit dem Gegenvorschlag und insbesondere mit dem Sozialziel im Gegenvorschlag, das man den Kantonen setzt, sei eigentlich die Voraussetzung dafür geschaffen worden, dass hier eine Verbesserung stattfindet. Ich gehe davon aus, dass die Minderheit ihren Antrag separat begründen wird.

Ich bitte Sie im Namen der Mehrheit der Kommission, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Stöckli Hans (S, BE):** Ich hatte schon einmal die Gelegenheit, auszuführen, wie einfach es war, für diese Initiative Unterschriften zu sammeln. Das war vor vier Jahren. Ich bin mir sicher, dass es heute noch einfacher wäre, Unterschriften dafür zu sammeln, insbesondere auch im Hinblick auf die leider negative Entwicklung in der letzten Zeit und im Verlaufe dieses Jahres. Wir rechnen ja damit, dass die Prämienbelastung für die Bevölkerung um 6 Prozent zunehmen wird. Das entspricht 2,4 Milliarden Franken und stellt eine zusätzliche Belastung für die Haushalte dar, neben den Belastungen in anderen Bereichen wie Miete usw., die grösser werden. Da wird es sicher schwierig sein, zu erklären, weshalb man einen Gegenentwurf als richtiges Mittel anschaut, der nicht einmal 10 Prozent der in der Initiative vorgesehenen Unterstützungsbeiträge enthält. Sie müssen akzeptieren, dass der indirekte Gegenentwurf ungenügend ist, um dafür zu sorgen, dass die Initiative dem Volk nicht zur Abstimmung unterbreitet wird. Deshalb beantragt meine Minderheit, dem Volk die Annahme der Initiative zu empfehlen.

Bekanntlich hat man seinerzeit akzeptiert, dass die Prämien nicht wie die Steuern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern pro Kopf berechnet werden. Dabei wurde immer argumentiert, dass durch die in-



dividuelle Prämienverbilligung ein Ausgleich geschaffen werde. Nur hat sich dieses System nicht so entwickelt, wie es sich hätte entwickeln sollen, bis das Bundesgericht im Rahmen einer Beschwerde aus dem Kanton Luzern endlich einen wichtigen Entscheid fällt.

Im Verlaufe der letzten zehn Jahre haben über zehn Kantone, ich glaube siebzehn, ihre Prämienverbilligungen reduziert. Das heisst, man hat den Bund quasi alleingelassen. Denn heute sind die Beiträge mit einem Verhältnis von 3 zu 2,6 Milliarden Franken disproportional. Die Kantone leisten heute bei den individuellen Prämienverbilligungen weniger als der Bund. Auch das ist ein Alarmzeichen, das es zu beachten gilt.

Ich habe vorhin gesagt, dass wir dem Prämienzahler die Folgen des Versagens oder, diplomatisch ausgedrückt, der Schwierigkeiten, die wir bei der Kostendämmung haben, nicht auferlegen dürfen. Er macht, was er zu machen berechtigt ist, und er zahlt dafür einen sehr, sehr hohen Beitrag. Deshalb braucht es einen solchen Korrekturmechanismus.

Als das KVG lanciert wurde, ging man davon aus, dass die Prämienbelastung höchstens 8 Prozent des Haushaltseinkommens ausmachen würde. Nebenbei bemerkt: Out-of-Pocket-Rechnungen steigen sehr, sehr stark in unserem Land. Wir stellen heute fest: Die durchschnittliche Belastung eines Haushalts ist bei 14 Prozent. Das heisst, heute muss die Bevölkerung im Schnitt 14 Prozent ihres Einkommens für die Prämien einsetzen. Das sind sehr erhebliche Zahlen, die doch zu denken geben sollten.

Man sagt, dass durch die Initiative keine Anreize geschaffen würden, um Druck auszuüben, das Dämpfen der Kosten ernsthaft anzugehen. Die Währung ist der Schweizerfranken. Kantone und Bund, die zusätzlich Beiträge leisten müssen, werden zusätzlich belastet werden. Das kann zweifellos auch ein grosser, starker Motor sein, um schliesslich entsprechende Massnahmen zu ergreifen.

Ich habe es vorhin gesagt: Der Bundesrat hat einen indirekten Gegenvorschlag erarbeitet, der hier im Ständerat noch verschlechtert wurde. Wie sollen wir der Bevölkerung erklären, dass das ein indirekter Gegenvorschlag ist, wenn acht Kantone in unserem Land trotz indirektem Gegenvorschlag keine zusätzlichen Prämienverbilligungen leisten müssen? Das bleibt ein gut gehütetes Geheimnis derjenigen, welche den indirekten Gegenvorschlag nach der Variante des Ständerates und nun auch des Nationalrates zum Beschluss erhoben haben.

Das alles führt dazu, dass die Initiative dem Volk mit Empfehlung auf Annahme zu unterbreiten wäre.

**Kuprecht Alex (V, SZ):** Die Kosten, die diese Initiative verursacht, werden mit keinem einzigen Wort erwähnt. Ich erlaube mir die kleine Bemerkung, dass diese Initiative zusätzliche Kosten zulasten der Kantone und des Bundes in Höhe von rund 4,5 Milliarden Franken verursachen wird: rund 3,7 Milliarden Franken zulasten des Bundes, in einer Zeit, in der wir Defizite von mehreren Milliarden haben, in der wir die grösste Mühe haben, die Schuldenbremse überhaupt einzuhalten, und rund 800 Millionen Franken zulasten der Kantone.

Gemäss Verfassung sind im Prinzip die Kantone für die Prämienverbilligung zuständig, wobei jeder Kanton unterschiedliche Strukturen und Voraussetzungen in Bezug auf seine Bevölkerungsschichten hat. Für den Kanton Bern kostet es ja nur die Kleinigkeit von rund 159 Millionen Franken! Die Finanzdirektorin des Kantons Bern wird es uns danken, wenn wir eine Empfehlung herausgeben, die ihr letztlich soundso viele Kosten verursacht.

Einmal mehr scheint mir, dass das Augenmass für die zusätzlichen Kosten, insbesondere für den Bund, in diesem Saal völlig verloren geht. Man interessiert sich nicht mehr für die Kosten; es ist völlig egal, ob es zulasten des Bundeshaushalts noch 3 oder 4 Milliarden Franken teurer wird. Wie das wieder eingespart wird, lasse ich diejenigen entscheiden, die dann ab Dezember die Budgetverantwortung zu tragen haben. Ich finde es nicht korrekt, wenn wir derartige Mehrausgaben beschliessen oder zumindest Empfehlungen abgeben, die derartig grosse Mehrausgaben für den Bund verursachen.

Das war eine kleine Bemerkung zu den Kosten, die ja immer vergessen gehen.

**Dittli Josef (RL, UR):** Wir haben in unserem Land ein gutes Gesundheitssystem, ein sehr gutes sogar, keine Frage. Das muss auch einmal gesagt sein. Und ja: Wir haben ein überproportionales Kostenwachstum. Dies hat etwas zu tun mit der Entwicklung im Medizinalbereich, von der wir alle profitieren können. Es hat aber auch etwas zu tun mit dem Älterwerden der Gesellschaft, und es hat natürlich auch etwas damit zu tun, dass die Leute vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Die vorliegende Initiative trägt rein gar nichts dazu bei, das Kostenwachstum zu bremsen – einfach damit auch das klar gesagt ist. Es geht lediglich darum, wie die Rechnung bezahlt wird und wer die Rechnung bezahlt.

Der Bundesrat hat jetzt einen Gegenvorschlag gemacht mit einem Betrag, der die Kantone in die Pflicht nimmt. Es ist aus föderalistischen Überlegungen immer heikel, wenn der Bund hier eingzugreifen beginnt, und dies erst noch gegen den Willen der Kantone. Wir erinnern uns alle: Wir haben – nicht zuletzt auch aufgrund von



Gesprächen mit unseren eigenen Kantonen – diesen Gegenvorschlag zuerst insofern abgelehnt, als wir gar nicht darauf eingetreten sind. In der zweiten Runde sind wir eingetreten und haben einen Gegenvorschlag gezimmert, der in den Föderalismus eingreift, indem der Bund die Kantone trotzdem sanft in die Pflicht nimmt und mit Mindestvorgaben diese Steuerung macht. Mit Mindestvorgaben! Ich glaube, es ist richtig, dass der Bund dies nun macht, denn es trifft zu, dass sich gewisse Kantone da schon etwas aus der Pflicht genommen haben. Darum ist es notwendig, dass der Bund hier ein Zeichen setzt.

Nur ist es überhaupt nicht so, dass es damit getan wäre. Betroffen ist hier der Bereich der kantonalen Hoheit, und die Kantone sind selbst in der Pflicht, in ihrem Verantwortungsbereich dafür zu sorgen, dass die ganze Situation auch in Bezug auf die Prämienverbilligung stimmt. Man kann schon sagen, in der Schweiz liege die Prämienbelastung

**AB 2023 S 721 / BO 2023 E 721**

durchschnittlich bei 14 Prozent. Die Prämienbelastung ist aber in jedem Kanton eine andere. Jede Kantonsregierung muss doch selber in ihrem Kanton schauen, wo man steht, und auf Stufe Kanton ansetzen.

Selbstverständlich sind die Kantone hier gefordert. Denn vom Wachstum der Kosten sind natürlich insbesondere jene betroffen, die heute nicht von einer Prämienverbilligung profitieren können, da ihr Einkommen knapp zu hoch ist, also jene, die zum unteren Mittelstand gehören – sie sind davon betroffen. Für sie muss man auf der einen Seite mehr tun, auch im Bereich der Prämienverbilligung. Das entbindet uns aber in keiner Art und Weise von der Pflicht, auf der anderen Seite parallel dazu alles zu unternehmen, damit das Kostenwachstum gebremst wird. Hier stehen noch einige Reformen an – nicht nur jene 38 Massnahmen, sondern auch noch ein paar andere Reformen. Ich denke an die Einheitsfinanzierung, ich denke bezüglich Tarifpartner an den Einzelleistungstarif Tarmed und die Pauschalen, ich denke aber auch an die Angelegenheit der Margenregelung, die kurz vor der Ziellinie steht. Hier sind wir gefordert, nach wie vor in erster Linie dafür zu sorgen, dass die Kosten gebremst werden. Werden sie nicht gebremst, ist es tatsächlich so, dass so eine Initiative dann plötzlich Chancen hat. Darum ist es wichtig, dass wir dem Gegenvorschlag zustimmen und auch die Kantone ermuntern, dafür zu sorgen, dass es in ihrem Verantwortungsbereich stimmt.

Ich bitte Sie deshalb, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Graf Maya (G, BL):** Wir kennen alle die grösste Sorge der Bevölkerung: Es sind, auch laut dem letzten Sorgenbarometer, die Krankenkassenprämien, die die Menschen, die Haushalte überdurchschnittlich belasten. Das ist die Sorge Nummer eins. Wir müssen diese Sorge ernst nehmen, weil es um die Kaufkraft der Leute, der Menschen, der Familien in unserem Land geht. Es ist ein Verlust der Kaufkraft, wenn immer mehr Kosten für die monatlichen Rechnungen der Krankenkassen und die Prämien anfallen. Das verfügbare Einkommen schwindet so immer mehr.

Wir haben es gehört: Für eine Familie mit zwei Kindern sind es heute – wir sprechen bereits von Prämien erhöhungen von 8 Prozent – über 1000 Franken pro Monat, die vom verfügbaren Einkommen weggehen. Klar, es ist für ein qualitativ sehr hochstehendes Gesundheitssystem für alle, aber es belastet.

Die ursprüngliche Idee, die Haushalte mit der Prämienverbilligung zu entlasten, funktioniert nur ungenügend. Bei der Einführung der Prämienverbilligung versprochen Bundesrat und Parlament, zur Ermittlung der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung das Ziel bei einer Prämienbelastung von maximal 8 Prozent des steuerbaren Einkommens eines Haushaltes festzulegen. Die vom Bundesrat angestrebten 8 Prozent des steuerbaren Einkommens entsprechen in etwa 6 Prozent des verfügbaren Einkommens. Das heisst, im Jahr 2000 musste eine vierköpfige Familie mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von etwa 70 000 Franken noch etwa 6 Prozent des verfügbaren Einkommens ausgeben. Zwanzig Jahre später sind es 14 Prozent des verfügbaren Einkommens. Stellen Sie sich das vor, das ist mehr als eine Verdoppelung!

Nun stellen wir fest, dass uns zur Initiative, gemäss der 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien nicht überschritten werden dürfen, leider keine befriedigende Lösung als Gegenvorschlag vorliegt. Es ist mir auch klar, dass die Kantone verantwortlich sind. Es ist in ihrer Verantwortung, die Krankenkassenverbilligungen weiterzugeben, um die Familien und die Einzelpersonen, die sie brauchen, zu entlasten. Manche Kantone, nicht alle, haben aber leider diese Aufgabe nicht respektive ungenügend erfüllt. Sie haben – wir haben es von Kollege Stöckli gehört – in den letzten Jahren Prämienverbilligungen sogar reduziert, obwohl die Krankenkassenprämien laufend gestiegen sind.

Nun haben wir versucht, gemeinsam einen Gegenvorschlag zur Volksinitiative zu erarbeiten. Wir müssen aber feststellen, dass auch der Gegenvorschlag ungenügend ist. Es wird nicht gelingen, mit diesem Gegenvorschlag über die Krankenkassenverbilligungen den Haushalten, den Menschen vor Ort so zu helfen, dass sie die Krankenkassenprämien in den nächsten Jahren überhaupt noch bezahlen können. Sie wissen auch, dass es



nicht in unserem Sinne ist, auch nicht im Sinne des Bundes und der Kantone, dass immer mehr Menschen Schuldscheine haben, dass es Probleme gibt, weil die Krankenkassenprämien nicht mehr bezahlt werden können. Wir wollen keine Verschuldung wegen den Krankenkassenprämien.

Es wurde darauf hingewiesen, dass wir auf der einen Seite die Prämienverbilligung ausbauen müssen, um zu helfen. Das ist kurz- und mittelfristig sehr, sehr wichtig. Selbstverständlich müssen wir dranbleiben und auch die Kostenentwicklung in den Griff bekommen. Das ist die zweite Aufgabe.

Wenn es um die Kostenentwicklung geht, ist der Unterschied 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. Was heisst das? Das heisst, dass die Prämien auch steigen, weil wir immer mehr über die 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 satte 21 Prozent niedriger.

Wir müssen also bei der Gleichsetzung von Prämien und Kosten aufpassen. Wir müssen die Finanzierung anschauen, wir müssen anschauen, was wir in den vergangenen zwanzig, dreissig Jahren zusehends über die Prämien finanziert haben. Die Prämienhöhung im Herbst wird besonders auch den unteren Mittelstand – es geht nicht nur um einkommensschwache Personen – enorm belasten. Es ist leider auch voraussehbar, dass das so bleiben wird. Wir müssen uns also – das möchte ich Ihnen auch mit auf den Weg geben – über die Finanzierung in der Zukunft unterhalten, darüber, ob die Kopfprämie noch richtig ist.

Denn ein reiches Land wie die Schweiz kann sich Gesundheitskosten in der Höhe von 11 Prozent des Bruttoinlandprodukts als Solidargemeinschaft leisten, vor allem für ein so gutes, qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem – natürlich aber nur, sofern dieses wirklich für die Gesundheit unserer Bevölkerung da ist –, und selbstverständlich müssen diese Mittel fair und wirkungsvoll eingesetzt werden. Dazu braucht es eine stärkere Finanzierung über die öffentliche Hand. Wir werden miteinander darüber diskutieren müssen, auch über allgemeine Steuern. Wir müssen uns zu einem baldigen Zeitpunkt dringend darüber unterhalten, dass wir die heutige, sehr unsoziale Kopfprämie nicht weiterführen können und dass einkommens- und vermögensabhängige Krankenkassenprämien eine Lösung wären – eine von ganz vielen, selbstverständlich – im gesamten Gesundheitswesen und bei der Kostenentwicklung.

Ich komme zum Schluss, dass die Volksinitiative, die wir zum heutigen Zeitpunkt auf dem Tisch haben, die einzige Lösung ist, die uns hoffentlich helfen kann, diese erste, grösste Sorge der Bevölkerung schnell anzugehen. Die Bevölkerung soll entscheiden, ob sie diesen Weg gehen will. Leider haben wir es nicht geschafft, mit einem indirekten Gegenvorschlag einen Mittelweg zu finden.

**Germann Hannes (V, SH):** Es reizt mich nach diesem Votum von Frau Graf jetzt doch, dem noch etwas hinzuzufügen. Man kann natürlich immer über Kopfprämien sprechen oder darüber, ob man es nicht lieber über die Steuern regeln soll. Irgendwer wird es bezahlen. Man muss kein Prophet sein, um zu sehen, dass es die in der Mitte erwischen wird. Die trifft es dann am härtesten.

Herr Kuprecht spricht von 4,5 Milliarden Franken, die es den Bund kosten würde. Das ist nur das defensive Szenario. Eigentlich haben wir natürlich allgemein das Problem der hohen Kosten, aber wir haben eben auch das Problem der Finanzierung. Wenn wir beklagen, dass immer mehr Mittel über die OKP beigesteuert werden müssen, dann können wir uns an der eigenen Nase nehmen. Wir treiben ja Projekte voran, damit "ambulant vor stationär" kommt. Im stationären Bereich zahlen die Kantone einen gewichtigen Anteil von 55 Prozent. Im ambulanten Bereich zahlt alles die Krankenversicherung und damit die Prämienzahlerin. Da müssen Sie sich nicht

AB 2023 S 722 / BO 2023 E 722

wundern, dass eine gewisse Verlagerung stattfindet. Gerade deswegen wäre es eben umso wichtiger, jetzt hier auch die Kantone entsprechend in die Pflicht zu nehmen.

Die Zahlen sind wirklich beeindruckend. Schauen Sie die Tabellen an: Einige Kantone müssten gar nichts machen, sie erfüllen das, was die Initiative will, eigentlich bereits. Andere haben grossen Handlungsbedarf. Sie haben vielleicht ihre eigene Kasse auf Kosten der Prämienzahlenden optimiert. Dieses Problem lösen Sie mit der Initiative eben nicht, sondern Sie übertünchen es. Schauen Sie die Tabellen mit den Beiträgen der Kantone an! Ich will jetzt nicht ein Schwarzpeterspiel machen, aber die Tabellen sind offiziell, und die Kantonsregierungen müssen das auch gegenüber ihrer Bevölkerung entsprechend aufzeigen.

Der Anteil des Kantons liegt beispielsweise im Kanton Appenzell Innerrhoden bei 12,2 Prozent. Vielleicht haben sie die Gesundheitskosten ja trotzdem im Griff. Das kann man anhand dieser Zahl allein nicht beurteilen. Beim Nachbarn Appenzell Ausserrhoden ist der Anteil ebenfalls tief. Aber im Kanton Genf sind es zwei Drittel,



es sind 66,7 Prozent Kantonsanteil, wenn man von einem Total von 100 Prozent bei den Kantons- und Bundesbeiträgen ausgeht. In Appenzell Innerrhoden trägt der Bund 87,8 Prozent bei. Das ist ein cleverer Kanton, der es fertigbringt, den Bund so abzuzocken.

Im Durchschnitt haben die Kantone 47,9 Prozent zur Prämienverbilligung beigetragen. Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Kantone rund 50 Prozent. Diese Zahl hat sich nicht signifikant verändert. Damals wurden die Prämien von knapp 30 Prozent der Versicherten verbilligt. Im Jahr 2020 waren es noch 27,6 Prozent. Das ist einer der Hauptgründe, warum der Bundesrat zu Recht bei den Kantonen ansetzt. Der Bundesrat sagt, dass der Anteil der Kantone gesunken ist, während der Anteil des Bundes gestiegen ist. Darum sind auch die Kantone in die Pflicht zu nehmen.

Warum noch, Frau Graf? Die Tatsache, dass es auch regional und kantonal festgelegte Prämien gibt, zeigt doch, dass die Kantone die Steuerungsinstrumente eigentlich in der Hand haben.

Wenn Sie noch fragen, ob es dann die Richtigen trifft, dann muss man sich auch hier an die Fakten halten. Wohin sind die Prämienverbilligungen 2020 geflossen? Von den insgesamt 5,5 Milliarden Franken wurden 3 Milliarden Franken für die Prämienverbilligung von EL- und Sozialhilfebezügern aufgewendet. Somit blieben noch zweieinhalb Milliarden Franken, um die Prämien der übrigen Versicherten zu verbilligen. Genau diese übrigen Versicherten betrifft es. Sie haben Kostenanreize. Den anderen kann es egal sein, denn sie haben keine speziellen Kostenanreize.

Im Jahr 2020 lag der Anteil noch bei 46 Prozent, im Jahr 2010 lag er bei 56 Prozent. Das zeigt, dass diese Richtung alarmierend ist und dass wir uns solchen Dingen zuwenden müssen. Mit dem Gegenvorschlag haben wir nun eigentlich ein probates Mittel, um wenigstens etwas Einfluss zu nehmen und den Initianten entgegenzukommen.

Nun, Herr Stöckli, Sie sagen, das sei zu wenig. Ich verstehe auch Ihren Standpunkt. Die Initiative hat vielleicht gute Chancen, aber in der Umsetzung werden sich noch manche – und wir im Parlament am allermeisten – verwundert die Augen reiben, wenn wir diese 4 Milliarden Franken irgendwo suchen müssen, beispielsweise bei der Bildung und Forschung, bei der Entwicklungshilfe oder dann auch beim Gesundheitswesen. Ich wünsche viel Glück!

Wir müssen auch hier masshalten, und das tun wir, indem wir die Initiative ablehnen und die Kantone auf die entsprechende Verantwortung aufmerksam machen. Übrigens, und darauf bin ich stolz: In meinem Kanton hätte es keine signifikanten Auswirkungen, es wäre fast ein Nullsummenspiel. Aber das ist ein anderes Kapitel.

**Hegglin Peter (M-E, ZG):** Ich teile die Beurteilung, dass die Krankenkassenprämie oder die Steigerung der Prämie für das nächste Jahr die Sorge Nummer eins der Bevölkerung ist. Man muss sich aber überlegen, woher diese Kosten kommen. Sie fallen nicht vom Himmel, sondern das sind in den jeweiligen Kantonen angefallene Gesundheitskosten, die über die Krankenkassen auf die Versicherten umgelegt werden.

Sie haben es vorhin verpasst, mit der Kostenbremse-Initiative entsprechend darauf einzuwirken, dass die Kosten weniger stark steigen. (*Teilweise Heiterkeit*) Sie lachen jetzt, aber das wäre Ihre Verantwortung gewesen. Wenn Sie zugestimmt hätten, dann – davon bin ich überzeugt – hätte man Druck auf die Kostensteigerung ausüben können und, auch davon bin ich überzeugt, man hätte Sparpotenzial ausgenutzt, ohne dass die qualitativ gute Versorgung in der Schweiz gelitten hätte.

Was will die Prämien-Entlastungs-Initiative? Sie verteilt einfach die Kosten neu. Sie verteilt sie an den Bund, welcher seine Verantwortung wahrgenommen hat. Er hat immer 7,5 Prozent der schweizweiten Bruttokosten an die Prämienverbilligung geleistet. Die Initiative unternimmt nichts, um kostendämpfend zu wirken. Der indirekte Gegenvorschlag, den wir erarbeitet haben, knüpft genau dort an, indem er die Kantone in die Pflicht nimmt, kostenbewusster zu operieren. Das wurde vorhin gesagt: Man soll die Kantone in die Pflicht nehmen.

Weshalb haben wir so grosse Unterschiede? Ich komme aus einem Kanton mit tiefen Krankenkassenprämien. Ich bin überzeugt, das hat damit zu tun, dass die Steuerung durch die Verwaltung, durch den Regierungsrat wahrscheinlich besser ist als in anderen Kantonen. Wir hatten früher 550 Spitalbetten. Seit ich politisch unterwegs bin, hat man die Bettenzahl auf 180 Betten reduziert – von 550 auf 180. Genau das Gleiche passiert auch mit der Zulassungssteuerung – und da meine ich nicht die Hausärzte, da meine ich eher die Spezialärzte. Dort war mein Kanton in den vergangenen Jahren restriktiver. Deshalb sind die Kosten bei uns weniger stark gestiegen.

Der Gegenvorschlag, den wir skizziert haben, verpflichtet die Kantone, einen Prozentsatz der entstandenen Bruttogesundheitskosten im Kanton als individuelle Prämienverbilligung zu zahlen. Das heisst, wenn die Bruttokosten steigen, dann muss der Kanton mehr einzahlen. Es hat also genau diese Wirkung: Wir nehmen die Kantone in die Pflicht, ihre Verantwortung in der Steuerung der Gesundheitskosten wahrzunehmen – und da gibt es Steuerungsmöglichkeiten.





Kollege Stöckli hat gesagt, es sei ein Geheimnis, warum gewisse Kantone mit dem indirekten Gegenvorschlag nicht mehr zahlen müssten. Nein, es ist kein Geheimnis. Es ist ganz einfach nachvollziehbar: Der erste Grund ist die Kostenhöhe und die Kostenentwicklung. Der zweite ist der Betrag, den die Kantone heute schon als individuelle Prämienverbilligung (IPV) ausbezahlen. Da sprechen wir auch vom Sozialziel. Im Gegenvorschlag sind mindestens 11 Prozent als Sozialziel definiert. Da muss der Kanton dann 3,5 Prozent als IPV zahlen. Ich möchte meiner Kollegin Graf hier widersprechen. Wir sprechen nicht vom steuerbaren Einkommen. Wir sprechen – das ist ein Unterschied – vom verfügbaren Einkommen. Dieses und nicht das steuerbare Einkommen muss berücksichtigt werden. Über das steuerbare Einkommen kann ich mein Einkommen quasi manipulieren. Ich kann mein steuerbares Einkommen durch Spareinlagen in der dritten Säule oder durch meinen Gebäudeunterhalt tief halten. Ich kenne Personen, die ein Bruttoeinkommen von 500 000 Franken haben und mit diesen Korrekturen in den Genuss von Prämienverbilligungen kamen. Das darf nicht sein, und da erwarte ich, dass man auch bei den 26 verschiedenen Modellen in den Kantonen solche Möglichkeiten eliminiert. Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass wir in der Kommission gut gearbeitet haben. Wir haben einen angepassten Gegenvorschlag zur Verteilung der Prämienlast vorgelegt. Man muss bei der Kostenentwicklung ansetzen, und ich sage es noch einmal: Ich bin überzeugt davon, dass man dort ohne qualitative Einbussen noch Potenzial hat.

In diesem Sinne empfehle ich Ihnen, die vorliegende Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Fässler Daniel (M-E, AI):** Ich hatte nicht die Absicht, zu diesem Geschäft etwas zu sagen, aber das Votum von Kollege Germann zwingt mich jetzt als Standesvertreter des Kantons Appenzell Innerrhoden doch, eine Antwort zu geben. Herr Kollege Germann, Sie haben mit Ihren Zahlen etwas

AB 2023 S 723 / BO 2023 E 723

ein Durcheinander geschaffen und sich in der Wortwahl etwas vergriffen, als Sie gesagt haben, der Kanton Appenzell Innerrhoden zocke den Bund ab. Das kann ich als Standesvertreter so nicht stehenlassen. Ich möchte zur Initiative gesagt haben, dass unser Kanton heute noch – ich betone: noch – die tiefsten Krankenkassenprämien hat. Ich glaube, wir entlasten die tiefen Einkommen korrekt, wir entlasten auch den Mittelstand korrekt. Es ist einfach eine Tatsache, dass die tiefen bis sehr tiefen Krankenkassenprämien auch zu einem anderen Resultat führen.

Dass sich der Kanton Appenzell Innerrhoden korrekt verhält, zeigt sich auch am Zahlenmaterial. Wenn Sie das Zahlenmaterial anschauen, dann sehen Sie, dass der Kanton Appenzell Innerrhoden zu jenen Kantonen gehört, die mit der Prämien-Entlastungs-Initiative finanziell besser fahren würden als mit dem Gegenvorschlag. Das zeigt eigentlich, dass der Kanton Appenzell Innerrhoden sich korrekt verhält. Und nochmals, Herr Germann: Von einem Abzocken des Bundes kann keine Rede sein.

**Würth Benedikt (M-E, SG):** Ich denke, dass wir uns in zwei Dingen komplett einig sind:

1. Die Entwicklung der Gesundheitskosten, der Prämienlast, ist inakzeptabel. Die Kosten steigen stärker als die Löhne. Das ist auf die Dauer für die Gesellschaft ein inakzeptabler Zustand.

2. Dieses System der Prämienverbilligung ist zentral, es ist das Korrektiv zum System der Kopfprämie.

Hier möchte ich auch bei Kollege Fässler anknüpfen. Wir haben in dieser Debatte immer nur die Verbilligungskennzahl im Auge gehabt. Aber wir müssen auch sehen, wo wir in den Kantonen bei der Höhe der Prämien stehen, welche letztlich auch ein Abbild der Kostensituation in diesen Kantonen ist. Ich möchte Herrn Fässler ergänzen. Er hat gesagt, sein Kanton sei der Kanton mit den tiefsten Prämien. Das Gegenstück ist der Kanton Basel-Stadt, und zwar sind sie dort um den Faktor zwei höher!

Das zeigt natürlich, dass die Kantone eine dreifache Verantwortung haben: Sie müssen über die Verbilligung die soziale Verantwortung wahrnehmen. Sie müssen aber auch die Steuerung des Gesundheitswesens in Angriff nehmen und dort ihre Verantwortung wahrnehmen. Und schlussendlich müssen sie das Ganze auch in ihren gesamten finanz- und steuerpolitischen Kontext stellen. Vor diesem Hintergrund müssen Sie sich bewusst sein: Wenn Sie im Umfang der Initiative Subventionen ins System einfließen lassen, dann sehe ich nicht, wie eine Regierung in einem Kanton, der Überkapazitäten hat, hingeht und diese abbaut. Die politische Akzeptanz ist ohnehin klein, aber dann wird sie kaum mehr vorhanden sein.

Ich rede hier aus Erfahrung. Ich habe erlebt, was es heisst, vor 800 Leuten zu erklären, wieso man das Regionalspital schliessen muss. Wir haben vier Spitäler geschlossen, wir haben Überkapazitäten abgebaut. Aufgrund des von Kollege Hegglin ausgeführten Umstandes, dass wir eine Preis- und Absatzgarantie haben – was zur Mengenausweitung führt –, haben wir Überkapazitäten, und zwar sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Diese gilt es abzubauen, hier müssen wir Kosten herausnehmen. Sonst kommen wir



auch mit noch so vielen Verbilligungssubventionen nicht ans Ziel.

Vor diesem Hintergrund glaube ich, dass wir den Fokus auch auf diesen Punkt richten müssen. Kollegin Graf, gestern am Stammtisch der Kantone wurde im persönlichen Gespräch deutlich, dass gerade Ihre Region über ausserordentlich hohe Überkapazitäten verfügt. Diese muss man abbauen. Man muss das eine tun – verbilligen, die soziale Verantwortung wahrnehmen – und das andere nicht lassen: die Kosten aus diesem System herausnehmen und die Überkapazitäten abbauen.

Mit der Initiative machen wir nur das eine, und darum scheint mir das nicht sachgerecht zu sein. Darum bitte ich Sie, diese Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Gleichzeitig richte ich natürlich auch den Appell an die Kantone, ihre Verantwortung wahrzunehmen. Mein Kanton hat für das diesjährige Budget das Volumen, das für die Prämienverbilligung vorgesehen ist, um 36 Millionen Franken erhöht. Es ist klar: Hier müssen die Kantonsparlamente und die Regierungen genau hinschauen. Aber sie müssen das auch in die übrigen sozial- und steuerpolitischen Massnahmen einbetten. Gerade weil eben dieses Gesundheitssystem derart föderal ausgestaltet ist, mit einer Verantwortung in den Kantonen, ist auch das Verbilligungssystem föderal ausgestaltet. Darum ist der zentrale Ansatz, der dieser Initiative zugrunde liegt, im Kern einfach ein falscher Ansatz.

Ich bitte Sie, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Germann Hannes (V, SH):** Ich kann es ganz kurz machen und bleibe dabei: Bei den Zahlen stimmt das natürlich. Ich habe einfach die Extremwerte verwendet, d. h. angeführt, wie viel ein Kanton und wie viel der Bund beiträgt. Es ist nun einmal so: Bei Appenzell Innerrhoden sind die grössten Eckwerte 12,2 Prozent – das ist der Anteil des Kantons – und 87,8 Prozent, was logischerweise der Anteil des Bundes ist. Wahrscheinlich meinte ich aber mit "Abzocken" eher die Schlitzohrigkeit der Kantone bzw. ihre Fähigkeit, ein System selber und gut zu lösen; sie haben ja tiefe Prämien und können so ihr System entsprechend anpassen.

Eigentlich war es als Kompliment gedacht, nicht als Beleidigung. Darauf lege ich grössten Wert, zumal ich eine Schwiegergrossmutter aus dem Appenzell habe. (*Heiterkeit*)

**Sommaruga Carlo (S, GE):** Je viens d'un canton qui assume ses responsabilités sociales. Il y a une réduction des primes d'assurance-maladie qui coûte quasiment un demi-milliard à Genève, dont deux tiers sont assumés par le canton. Cela n'est pas tombé du ciel; il s'agit de batailles politiques qui ont été menées au niveau cantonal, qui ont été lancées et ont abouti à cette responsabilité.

Je regrette de constater que, finalement, face aux cantons qui sont aujourd'hui mis devant la nécessité, la responsabilité, de répondre aux besoins de la population, des ménages, et qui ont pour préoccupation principale les primes d'assurance-maladie – comme cela a aussi été montré par des reportages des médias du service public et diverses émissions –, ce conseil en vient à refuser cette initiative, croyant avoir fait le nécessaire avec un contre-projet minimal.

J'avoue que les arguments qui sont avancés me laissent pantois.

Un des arguments, c'est le fédéralisme. En fait, chaque canton a sa réalité. Il y a de cela quelques sessions, nous avons traité ici le sujet du salaire minimum, qui a été décidé par vote populaire dans les cantons. Qu'ai-je entendu en face? J'ai entendu qu'en fait il fallait régler cela au niveau national et que, finalement, le vote populaire sur le salaire minimum n'était pas un problème. Quelle conception du fédéralisme assez particulière qui fait que, lorsque l'on touche à la question économique ou lorsque l'on touche à la question sociale, les appréciations sont différentes! Il est aujourd'hui important de répondre de manière responsable à la demande des citoyennes et des citoyens de baisser les primes d'assurance-maladie par des apports qui sont des subventions de la Confédération et des subventions des cantons.

La deuxième chose que j'ai entendue, c'est que cette initiative ne servirait pas à réduire les coûts. Un argument a été évoqué, mais je le répète parce que c'est important, c'est celui de l'effet indirect. Il est vrai que si la Confédération et les cantons doivent mettre plus de moyens pour réduire les primes d'assurance-maladie, cela aura pour effet un changement des politiques pour essayer de réduire les coûts, de repenser un certain nombre de choses qui aujourd'hui, peut-être, sont à l'origine de l'augmentation disproportionnée des primes d'assurance-maladie.

J'aimerais vous dire que le canton de Genève n'aurait pas bénéficié de prestations supplémentaires; à savoir que, si l'initiative avait été acceptée, le canton n'aurait pas à augmenter sa part. La solution acceptée par les Chambres ne conduit pas à une augmentation de la somme à verser. Toutefois, avec la solution mise sur pied par le Conseil national, à laquelle il a fini par renoncer, notre canton aurait bénéficié de 91 millions de francs pour réduire son effort. Il aurait reçu



cela de la Confédération. Je constate, qu'au Conseil national, la majorité bourgeoise et nationaliste a, en définitive, décidé de priver le canton de Genève de ces 91 millions.

Dans ce contexte global, je pense que notre responsabilité, lorsqu'on lit dans la presse les plaintes des ménages, lorsque l'on voit la préoccupation immédiate et prioritaire des ménages, est de leur donner une réponse. On ne peut pas assister, comme on vient de le faire, à des bagarres entre les cantons pour savoir si l'on paie assez ou non, ou s'il faut faire un effort. Il y a cet effort à faire. Comme cet effort n'a pas été fait dans le cadre du contre-projet, il doit passer par l'acceptation de cette initiative pour la limitation des primes d'assurance-maladie à 10 pour cent du revenu.

**Berset** Alain, président de la Confédération: Je veux revenir sur deux ou trois points suite à ce débat extrêmement intéressant qui vous occupe depuis bientôt une heure. Vous savez, mais je vous le rappelle, que le Conseil fédéral recommande le rejet de l'initiative, parce que nous avons proposé un contre-projet qui touche aux réductions de primes. Même si le contre-projet qui est en passe d'être adopté par le Parlement est, de l'avis du Conseil fédéral, insuffisant – il est en dessous de ce que nous souhaitions –, il a au moins le mérite d'exister. C'est donc toujours mieux que rien.

Mais deux ou trois points sont quand même à relever dans cette discussion. Il est beaucoup question de coûts, et je vois le match de tennis se dérouler devant moi pour déterminer qui a fait le mieux pour réduire les coûts et pour maîtriser la situation. Je voudrais quand même vous rappeler, comme je l'ai fait tout à l'heure, que le Conseil fédéral, après avoir utilisé toute la marge de manoeuvre dont il disposait, en recourant d'ailleurs à la compétence subsidiaire en 2017, sur la révision du Tarmed et avec d'autres éléments qui concernaient le prix des médicaments protégés par des brevets, a fait beaucoup de choses – un peu tout ce qu'il pouvait. On a ensuite dit: "Attention, maintenant" – et on l'a dit en 2018/19, cela fait cinq ans quand même; ce n'est pas non plus avant-hier. On a dit: "Maintenant, il va falloir agir sur la base des mesures proposées par des experts." Un rapport a d'ailleurs été adopté à l'unanimité des experts du groupe de travail, et nous avons alors transmis au Parlement deux paquets de mesures de maîtrise des coûts; l'un, je crois me souvenir, vers 2019, et l'autre en 2022. Franchement, il n'en est pas resté grand-chose.

Je vais sortir juste une mesure, d'un seul de ces deux paquets: le prix de référence pour les médicaments génériques. Cela aurait permis, d'après les estimations – un travail avait été réalisé à ce sujet –, d'économiser entre 310 et 480 millions de francs par année; entre 1 et 1,5 pour cent de primes. Alors s'il vous plaît, quand on me dit ici qu'il faut mieux maîtriser les coûts, la première chose serait de me permettre de dire au Parlement: "Vous avez eu ce projet sur la table." Et c'est une seule mesure parmi plein d'autres contenues dans deux paquets.

Que s'est-il passé avec cette mesure? Il y a eu, comme toujours, toute une série d'acteurs qui ont trouvé que c'était inacceptable, qu'il ne fallait pas toucher aux prix de ces médicaments génériques, et que, après tout et pour toute sorte de raisons mentionnées, il fallait accepter que, pour certains génériques, on paie deux, trois ou quatre fois le prix. Pour certains médicaments, j'ai trouvé des exemples extrêmes: dix fois le prix de celui de la pharmacie qui se trouve de l'autre côté de la frontière. Je veux bien vous entendre – et je suis cette discussion depuis une heure avec intérêt – sur la maîtrise des coûts, mais permettez-moi de rappeler que, quand vous avez été confrontés à des projets concrets pour maîtriser les coûts, le Parlement a rejeté ces propositions. Cela est le premier élément. Je ne serai plus là très longtemps, mais cette question va rester d'actualité. Il faudra bien que vous vous y confrontiez une fois, parce que, à un moment, cela va devenir insupportable, et il faudra reprendre une partie de ces mesures, ou peut-être toutes, et en discuter.

Le deuxième élément que je souhaitais mentionner dans ce débat concerne la mesure du poids des primes pour les personnes et pour les ménages. M. Würth a dit que les coûts, tout comme les primes, augmentent beaucoup plus que les salaires, ce qui est insupportable. C'est vrai. Un certain nombre d'éléments expliquent pourquoi les coûts augmentent: le vieillissement de la population ou encore les progrès en médecine et dans le domaine des médicaments, dont on souhaite pouvoir bénéficier. Il y a donc quelques éléments valables et acceptables qui expliquent l'augmentation des coûts. D'autres le sont moins. On essaie, à chaque fois, de les affronter. Mais, globalement, on doit s'attendre à ce que les coûts augmentent. Ce qu'il faut, c'est qu'ils augmentent de manière explicable, compréhensible, et toujours en lien avec les prestations apportées.

Il faut laisser un élément à l'initiative, qui me paraît important: ce pourcentage. Les initiants ne l'ont pas inventé. Un pourcentage, plus petit que celui-là, était déjà mentionné dans le message d'introduction de la LAMal au siècle passé. Mais il existe, et ce critère est assez pertinent. 10 pour cent, c'est la même chose à Saint-Gall, à Genève, à Fribourg et dans le Haut-Valais. C'est 1 franc sur 10. Cela peut être un instrument de mesure. Cela a quelque chose de pertinent et permet les comparaisons.

Cela permet également des comparaisons dans des situations différentes. Si les revenus, la situation sociale



ou la structure de la population sont différents dans tous les cantons – cela a été dit à plusieurs reprises et c'est juste –, avec 10 pour cent, on peut quand même faire des comparaisons entre des régions qui ont des structures de population différentes. Parce que 10 pour cent du revenu, cela reste 10 pour cent du revenu. S'il y a des cantons avec des revenus plus élevés et des primes plus basses, on sera en dessous de 10 pour cent; s'il y a des cantons avec des revenus plus bas et des primes élevées, on sera vite en dessus – vous voyez bien ce que je veux dire par là.

Donc, cette solution est probablement assez pertinente, et c'est pour cela que le Conseil fédéral, plutôt que d'entrer en matière sur l'initiative – ce que nous n'avons pas fait, et je vous ai expliqué tout à l'heure pourquoi, soit pour des raisons de coûts et de système –, a proposé un contre-projet qui s'attaque à une correction sur les réductions individuelles de primes. De quoi s'agit-il? C'est un correctif au système de prime par tête, car, depuis le début, on a bien vu que ce système, dans certains cas, posait des problèmes aux personnes concernées et qu'il fallait bien, d'une manière ou d'une autre, pouvoir les corriger. Ce système est en place depuis longtemps. Le Conseil fédéral n'est pas une troupe de révolutionnaires. D'ailleurs, le contrôle des coûts dans le domaine des médicaments, qui a été rejeté par le Parlement, n'a pas été proposé par sept révolutionnaires en culotte courte qui vous disent: "Attention, on va faire un truc qui va mettre le pays en difficulté." C'est très raisonnable. Ici aussi, nous sommes très raisonnables. La révolution, c'était en 1848. Maintenant, c'est autre chose. C'est très raisonnable, y compris le fait de se rattacher à un système existant avec les réductions individuelles de primes.

Le problème que nous avons en la matière – et on le voit bien d'ailleurs, si on regarde la situation actuelle des subsides, et on voit ce qu'aurait changé l'initiative, on a dû faire ces calculs –, c'est que dans tous les cantons, il y a des situations, des personnes et des familles pour lesquelles la charge des primes est au-dessus de 10 pour cent.

Cela est assez faible dans certains cantons, parce que les revenus sont élevés et les primes plus basses. Mais cela est assez fort dans d'autres cantons, parce que les revenus sont plus faibles et les primes élevées. On a tous les cas de figure; il y a une grande diversité. Ces réductions individuelles de primes montrent bien qu'aujourd'hui on est en train de dépasser cette limite. Elle a été dépassée partout, de manière très diverse. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a décidé de rejeter l'initiative, mais aussi d'essayer de rééquilibrer un peu le système des réductions de primes.

Effectivement, ce système a évolué de manière très asymétrique depuis environ 2010/11. Auparavant, c'était le contraire, à la suite de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons dans les années 2000. Il y a eu une convergence – c'est intéressant – assez importante jusqu'en 2010/11. Face à des difficultés financières, des divergences ont ensuite été

**AB 2023 S 725 / BO 2023 E 725**

recréées, parce que certains cantons sont arrivés à la conclusion qu'il fallait prêter attention à ne pas économiser sur les réductions de primes, parce que cela créerait des problèmes sociaux insolubles. Ils ont continué à beaucoup investir. Certains cantons investissent beaucoup plus que la Confédération dans leurs propres réductions de primes. J'ai par exemple en tête, Bâle-Ville, Vaud et le Tessin. Il y en a encore d'autres.

D'autres cantons ont réduit ces dépenses. Ils ont profité de cette réserve en concluant que leur situation sociale le permettait et qu'ils pouvaient faire des économies budgétaires dans ce poste. Cette asymétrie pose un problème. Cette question est adressée par l'initiative, au moins indirectement. Elle est surtout adressée directement par le contre-projet, qui est lié à l'initiative, sur lequel il n'y a plus de divergences.

Je voulais avoir précisé ces éléments dans le débat, parce que je crois que l'on ne peut pas simplement dire qu'il faut maîtriser les coûts alors que vous avez eu tous les éléments sur la table – mais ils reviendront. Je rappelle également que si l'on ne peut pas comparer une situation en francs et en centimes entre chaque canton, la confrontation au problème des primes et le poids des primes dans le revenu concernant par contre naturellement, à des titres divers et variés – c'est clair –, l'ensemble du pays.

Je souhaite encore ajouter, à la suite de cette discussion, que le Conseil fédéral propose évidemment de rejeter l'initiative, mais que le contre-projet – même s'il est imparfait et en dessous de ce que souhaitait le Conseil fédéral – représente un pas dans la bonne direction. Il pourra toujours, peut-être, être plus tard corrigé – on peut l'espérer.

*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 Beschluss des Nationalrates

**Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Angenommen – Adopté*

**Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

*Antrag der Minderheit*

(Stöckli, Graf Maya)

... die Initiative anzunehmen.

**Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil national

*Proposition de la minorité*

(Stöckli, Graf Maya)

... d'accepter l'initiative.

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Die Vertreter von Mehrheit und Minderheit verzichten auf ein Votum. Auch der Herr Bundespräsident hat sich bereits dazu geäußert.

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/5961)

Für den Antrag der Mehrheit ... 33 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 11 Stimmen

(0 Enthaltungen)

**Präsidentin** (Häberli-Koller Brigitte, Präsidentin): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung statt. Die Vorlage ist bereit für die Schlussabstimmung.



21.063

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

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

*Schlussabstimmung – Vote final*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)"**

**1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)"**

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/27665)

Für Annahme des Entwurfes ... 123 Stimmen

Dagegen ... 70 Stimmen

(3 Enthaltungen)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)**

**2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/27666)

Für Annahme des Entwurfes ... 195 Stimmen

(Einstimmigkeit)

(1 Enthaltung)





21.063

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

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

*Schlussabstimmung – Vote final*

CHRONOLOGIE

NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 15.06.22 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 16.06.22 (FORTSETZUNG - SUITE)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 26.09.22 (FRIST - DÉLAI)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.11.22 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 28.02.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 30.05.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 12.09.23 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 13.09.23 (FORTSETZUNG - SUITE)  
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)  
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 29.09.23 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

**1. Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Maximal 10 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)"**

**1. Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire "Maximum 10 pour cent du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)"**

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/6123)

Für Annahme des Entwurfes ... 32 Stimmen

Dagegen ... 11 Stimmen

(1 Enthaltung)

**2. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)**

**2. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

*Abstimmung – Vote*

(namentlich – nominatif; 21.063/6124)

Für Annahme des Entwurfes ... 41 Stimmen

Dagegen ... 1 Stimme

(2 Enthaltungen)



# **Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»**

vom 29. September 2023

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 139 Absatz 5 der Bundesverfassung<sup>1</sup>,  
nach Prüfung der am 23. Januar 2020<sup>2</sup> eingereichten Volksinitiative «Maximal 10 %  
des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)»,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 17. September 2021<sup>3</sup>,  
beschliesst:*

## **Art. 1**

<sup>1</sup> Die Volksinitiative vom 23. Januar 2020 «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Sie lautet:

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

*Art. 117 Abs. 3<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> Versicherte haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämien. Die von den Versicherten zu übernehmenden Prämien betragen höchstens zehn Prozent des verfügbaren Einkommens. Die Prämienverbilligung wird zu mindestens zwei Dritteln durch den Bund und im verbleibenden Betrag durch die Kantone finanziert.

<sup>1</sup> SR 101

<sup>2</sup> BBl 2020 1740

<sup>3</sup> BBl 2021 2383

<sup>4</sup> Die endgültige Nummerierung dieses Absatzes wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt; dabei stimmt diese die Nummerierung ab auf die anderen geltenden Bestimmungen der Bundesverfassung und nimmt, wenn eine Anpassung der Nummerierung nötig ist, diese im ganzen Text der Initiative vor.



*Art. 197 Ziff. 12<sup>5</sup>*

*12. Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 (Verbilligung der Krankenversicherungsprämien)*

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

## **Art. 2**

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen.

Nationalrat, 29. September 2023

Ständerat, 29. September 2023

Der Präsident: Martin Candinas

Die Präsidentin: Brigitte Häberli-Koller

Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

Die Sekretärin: Martina Buol

<sup>5</sup> Die endgültige Ziffer dieser Übergangsbestimmung wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt.



# Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)»

du 29 septembre 2023

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*

vu l'art. 139, al. 5, de la Constitution<sup>1</sup>,  
vu l'initiative populaire «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)» déposée le 23 janvier 2020<sup>2</sup>,  
vu le message du Conseil fédéral du 17 septembre 2021<sup>3</sup>,  
*arrête:*

## Art. 1

<sup>1</sup> L'initiative populaire du 23 janvier 2020 «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> Elle a la teneur suivante:

La Constitution est modifiée comme suit:

*Art. 117, al. 3<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> Les assurés ont droit à une réduction des primes de l'assurance-maladie. Les primes à la charge des assurés s'élèvent au maximum à 10 % du revenu disponible. La réduction des primes est financée à raison de deux tiers au moins par la Confédération; le solde est financé par les cantons.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2020 1676

<sup>3</sup> FF 2021 2383

<sup>4</sup> Le numéro définitif de la présente disposition sera fixé par la Chancellerie fédérale après le scrutin; celle-ci le déterminera en fonction des autres dispositions en vigueur de la Constitution et procédera à l'adaptation, le cas échéant, dans l'ensemble du texte de l'initiative.

*Art. 197, ch. 12<sup>5</sup>*

*12. Disposition transitoire ad art. 117, al. 3 (Réduction des primes de l'assurance-maladie)*

Si, trois ans après l'acceptation de l'art. 117, al. 3, par le peuple et les cantons, la législation d'exécution n'est pas entrée en vigueur, le Conseil fédéral édicte provisoirement à cette échéance les dispositions d'exécution par voie d'ordonnance.

## **Art. 2**

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil national, 29 septembre 2023

Le président: Martin Candinas  
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

Conseil des États, 29 septembre 2023

La présidente: Brigitte Häberli-Koller  
La secrétaire: Martina Buol

<sup>5</sup> Le numéro définitif de la présente disposition transitoire sera fixé par la Chancellerie fédérale après le scrutin.



# Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)»

del 29 settembre 2023

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*

visto l'articolo 139 capoverso 5 della Costituzione federale<sup>1</sup>;  
esaminata l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito  
per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)»,  
depositata il 23 gennaio 2020<sup>2</sup>;

visto il messaggio del Consiglio federale del 17 settembre 2021<sup>3</sup>,

*decreta:*

## **Art. 1**

<sup>1</sup> L'iniziativa popolare del 23 gennaio 2020 «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» è valida ed è sottoposta al voto del Popolo e dei Cantoni.

<sup>2</sup> L'iniziativa ha il tenore seguente:

La Costituzione federale è modificata come segue:

*Art. 117 cpv. 3<sup>4</sup>*

<sup>3</sup> Gli assicurati hanno diritto a una riduzione dei premi dell'assicurazione contro le malattie. I premi a carico degli assicurati ammontano al massimo al 10 per cento del reddito disponibile. La riduzione dei premi è finanziata per almeno due terzi dalla Confederazione e per l'importo rimanente dai Cantoni.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2020 1548

<sup>3</sup> FF 2021 2383

<sup>4</sup> La numerazione definitiva del presente capoverso sarà stabilita dopo la votazione popolare dalla Cancelleria federale; questa la coordinerà con le altre disposizioni vigenti della Costituzione federale e, se necessario, la adeguerà in tutto il testo dell'iniziativa.

*Art. 197 n. 12<sup>5</sup>*

*12. Disposizione transitoria dell'art. 117 cpv. 3 (Riduzione dei premi dell'assicurazione contro le malattie)*

Se entro tre anni dall'accettazione dell'articolo 117 capoverso 3 da parte del Popolo e dei Cantoni la relativa legislazione d'esecuzione non è entrata in vigore, entro tale termine il Consiglio federale emana provvisoriamente le disposizioni d'esecuzione mediante ordinanza.

## **Art. 2**

L'Assemblea federale raccomanda al Popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio nazionale, 29 settembre 2023

Il presidente: Martin Candinas  
Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

Consiglio degli Stati, 29 settembre 2023

La presidente: Brigitte Häberli-Koller  
La segretaria: Martina Buol

<sup>5</sup> Il numero definitivo della presente disposizione transitoria sarà stabilito dalla Cancelleria federale dopo la votazione popolare.

# **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Prämienverbilligung)**

## **Änderung vom 29. September 2023**

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 17. September 2021<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 65 Abs. 1<sup>ter</sup> - 1<sup>octies</sup>*

<sup>1ter</sup>Jeder Kanton legt fest, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf.

<sup>1quater</sup>Jeder Kanton regelt die Prämienverbilligung so, dass diese pro Kalenderjahr gesamthaft einem bestimmten Mindestanteil der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Versicherten, die ihren Wohnort im Kanton haben, entspricht.

<sup>1quinquies</sup>Der Mindestanteil wird nach demjenigen Anteil berechnet, den die Prämien am Einkommen der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten mit Wohnort im Kanton durchschnittlich ausmachen; dabei gilt Folgendes:

- a. Machen die Prämien weniger als 11 Prozent des Einkommens aus, so beträgt der Mindestanteil 3,5 Prozent der Bruttokosten.
- b. Machen die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr aus, so beträgt der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten.
- c. Zwischen den Eckwerten nach den Buchstaben a und b erhöht sich der Mindestanteil linear.

<sup>1sexies</sup>Die Berechnung des Mindestanteils stützt sich auf:

<sup>1</sup> BB1 2021 2383

<sup>2</sup> SR 832.10

- a. das steuerbare Einkommen nach dem Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990<sup>3</sup> über die direkte Bundessteuer;
- b. die von den Versicherten tatsächlich bezahlten Prämien sämtlicher Versicherungsformen (mittlere Prämie).

<sup>1septies</sup> Für die Beurteilung, ob ein Kanton den Mindestanteil erfüllt, werden alle Beträge berücksichtigt, die er für die Bezahlung der Prämien der Versicherten aufwendet, mit Ausnahme von Forderungen, die er gestützt auf Artikel 64a Absatz 4 übernommen hat, und mit Ausnahme seines Anteils am Bundesbeitrag nach Artikel 66.

<sup>1octies</sup> Der Bundesrat legt nach Anhörung der Kantone die Einzelheiten der Berechnung der Bruttokosten und des Mindestanteils fest.

## II

### *Übergangsbestimmung zur Änderung vom 29. September 2023*

<sup>1</sup> In den ersten zwei Kalenderjahren nach Inkrafttreten der Änderung vom 29. September 2023 beträgt der Mindestanteil nach Artikel 65 Absatz 1<sup>quater</sup> in allen Kantonen 3,5 Prozent der Bruttokosten.

<sup>2</sup> Hat der Kanton seinen Anteil nach Artikel 65 Absatz 1<sup>ter</sup> vier Jahre nach Inkrafttreten dieser Änderung nicht festgelegt, so legt der Bundesrat den Anteil fest.

## III

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative vom 23. Januar 2020<sup>4</sup> «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)».

<sup>3</sup> Es ist im Bundesblatt zu veröffentlichen, sobald die Volksinitiative «Maximal 10 % des Einkommens für die Krankenkassenprämien (Prämien-Entlastungs-Initiative)» zurückgezogen oder abgelehnt worden ist.

<sup>4</sup> Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.

<sup>3</sup> SR 642.11

<sup>4</sup> BBl 2020 1740

# **Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réduction des primes)**

## **Modification du 29 septembre 2023**

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,  
vu le message du Conseil fédéral du 17 septembre 2021<sup>1</sup>,  
arrête:*

### **I**

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>2</sup> est modifiée comme suit:

#### *Art. 65, al. 1<sup>ter</sup> à 1<sup>octies</sup>*

<sup>1<sup>ter</sup></sup> Chaque canton définit le pourcentage maximal que les primes doivent représenter par rapport au revenu disponible des assurés résidant dans le canton.

<sup>1<sup>quater</sup></sup> Chaque canton règlemente la réduction des primes de manière à ce que le montant total annuel qu'il accorde à ce titre corresponde au moins à un pourcentage déterminé des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins des assurés qui résident dans le canton.

<sup>1<sup>quinquies</sup></sup> Le pourcentage minimal est calculé comme suit en fonction de la part que les primes représentent, en moyenne, dans le revenu que perçoit la proportion de 40 % des assurés aux revenus les plus faibles qui résident dans le canton:

- a. si les primes représentent moins de 11 % du revenu, il s'élève à 3,5 % des coûts bruts;
- b. si les primes représentent 18,5 % ou plus du revenu, il s'élève à 7,5 % des coûts bruts;
- c. entre les limites visées aux let. a et b, il augmente de manière linéaire.

<sup>1</sup> FF 2021 2383

<sup>2</sup> RS 832.10



<sup>1sexies</sup> Le calcul du pourcentage minimal se fonde:

- a. sur le revenu imposable au sens de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct<sup>3</sup>;
- b. sur les primes effectivement payées par les assurés pour toutes les formes d'assurance (prime moyenne).

<sup>1septies</sup> Tous les montants que le canton consacre au paiement des primes des assurés sont pris en compte pour déterminer s'il respecte le pourcentage minimal, à l'exception des créances prises en charge en vertu de l'art. 64a, al. 4, et de sa part aux subsides fédéraux au sens de l'art. 66.

<sup>1octies</sup> Le Conseil fédéral règle, après avoir entendu les cantons, les modalités du calcul des coûts bruts et du pourcentage minimal.

## II

### *Disposition transitoire de la modification du 29 septembre 2023*

<sup>1</sup> Durant les deux années civiles qui suivent l'entrée en vigueur de la modification du 29 septembre 2023, le pourcentage minimal visé à l'art. 65, al. 1<sup>quater</sup>, s'élève dans tous les cantons à 3,5 % des coûts bruts.

<sup>2</sup> Si le canton n'a pas défini le pourcentage selon l'art. 65, al. 1<sup>ter</sup>, à la fin de la quatrième année suivant l'entrée en vigueur de la présente modification, le Conseil fédéral fixe cette part.

## III

<sup>1</sup> La présente loi est sujette au référendum.

<sup>2</sup> Elle constitue le contre-projet indirect à l'initiative populaire du 23 janvier 2020 «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)»<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Elle est publiée dans la Feuille fédérale dès lors que l'initiative populaire «Maximum 10 % du revenu pour les primes d'assurance-maladie (initiative d'allègement des primes)» a été retirée ou rejetée.

<sup>4</sup> Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

<sup>3</sup> RS 642.11

<sup>4</sup> FF 2020 1676

# Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Riduzione dei premi)

## Modifica del 29 settembre 2023

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*  
visto il messaggio del Consiglio federale del 17 settembre 2021<sup>1</sup>,  
*decreta:*

I

La legge federale del 18 marzo 1994<sup>2</sup> sull'assicurazione malattie è modificata come segue:

*Art. 65 cpv. 1<sup>ter</sup>–1<sup>octies</sup>*

<sup>1ter</sup> Ogni Cantone stabilisce la quota massima che i premi possono rappresentare rispetto al reddito disponibile degli assicurati domiciliati nel Cantone.

<sup>1quater</sup> Ogni Cantone disciplina la riduzione dei premi in modo tale che corrisponda complessivamente per anno civile a una determinata quota minima delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per gli assicurati domiciliati nel Cantone.

<sup>1quinquies</sup> La quota minima è calcolata sulla base della quota media che i premi rappresentano rispetto al reddito del 40 per cento degli assicurati con il reddito più basso domiciliati nel Cantone; a tal fine vale quanto segue:

- a. se i premi rappresentano meno dell'11 per cento del reddito, la quota minima ammonta al 3,5 per cento delle spese lorde;
- b. se i premi rappresentano il 18,5 per cento del reddito o più, la quota minima ammonta al 7,5 per cento delle spese lorde;
- c. tra i due valori limite di cui alle lettere a e b, la quota minima aumenta in modo lineare.

<sup>1sexies</sup> Il calcolo della quota minima si basa su:

- a. il reddito imponibile secondo la legge federale del 14 dicembre 1990<sup>3</sup> sull'imposta federale diretta;

<sup>1</sup> FF **2021** 2383

<sup>2</sup> RS **832.10**

<sup>3</sup> RS **642.11**

- b. i premi effettivamente pagati dagli assicurati per tutte le forme di assicurazione (premi medi).

<sup>1septies</sup> Per valutare se un Cantone rispetta la quota minima si considerano tutti gli importi che spende per pagare i premi degli assicurati, ad eccezione dei crediti che ha assunto in virtù dell'articolo 64a capoverso 4 e della quota che gli spetta del sussidio della Confederazione di cui all'articolo 66.

<sup>1octies</sup> Il Consiglio federale stabilisce le modalità di calcolo delle spese lorde e della quota minima dopo aver sentito i Cantoni.

## II

### *Disposizione transitoria della modifica del 29 settembre 2023*

<sup>1</sup> Nei primi due anni civili che seguono l'entrata in vigore della modifica del 29 settembre 2023 la quota minima di cui all'articolo 65 capoverso 1<sup>quater</sup> corrisponde in tutti i Cantoni al 3,5 per cento delle spese lorde.

<sup>2</sup> Se alla fine del quarto anno che segue l'entrata in vigore della presente modifica il Cantone non ha stabilito la quota massima di cui all'articolo 65 capoverso 1<sup>ter</sup>, tale quota è stabilita dal Consiglio federale.

## III

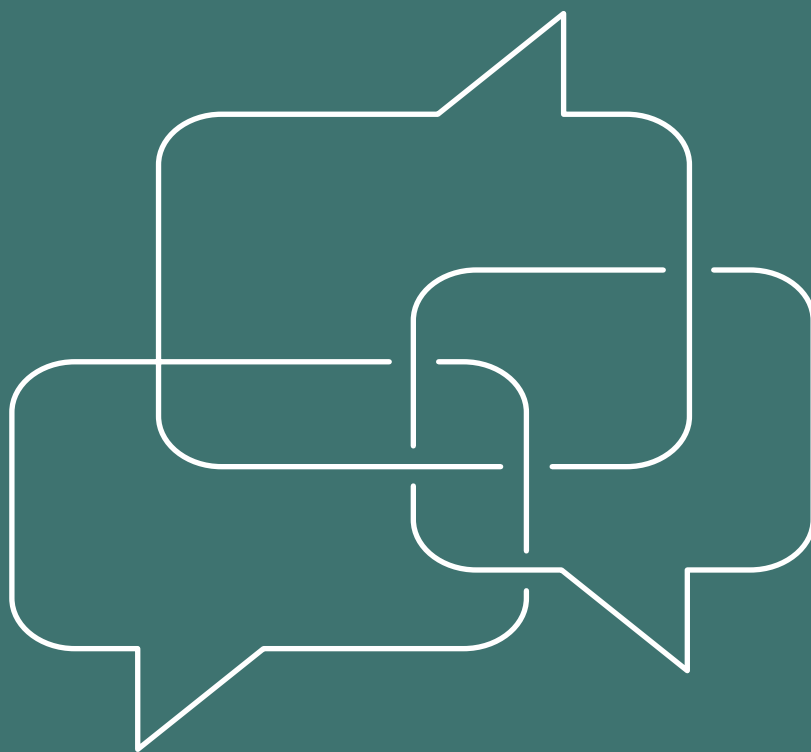
<sup>1</sup> La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

<sup>2</sup> Costituisce il controprogetto indiretto all'iniziativa popolare del 23 gennaio 2020<sup>4</sup> «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)».

<sup>3</sup> Essa sarà pubblicata nel Foglio federale non appena l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» sarà stata ritirata o respinta in votazione popolare.

<sup>4</sup> Il Consiglio federale ne determina l'entrata in vigore.

<sup>4</sup> FF 2020 1548



Argumente

Arguments

Argomenti

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Parlamentsdienste / Parlamentsbibliothek  
3003 Bern  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch

### **Editeur**

Services du Parlement / Bibliothèque du Parlement  
3003 Berne  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch/fr

### **Editore**

Servizi del Parlamento / Biblioteca del Parlamento  
3003 Berna  
doc@parl.admin.ch  
www.parl.ch/it

Die nachfolgenden Argumente wurden von den Parlamentsdiensten zu Dokumentationszwecken zusammengestellt.

Die Parlamentsdienste selber haben keinerlei Einfluss auf die Gestaltung und den Inhalt derselben.

Les données ci-après ont été rassemblées à des fins documentaires par les Services du Parlement.

Ceux-ci n'ont aucune influence sur la forme ou la nature des arguments présentés.

I seguenti argomenti sono stati riuniti dai Servizi del Parlamento a scopo di documentazione.

I Servizi del Parlamento medesimi non hanno alcun influsso sulla loro impostazione né sul loro contenuto.

# **Prämien- wahnsinn stoppen!**

**JA** **Prämien-  
Entlastungs-  
Initiative**

# **Prämienwahnsinn stoppen: Ja zur Prämien- Entlastungs-Initiative**

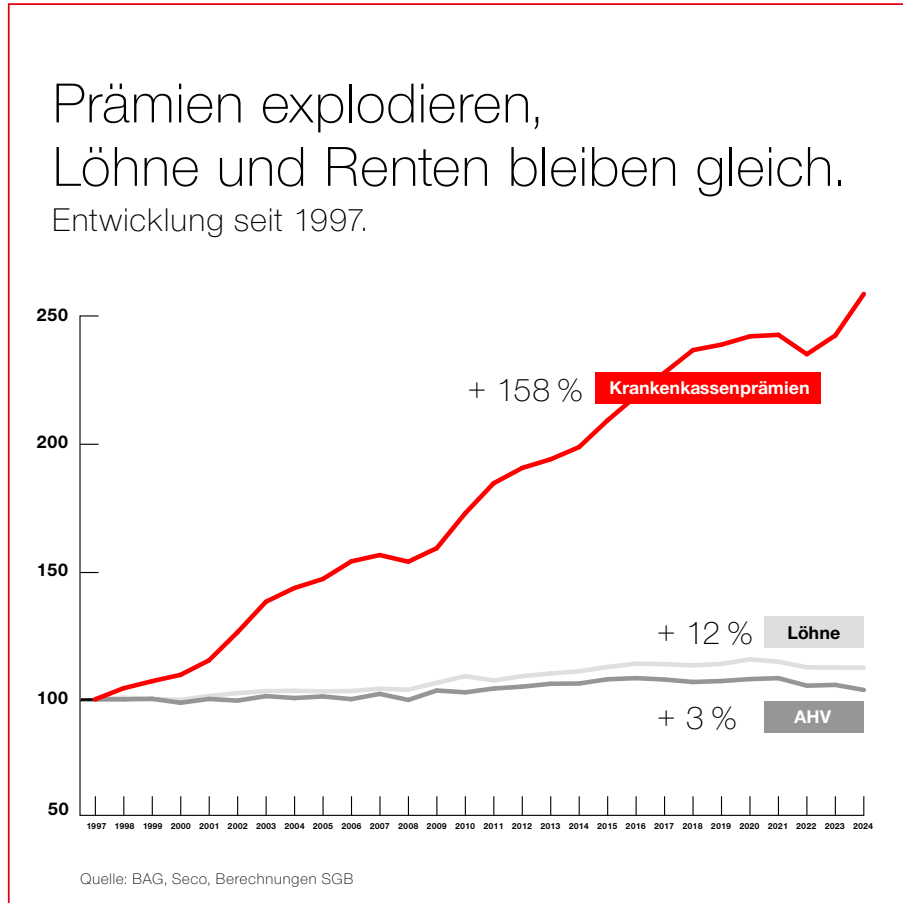
## **Auf einen Blick**

Die Krankenkassenprämien explodieren. In den letzten 20 Jahren haben sie sich mehr als verdoppelt. Gleichzeitig sind Löhne und Renten kaum gestiegen. Das bringt immer mehr Menschen in finanzielle Schwierigkeiten. Die Prämien-Entlastungs-Initiative stoppt diese Entwicklung. Die Prämien werden gedeckelt und dürfen neu nicht mehr als zehn Prozent des verfügbaren Einkommens ausmachen.

# Ausgangslage

## Einkommen stagnieren, Prämien explodieren

Die Krankenkassenprämien explodieren. In den letzten 20 Jahren haben sie sich mehr als verdoppelt. Gleichzeitig sind Löhne und Renten kaum gestiegen. Das bringt immer mehr Menschen in finanzielle Schwierigkeiten.



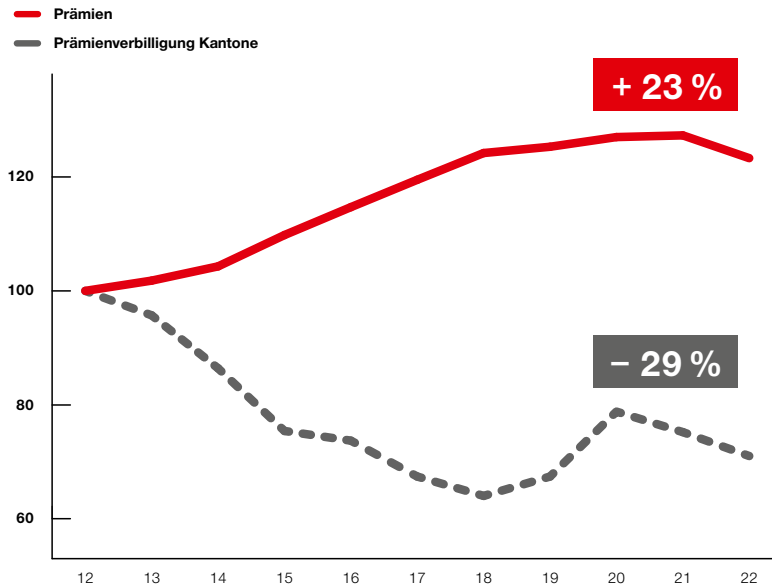
## Das System ist aus dem Gleichgewicht geraten

Ein Millionär und eine Detailhandelsangestellte zahlen gleich hohe Prämien. Als Ausgleich für diese unsoziale Kopfprämie wurde die Prämienverbilligung eingeführt, um insbesondere Menschen mit tiefen Löhnen zu entlasten. Das hat lange gut funktioniert. Doch nun ist das System aus dem Gleichgewicht geraten. Die Prämien sind inzwischen auch für die Mittelschicht viel zu hoch. Gleichzeitig kürzen die Kantone bei der Prämienverbilligung. Achtzehn Kantone geben heute prozentual weniger aus für Prämientlastung als vor zehn Jahren. Die Folge: Immer mehr Menschen werden mit den explodierenden Prämien allein gelassen.



# Entwicklung der Prämien und der Prämienverbilligungen

Kantonsanteil pro Kopf, ohne Ergänzungsleistungen/Sozialhilfe



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

## Die Bevölkerung zahlt den Preis

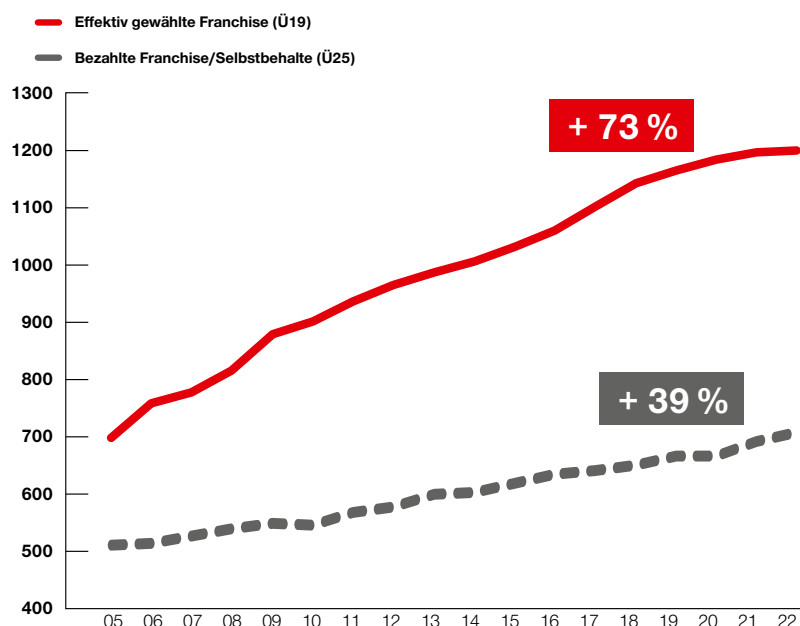
Die Schweiz hat insgesamt eine ausgezeichnete Gesundheitsversorgung. Es ist klar, dass diese einen Preis hat. Es ist aber auch klar, dass es im Gesundheitswesen Verschwendung und Geschäftemacherei gibt. Die Verantwortung dafür tragen die Politik, die Krankenkassen und die Pharmakonzerne. Aber die Kosten trägt die Bevölkerung. So sind beispielsweise die Medikamentenpreise in der Schweiz im Vergleich zum Ausland viel zu hoch. Für patentgeschützte Medikamente zahlen wir über 5 Prozent mehr, bei Generika sind es sogar 45 Prozent. Doch die Pharmakonzerne verhindern hier griffige Massnahmen und treiben damit die Prämien in die Höhe. Solange die Bevölkerung den Preis dafür bezahlt, wird das so weitergehen. Die Prämien-Entlastungs-Initiative spielt den Ball wieder der Politik zu und erhöht den Druck, sich vom Einfluss der Lobbyisten zu lösen<sup>1</sup>.

## Zunehmender Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Weil die Prämien so stark steigen, entscheiden sich viele Versicherte für eine höhere Franchise. Dadurch können sie im ersten Moment bis zu 1500 Franken pro Jahr sparen. Das Problem: Werden diese Menschen krank, ist der Arztbesuch teuer – oft zu teuer. Das führt zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen. Kürzlich gaben in einer Sotomo-Umfrage fast 20 Prozent der Bevölkerung an, im letzten Jahr aus finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch verzichtet zu haben. Damit wird die Zweiklassenmedizin schleichend zur Realität.

<sup>1</sup> Mehr Informationen zu kostendämpfenden Massnahmen im Gesundheitswesen finden Sie im Anhang.

## Versicherte tragen immer mehr zu den Gesundheitskosten bei



Quelle: Statistiken zur Obligatorische Krankenpflegeversicherung, BAG

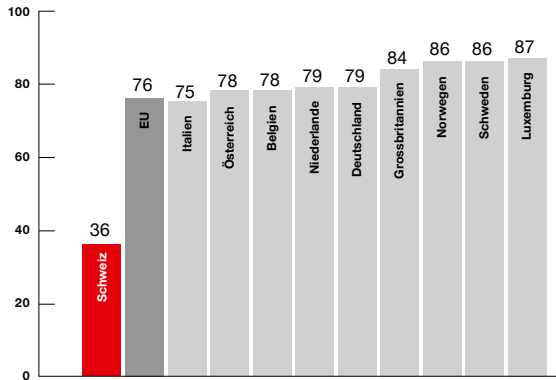
### Selbstzahlungen steigen

Die Menschen zahlen einen immer grösseren Teil der Gesundheitskosten selbst. Das betrifft einerseits die Grundversicherung (mittels steigender Prämien und höheren Franchisen), andererseits aber auch Leistungen, die nicht von der Grundversicherung gedeckt sind. Am stärksten ins Gewicht fallen hier Zahnpflege und Arzneimittel. Während in fast allen europäischen Staaten die Krankenversicherung zumindest einen Teil der Behandlungskosten beim Zahnarzt übernimmt, muss in der Schweiz nahezu alles aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Pro Jahr sind dies mittlerweile ungefähr 4 Milliarden Franken. Das entspricht 450 Franken pro Person. Hinzu kommen jährlich fast 4 Milliarden Franken für Medikamente und Verbrauchsgüter (z.B. Masken, Pflaster, Verbände). Über alles hinweg betragen die Selbstzahlungen mittlerweile fast 19 Milliarden Franken pro Jahr.

### Internationaler Vergleich

Die Finanzierungsart des Schweizer Gesundheitswesens ist im internationalen Vergleich unüblich. In fast allen EU-Ländern werden rund 80 Prozent der Gesundheitsausgaben hauptsächlich durch Steuer- und Lohnbeiträge finanziert. In der Schweiz liegt dieser Wert bei nur 36 Prozent. Etwa 42 Prozent der Ausgaben werden in der Schweiz durch die einkommensunabhängigen Kopfprämien finanziert und mehr als 22 Prozent durch die erwähnten Selbstzahlungen. Resultat: In keinem Land Europas müssen die Menschen mehr aus der eigenen Tasche an die Gesundheitskosten beitragen als in der Schweiz. 5,5 Prozent des verfügbaren Einkommens sind es, die hierzulande direkt für Gesundheitsausgaben aufgewendet werden müssen. Über den gesamten EU-Raum betrachtet sind es 2 Prozentpunkte weniger, im (ebenso) reichen Luxemburg beläuft sich der Wert auf 1,8 Prozent

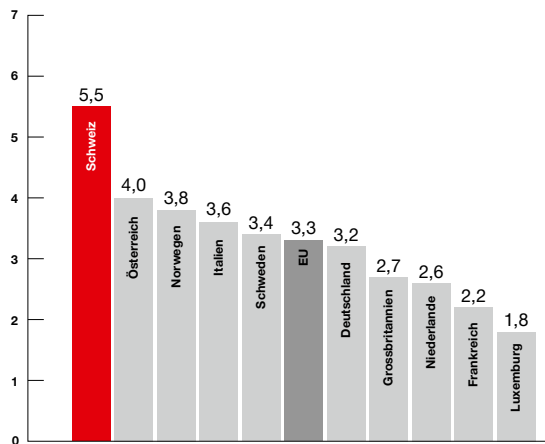
## Anteil Gesundheitsausgaben finanziert via Steuer- und Lohnbeitr ag



Quelle: OECD «Health at a glance 2023»

## Wir zahlen am meisten!

Gesundheitskosten in Prozent am gesamten Haushaltsbudget



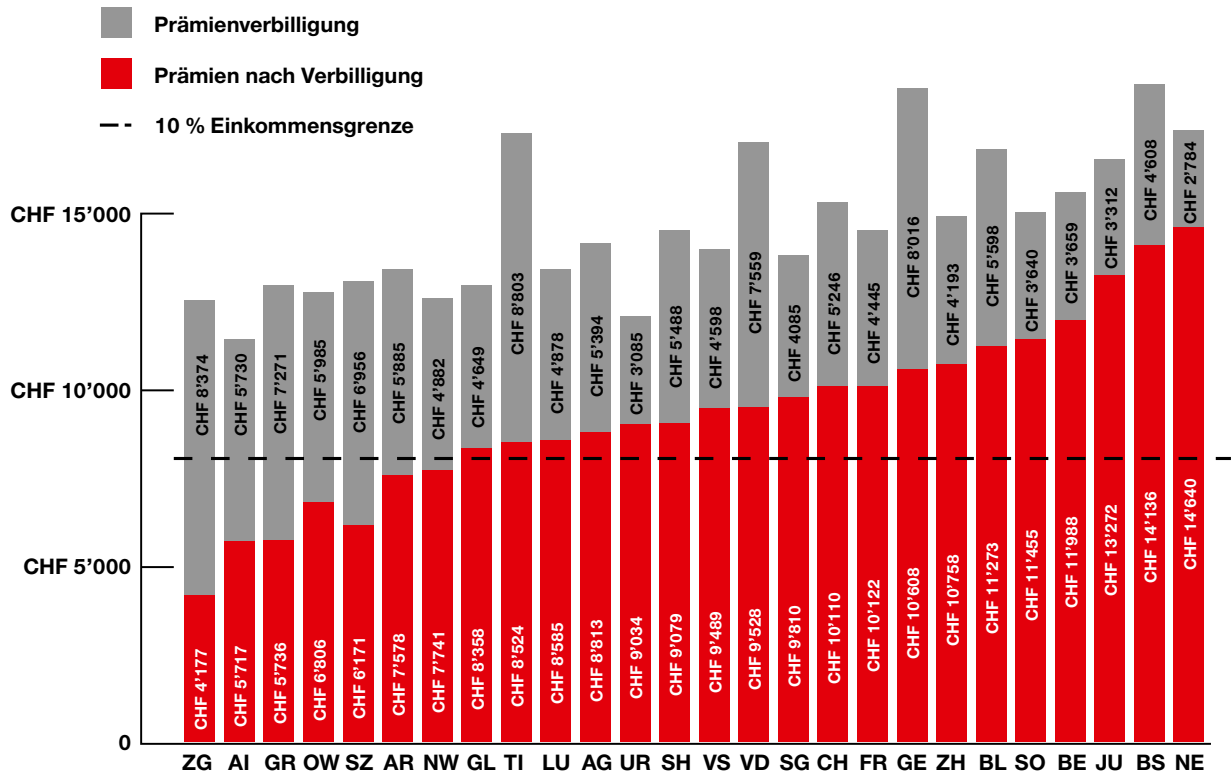
Quelle: OECD «Health at a glance 2023»

### Unterschiede zwischen den Kantonen

Ein Vergleich zwischen den Kantonen zeigt, wie unterschiedlich stark die Prämien das Budget der Menschen belasten – auch nach der Prämienverbilligung. Eine vierköpfige Familie mit zwei minderjährigen Kindern und einem Bruttoeinkommen von 80'000 Franken muss in Olten (SO) heute über 14 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 11'455 Franken, für die Krankenkasse aufwenden. Wohnt dieselbe Familie ein paar Bahnkilometer weiter östlich in Aarau (AG), zahlt sie «nur» 8'813 Franken, d. h. 11 Prozent ihres Brutto-Einkommens (bei beinahe identischer Steuerbelastung). Noch frappanter sind die Unterschiede zum Beispiel zwischen Zug und Zürich. Dieselbe Familie muss in Zürich 13,4 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 10'758 Franken, für die Krankenkasse aufwenden. Wohnt sie in Zug, zahlt sie 5,2 Prozent des Bruttoeinkommens, nämlich 4'177 Franken.

# Nettoprämien und individuelle Prämienvergünstigungen

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



Quelle: OECD «Health at a glance 2023»

**Das führt zum Verzicht auf Gesundheitsleistungen.** Kürzlich gaben in einer Sotomo-Umfrage<sup>2</sup> fast 20 Prozent der Bevölkerung an, im letzten Jahr aus finanziellen Gründen auf einen Besuch bei der Ärztin verzichtet zu haben. Zweiklassenmedizin wird schleichend zur Realität.

<sup>2</sup> Quelle: Monitoring primäre Gesundheitsversorgung, Umfrage Dezember 2022, SOTOMO (<https://sotomo.ch/site/projekte/monitoring-primaeere-gesundheitsversorgung/>)

# Die Prämien-Entlastungs-Initiative

## Was fordert die Initiative?

Mit der Prämien-Entlastungs-Initiative werden die Krankenkassenprämien gedeckelt und dürfen neu nicht mehr als 10 Prozents des verfügbaren Einkommens ausmachen. Die Initiative will zudem einen fixen Verteilschlüssel für die Finanzierung der Prämienverbilligungen festlegen. Künftig soll der Bund zwei Drittel der Gesamtausgaben übernehmen, was die Kantone entlastet und in ihrem Bemühen unterstützt, die Prämienverbilligung auszurichten.

## Das verfügbare Einkommen

Gemäss Vorschlag des Initiativkomitees entspricht das verfügbare Einkommen dem steuerbaren Einkommen der direkten Bundessteuer – sprich, der Summe aller Einkünfte, minus der in der Steuererklärung angegeben steuerlichen Abzüge. Zusätzlich schlägt das Komitee Obergrenzen für Vermögen und Einkommen vor, damit weder Millionäre noch sehr vermögende Personen ohne Einkommen Prämienverbilligungen erhalten.

## Wer profitiert von der Initiative?

Die Prämienlast hat weite Teile des Mittelstands erfasst. Das ist nicht weiter verwunderlich. Schliesslich sind sie es, die heute durch die Maschen fallen. Sie verdienen zu viel, um heute Prämienverbilligungen zu erhalten, aber zu wenig, um die steigenden Krankenkassenprämien tragen zu können. Die Initiative entlastet genau diese Menschen. Indem die Prämien gedeckelt werden, schützt die Initiative auch vor künftigen Prämien-Explosionen.



**Familie mit 2 Kindern**

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



**Pensionierte und Einzelpersonen**

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

# Anhang: Wie kann man das Kostenwachstum im Gesundheitswesen eindämmen?

Die Initiative deckelt die Prämien bei 10 Prozent des verfügbaren Einkommens. Bei einer Annahme müssen Bund und Kantone entsprechend deutlich mehr Prämienverbilligungen ausschütten als bisher. Damit wird der Druck auf die Politik erhöht, sich vom Einfluss der Pharmakonzerne und Krankenkassen zu lösen und mit griffigen Massnahmen das Kostenwachstum einzudämmen. Zu diesen Massnahmen gehören:

## **Medikamentenpreise senken**

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

## **Grundversorgung und Prävention stärken**

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

## **Doppelspurigkeiten verhindern**

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

## **Mehr Transparenz herstellen**

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

**Stopper**

**la folie**

**des primes !**

**OUI**

**Initiative  
d'allègement  
des primes**

# **Stopper à la folie des primes : OUI à l'initiative d'allègement des primes**

## **En bref**

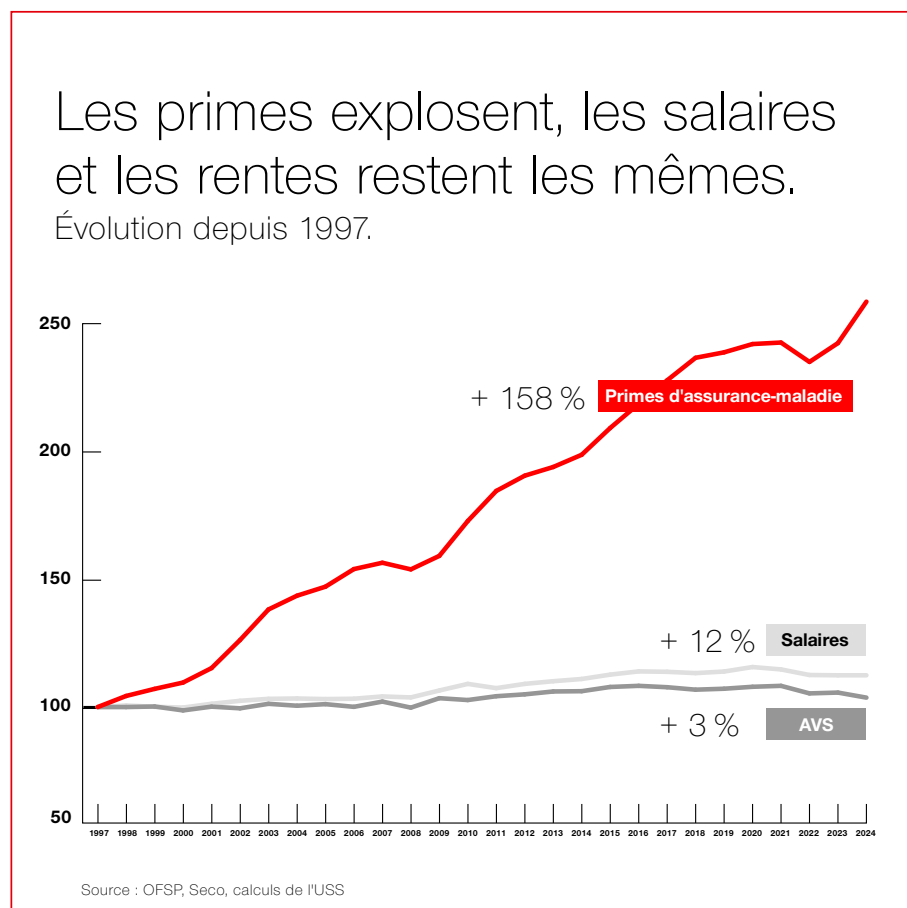
Les primes d'assurance-maladie explosent. Au cours des 20 dernières années, elles ont plus que doublé. Cela met de plus en plus de personnes en difficulté financière. Avec l'initiative sur les primes, nous mettons fin à cette folie. Les primes seront plafonnées et ne pourront plus représenter plus de 10 % du revenu disponible.



# Situation de départ

## Les revenus stagnent, les primes explosent

Au cours des 20 dernières années, les primes ont plus que doublé. Dans le même temps, les salaires et les pensions n'ont guère augmenté. Cette évolution met de plus en plus de personnes en difficulté financière.

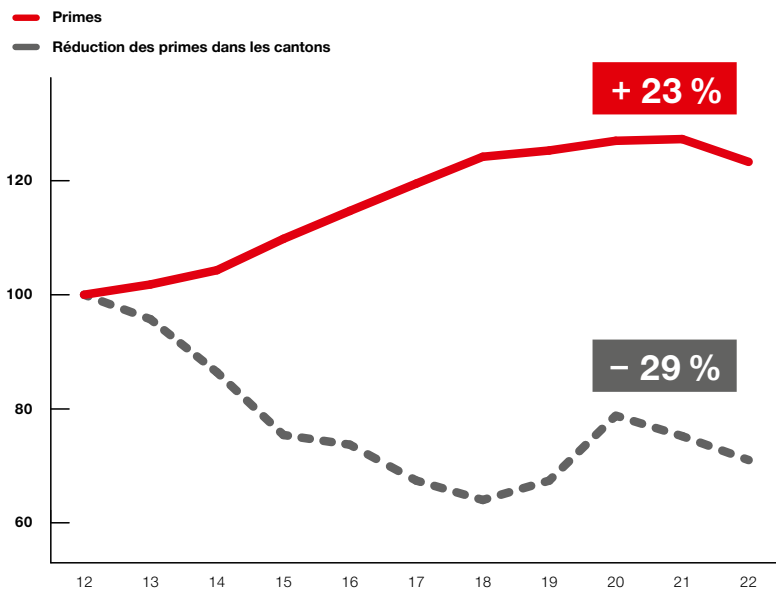


## Le système est déséquilibré

Un millionnaire et une employée du commerce de détail paient des primes identiques. En compensation, les personnes ayant un bas salaire doivent bénéficier d'une réduction de primes. Cela a longtemps bien fonctionné. Mais aujourd'hui, la charge des primes est beaucoup trop élevée, même pour la classe moyenne. Parallèlement, les cantons économisent sur la réduction des primes. Conséquence : de plus en plus de personnes sont laissées seules face aux primes. Cela ne peut pas continuer ainsi.

# Évolution des primes et des réductions de primes

Part cantonale par tête, sans prestations complémentaires/aide sociale



Source : BAG, SECO, calculs de l'USS, primes : primes standard pour toutes les classes d'âge

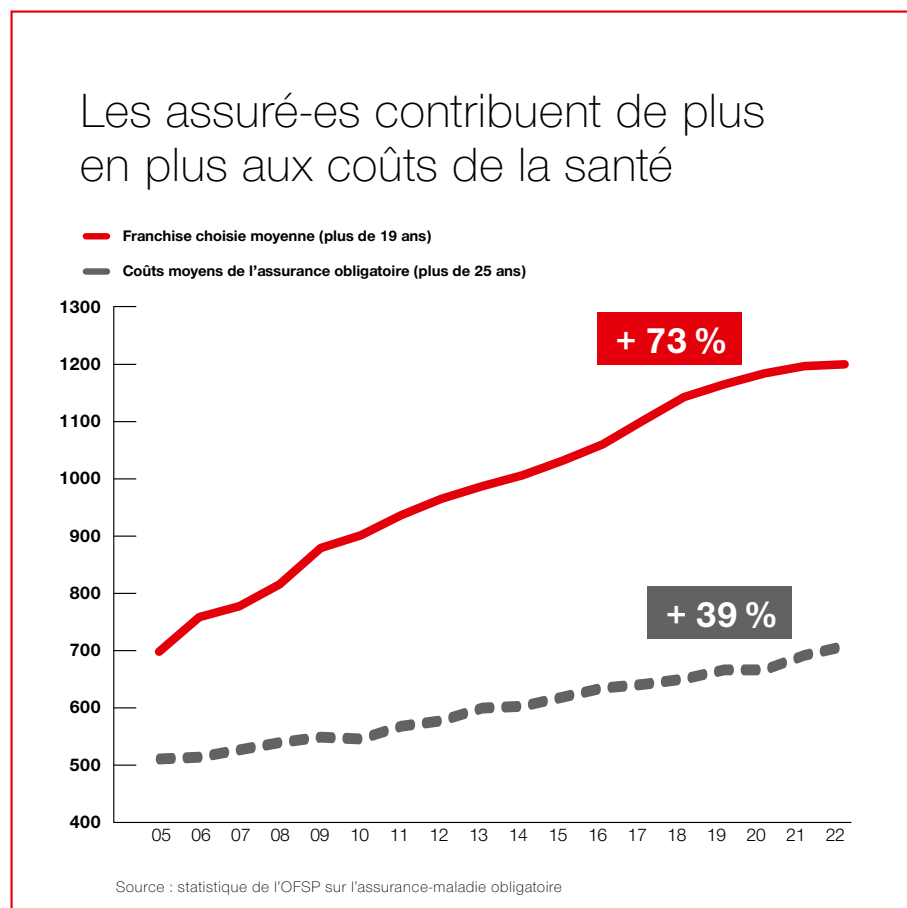
## La population paie le prix

Dans l'ensemble, la Suisse dispose d'un excellent système de santé. Il est clair que cela a un prix. Mais il est également clair que le secteur de la santé est confronté à du gaspillage et à de l'entre-soi. Les politiques, les caisses maladie et les groupes pharmaceutiques en portent la responsabilité. Mais c'est la population qui paie l'addition. Par exemple, les prix des médicaments en Suisse sont beaucoup trop élevés par rapport à l'étranger. Pour les médicaments protégés par un brevet, nous payons plus de 5 pour cent de plus, pour les génériques, ce sont même 45 pour cent ! Mais les groupes pharmaceutiques empêchent toute mesure efficace et font ainsi grimper les primes. Tant que la population en paiera le prix, cela continuera. L'initiative d'allègement des primes renvoie la balle dans le camp des politiques et augmente la pression pour qu'elles et ils se libèrent de l'influence des lobbies<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> De plus en plus de gens renoncent à des prestations de soins

## De plus en plus de gens renoncent à des prestations de soins

En raison de la forte hausse des primes, de plus en plus d'assuré-es choisissent une franchise plus élevée, car elles et ils peuvent ainsi économiser jusqu'à 1500 francs par an. Problème : si les gens tombent malgré tout malades, la santé devient pour eux complètement hors de prix. Récemment, lors d'un sondage Sotomo, près de 20 % de la population a déclaré avoir renoncé à une visite chez le médecin l'année dernière pour des raisons financières. La médecine à deux vitesses devient insidieusement une réalité.



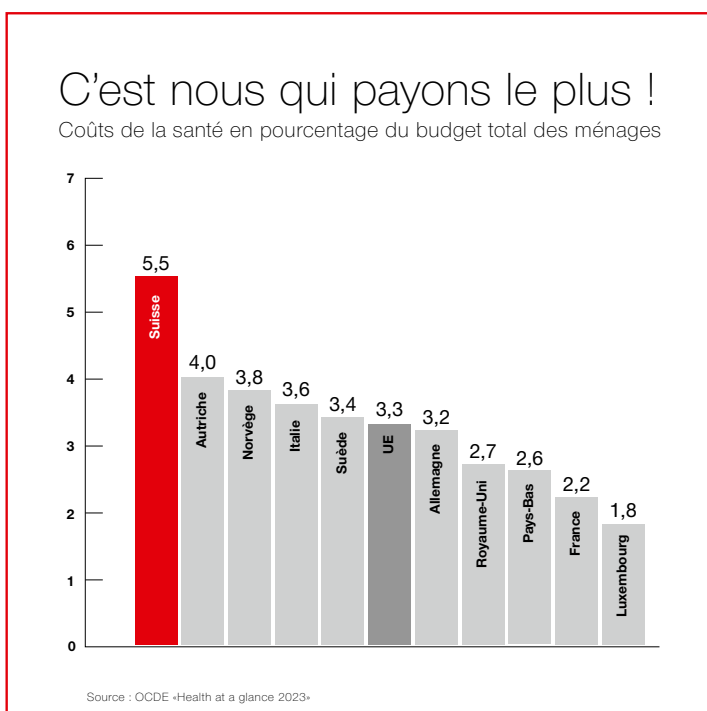
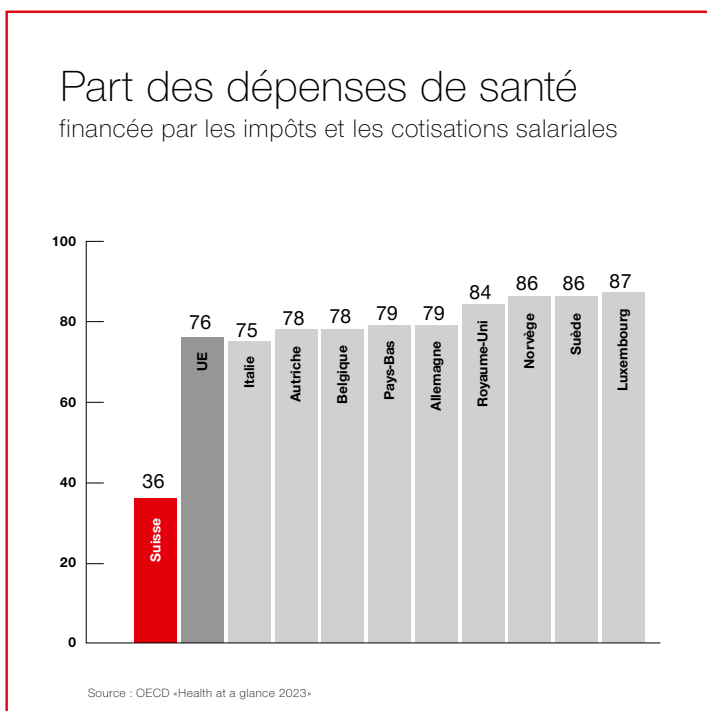
## Le tiers-payant augmente

Les gens paient de plus en plus eux-mêmes, non seulement pour l'assurance de base, mais aussi pour les prestations de santé qui ne sont pas couvertes par celle-ci. Les dépenses les plus importantes sont les soins dentaires et les médicaments. Alors que dans presque tous les pays européens, l'assurance-maladie prend en charge au moins une partie des frais de traitement chez le dentiste, en Suisse, presque tout doit être payé de sa propre poche. Cela représente près de 4 milliards de francs par an et correspond à près de 450 francs par personne. À cela s'ajoutent chaque année près de 4 milliards de francs pour les médicaments et les biens de consommation (par ex. masques, pansements, bandages). Au total, toutes ces dépenses assumées personnellement par les assuré-es s'élèvent désormais à près de 19 milliards de francs par an – et elles ont fortement augmenté au cours des dernières années.

## Comparaison internationale

Ce mode de financement du système de santé suisse est également inhabituel en comparaison internationale. Dans aucun pays d'Europe, les gens ne doivent contribuer autant de leur poche aux dépenses de santé qu'en Suisse. Dans presque tous les pays de l'UE, environ 80 % des dépenses de santé sont financées principalement par les impôts et les cotisations salariales. En Suisse, ce pourcentage n'est que de 36 %. Environ 42 % des dépenses sont financées par les primes par tête indépendantes du revenu et plus de 22 % par les paiements directs.

En Suisse, les ménages doivent consacrer en moyenne 5,5 % de leur revenu disponible directement aux dépenses de santé. Dans l'ensemble de l'UE, c'est 2 points de pourcentage de moins, et au Luxembourg (tout aussi riche), la valeur s'élève à 1,8 % et correspond à moins d'un tiers des dépenses en Suisse.



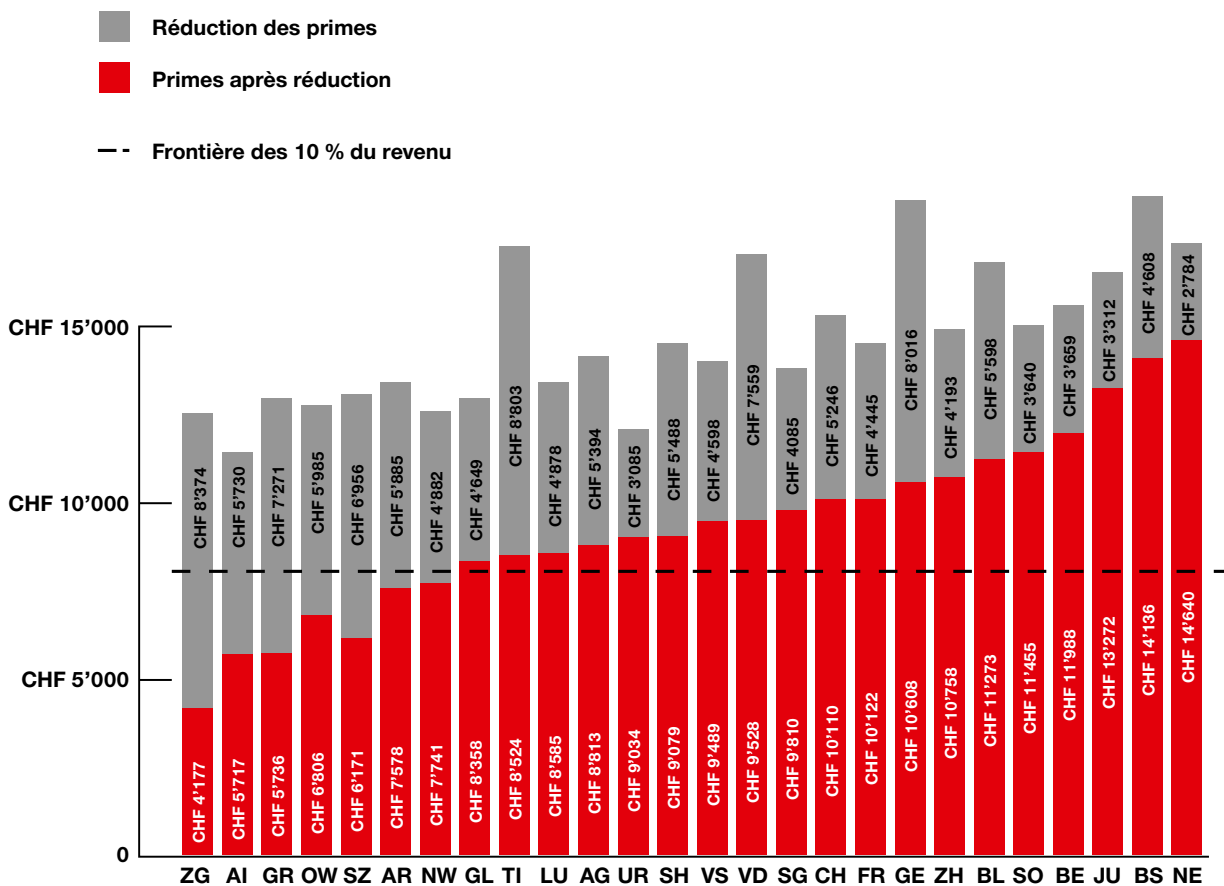
## Différences entre les cantons

Une comparaison entre les cantons montre à quel point les primes pèsent différemment sur le budget des gens – même après les réductions de primes.

À Fribourg (FR), une famille de quatre personnes avec deux mineur-es et un revenu brut de 80 000 francs doit aujourd’hui consacrer plus de 12,7 % de son revenu brut, soit 10 122 francs, à la caisse maladie. Si la même famille habite à Lausanne (VD), elle ne paie « que » 9 528 francs, soit 11,9 % de son revenu brut (avec une charge fiscale presque identique). Les différences sont encore plus frappantes entre Zoug et Zurich, par exemple. À Zurich, la même famille doit consacrer 13,4 % de son revenu brut, soit 10 758 francs, à l’assurance-maladie. Si elle habite à Zoug, elle paie 5,2 % de son revenu brut, soit 4 177 francs.

# Primes nettes et réductions

pour une famille avec 2 enfants et un revenu brut de 80 000 francs



Source : OECD «Health at a glance 2023»

# L'initiative d'allègement des primes

## Que demande l'initiative ?

Avec l'initiative d'allègement des primes, les primes d'assurance-maladie sont plafonnées et ne peuvent désormais plus représenter plus de 10 % du revenu disponible. L'initiative veut en outre définir une clé de répartition fixe pour le financement des réductions de primes. À l'avenir, la Confédération devrait prendre en charge deux tiers des dépenses totales (contre la moitié aujourd'hui), ce qui déchargerait les cantons et les soutiendrait dans leurs efforts pour verser les réductions de primes.

## Revenu disponible

Selon la proposition du comité, le revenu disponible correspond au revenu imposable de l'impôt fédéral direct – c'est-à-dire à la somme de tous les revenus, moins les déductions fiscales indiquées dans la déclaration d'impôts. En outre, nous allons proposer des plafonds pour la fortune et le revenu, afin d'éviter que des millionnaires ou des personnes très fortunées sans revenu ne bénéficient de réductions de primes alors même qu'elles n'en ont pas besoin.

## À qui profite l'initiative ?

Les primes d'assurance-maladie sont comme un impôt payé par toutes et tous. Mais contrairement aux autres impôts, elles ne sont pas plafonnées et augmentent chaque année. L'initiative d'allègement des primes demande leur plafonnement à 10 % du revenu disponible. Cela ne profite pas seulement aux personnes ayant de bas salaires, mais aussi à celles ayant des revenus moyens. Par exemple, les personnes seules dont le revenu net est inférieur ou égal à 5 000 francs bénéficient du plafonnement demandé. L'initiative protège ainsi le pouvoir d'achat de la population et renforce notre économie.



**Famille avec  
deux enfants**

Une famille de quatre personnes avec un revenu de 9000 francs nets économisera plusieurs centaines de francs par mois.



**Retraité-es,  
personnes seules**

Les retraité-es et les personnes seules dont le revenu net ne dépasse pas 5000 francs profitent du plafonnement des primes demandé.

# Annexe : comment maîtriser la croissance des coûts de la santé ?

Avec l'initiative les primes seront plafonnées et ne pourront plus représenter plus de 10 % du revenu disponible. En cas d'acceptation, la Confédération et les cantons devront verser nettement plus de réductions de primes qu'aujourd'hui. La pression sur la politique sera ainsi renforcée pour qu'elle se libère de l'influence des groupes pharmaceutiques et des caisses maladie et qu'elle prenne des mesures efficaces pour endiguer la hausse des coûts. Parmi ces mesures figurent :

## **Des prix de médicaments plus bas**

Le prix des médicaments en Suisse est beaucoup trop élevé par rapport à l'étranger. Pour les médicaments protégés par un brevet, nous payons en moyenne 5,4 % de plus qu'à l'étranger, pour les préparations originales dont le brevet a expiré, la différence est de 10,8 % et même de 45,5 % pour les génériques. De plus, les médicaments génériques sont également trop peu distribués en Suisse (22 % contre 80 % en Allemagne). C'est pourquoi il faut une obligation d'utiliser des génériques et des biosimilaires ainsi que des prix de référence. Selon santésuisse, cela permettrait d'économiser jusqu'à 685 millions de francs par an.

## **Renforcer les premiers soins et la prévention**

Les dépenses pour les soins de base stagnent, alors que les coûts des spécialistes augmentent fortement. Ainsi, les salaires des spécialistes sont deux à trois fois plus élevés que ceux des médecins de famille et des pédiatres. Il en résulte une pénurie de médecins généralistes, de psychologues et de pédiatres, ainsi qu'une pénurie de soins. C'est pourquoi il faut de meilleurs tarifs pour les soins de base, des centres de consultation initiale – pour ne faire appel aux spécialistes qu'en cas de nécessité – et une mise en œuvre rapide de l'initiative sur les soins infirmiers.

## **Moins de doublons**

Le manque de coordination entre les prestataires de soins entraîne des examens multiples et des doublons inutiles. C'est pourquoi il faut, entre autres, un dossier électronique des patient-es largement utilisé et une meilleure coordination entre les cantons avec – par exemple – une planification suprarégionale des soins hospitaliers.

## **Plus de transparence**

L'erreur fondamentale de construction du système de santé suisse est qu'il est censé fonctionner de manière lucrative. Il en résulte que les prestations rentables sont très disputées par les fournisseurs de prestations privés et les assureurs-maladie privés, tandis que les soins de base, la prévention et les soins sont négligés. Cela fait grimper les coûts de la santé sans que les patient-es n'en profitent. C'est pourquoi il faut plus de transparence dans les salaires et le financement, ainsi qu'un organe de contrôle indépendant et une caisse maladie publique.

# Stop alla follia dei premi!

**Sì**

**Iniziativa  
per premi  
meno onerosi**



# **Stop alla follia dei premi: Sì all'iniziativa per premi meno onerosi**

## **In breve**

I premi di cassa malati stanno esplodendo. Ciò sta causando difficoltà finanziarie a un numero sempre maggiore di persone. Con l'iniziativa per premi meno onerosi, poniamo fine a questa follia. I premi saranno limitati e non potranno superare il dieci per cento del reddito disponibile.

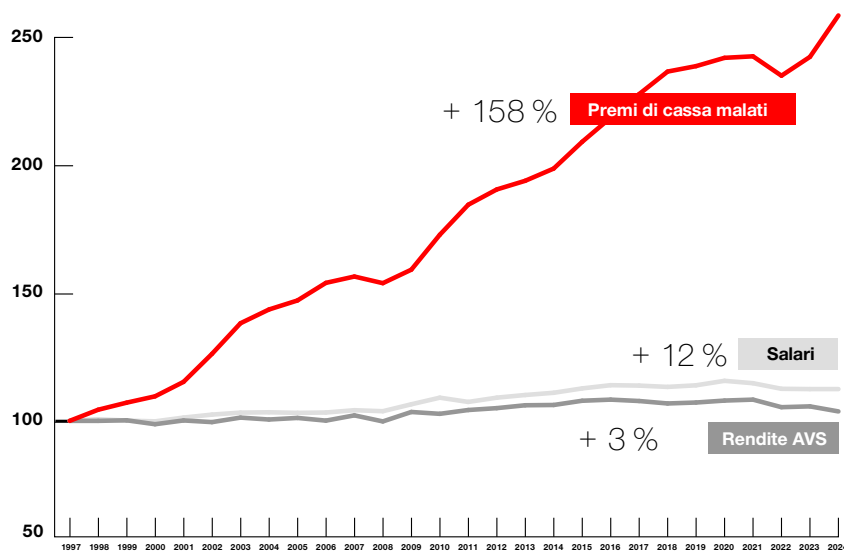
# Analisi della situazione

## I redditi ristagnano, i premi esplodono

I premi di cassa malati sono più che raddoppiati negli ultimi 20 anni. Allo stesso tempo, i salari e le pensioni sono rimasti pressoché invariati. Questa evoluzione sta causando difficoltà finanziarie a un numero sempre maggiore di persone.

I premi esplodono, i salari e le pensioni rimangono invariati.

Evoluzione dal 1997.



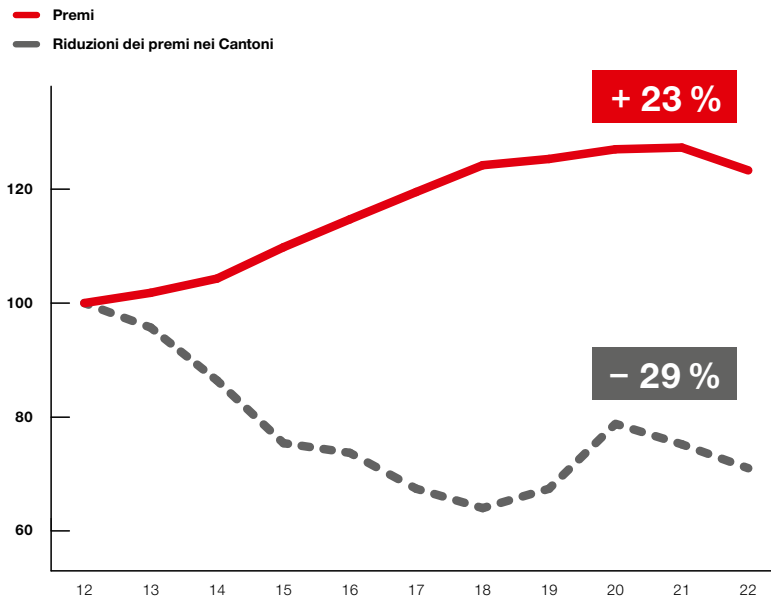
Fonte: UFSP, Seco, calcoli SGB

## Il sistema è disequilibrato

Una persona milionaria e una che lavora nel commercio al dettaglio pagano gli stessi premi. Per compensare questa situazione, le persone con salari bassi ricevono una riduzione RIPAM (i cosiddetti sussidi). Questo sistema ha funzionato bene per molto tempo: ma ora i premi sono diventati inaccessibili anche per la classe media. Allo stesso tempo, i cantoni stanno tagliando i sussidi. Negli ultimi dieci anni, 17 cantoni su 26 hanno ridotto il loro finanziamento per le riduzioni dei premi. Di conseguenza, sempre più persone sono costrette a pagarsi i premi da sole.

# Premi e riduzioni dei premi

Quota cantonale pro capite,  
escluse le prestazioni complementari/assistenza sociale



Fonte: BAG, SECO, calcoli USS, premi: premi standard per tutte le fasce d'età

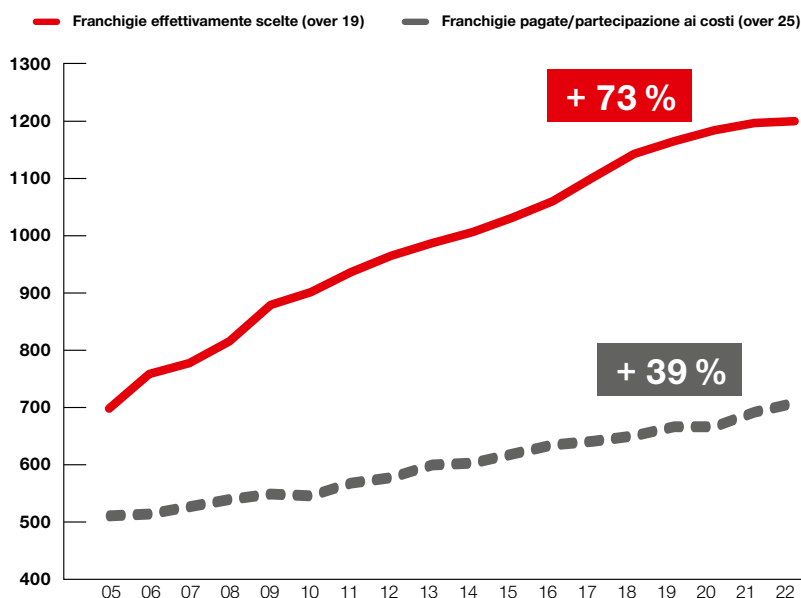
## La popolazione paga il conto

Nel complesso, la Svizzera dispone di un'eccellente sistema sanitario. E questo ha un prezzo. Ma è altrettanto chiaro che nel sistema sanitario ci sono sprechi e profitti. La responsabilità è della politica, delle assicurazioni sanitarie e delle aziende farmaceutiche, ma i costi sono sostenuti dalla popolazione. Ad esempio, i prezzi dei farmaci in Svizzera sono decisamente troppo alti rispetto ad altri Paesi. Paghiamo oltre il 5% in più per i farmaci brevettati e fino al 45% in più per i generici! Ma le case farmaceutiche impediscono l'adozione di misure efficaci, facendo così lievitare i premi. Finché la popolazione ne pagherà il prezzo, questa situazione non cambierà. L'iniziativa per premi meno onerosi rimette la palla nel campo della politica e aumenta la pressione affinché non soccombano all'influenza delle lobby.

## Sempre più persone rinunciano alle cure

A causa del forte aumento dei premi, un numero sempre maggiore di persone assicurate sceglie una franchigia più elevata, che consente di risparmiare fino a 1.500 franchi all'anno. Il problema è che se le persone si ammalano comunque, la salute diventa ancora più inaccessibile per loro. In una recente indagine di Sotomo, quasi il 20% della popolazione ha dichiarato di non essersi recato dal medico nell'ultimo anno per motivi economici. La medicina a due livelli sta gradualmente diventando una realtà.

## Le persone assicurate partecipano sempre maggiormente ai costi della salute



Fonte: statistica AOMS dell'UFSP

### **Non aumentano unicamente i premi, ma anche la partecipazione ai costi**

Le persone pagano sempre di più, e non solo per l'assicurazione di base, ma anche per i servizi sanitari non coperti. Le due maggiori voci di spesa sono le cure dentarie e i farmaci. Mentre in quasi tutti i Paesi europei l'assicurazione sanitaria copre almeno in parte i costi delle cure dentarie, in Svizzera si deve pagare quasi tutto di tasca propria. La spesa ammonta oggi a quasi 4 miliardi di franchi all'anno: ciò corrisponde a quasi 450 franchi a persona. A ciò si aggiungono quasi 4 miliardi di franchi all'anno per i farmaci e altri materiali di consumo (ad esempio mascherine, cerotti, bende). Complessivamente, tutti questi pagamenti a proprio carico ammontano a quasi 19 miliardi di franchi all'anno, con un forte aumento negli ultimi anni.

### **Situazione internazionale**

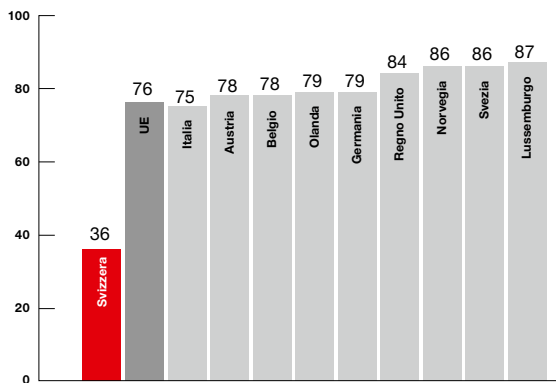
Questo metodo di finanziamento del sistema sanitario svizzero è insolito anche per gli standard internazionali. In nessun altro Paese europeo i cittadini e le cittadine devono contribuire di tasca propria alle spese sanitarie come è il caso in Svizzera.

In quasi tutti i Paesi dell'UE, circa l'80 % della spesa sanitaria è finanziata principalmente dalle imposte e dai contributi salariali. In Svizzera questa percentuale è solo del 36 %. In Svizzera, circa il 42 % della spesa è finanziata da premi pro capite non in base al reddito e più del 22 % dai già citati pagamenti a proprio carico.

In Germania, le famiglie devono spendere in media il 5,5 % del loro reddito disponibile direttamente per l'assistenza sanitaria. Nell'Unione Europea nel suo complesso, questa percentuale è inferiore di 2 punti percentuali e nel (altrettanto) ricco Lussemburgo, la cifra è dell'1,8 %, ovvero meno di un terzo della spesa in Svizzera.

## Quota di partecipazione alla spesa sanitaria

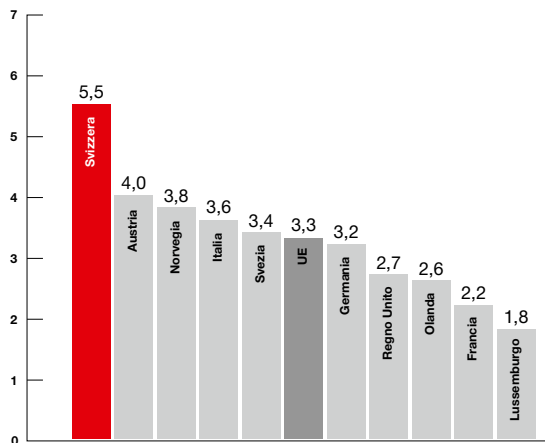
finanziata attraverso le imposte e i contributi salariali



Fonte: OECD «Health at a glance 2023»

## Paghiamo più di tutti!

Costi sanitari in percentuale del budget familiare totale



Fonte: OECD «Health at a glance 2023»

### Differenze fra Cantoni

Un confronto tra i cantoni mostra quanto i premi gravino sui budget delle persone, anche considerando le riduzioni dei premi.

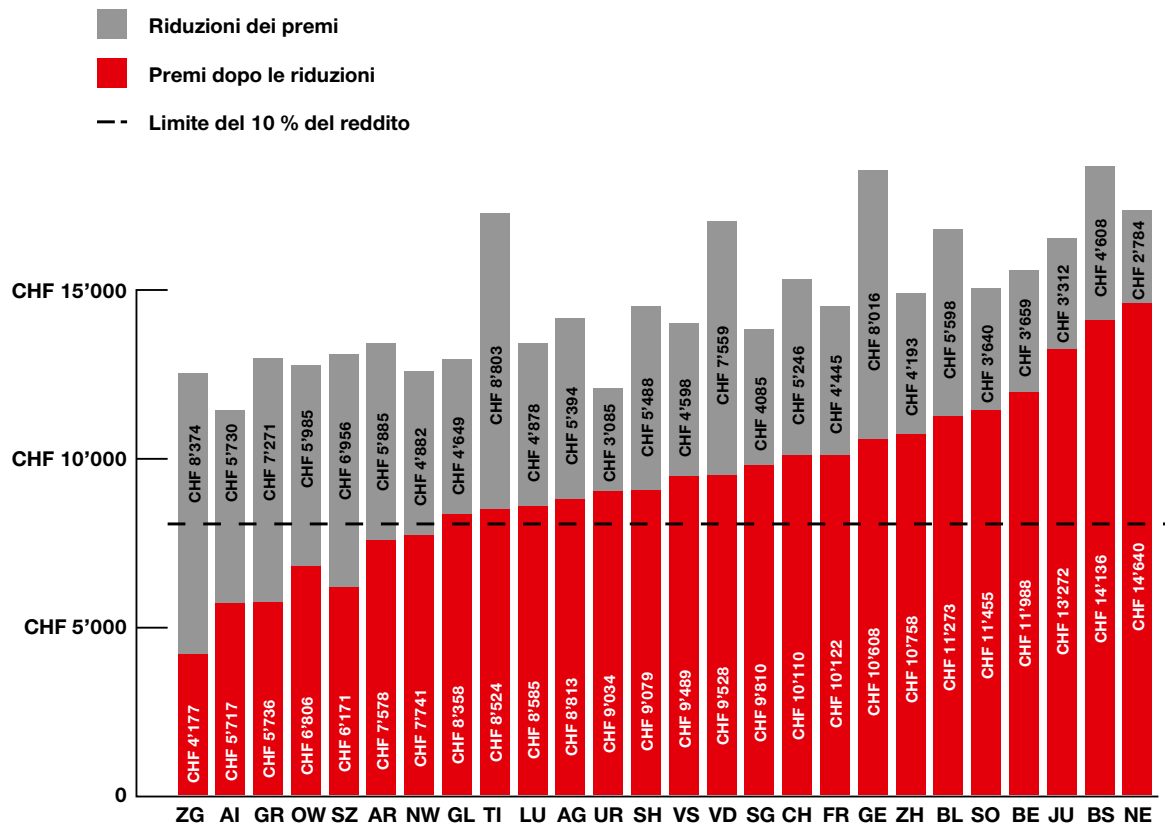
Una famiglia di quattro persone con due figli minorenni e un reddito lordo di 80.000 franchi a Olten (SO) deve attualmente pagare oltre il 14% del proprio reddito lordo, ossia 11.455 franchi, per l'assicurazione malattia. Se la stessa famiglia vive ad Aarau (AG), pochi chilometri più a est, paga „solo“ 8.813 franchi, cioè l'11% del suo reddito lordo (con un carico fiscale quasi identico).

Le differenze tra Zugo e Zurigo, ad esempio, sono ancora più evidenti. La stessa famiglia di Zurigo deve pagare il 13,4% del suo reddito lordo, cioè 10.758 franchi, per l'assicurazione malattia. Se vive a Zugo, paga il 5,2% del suo reddito lordo, ossia 4.177 franchi.

Il Ticino il carico risulta abbastanza nella media cantonale, con un sistema di riduzioni di premi piuttosto generoso. Va però considerato che il salario mediano ticinese è nettamente inferiore rispetto al resto della Svizzera, di conseguenza il carico effettivo dei premi aumenta sui budget familiari più contenuti.

# Premi netti e riduzioni RIPAM

per una famiglia con due figli e un reddito lordo di 80'000 franchi



Fonte: OECD «Health at a glance 2023»

# L'iniziativa per premi meno onerosi

## Cosa chiede l'iniziativa?

Con l'iniziativa per premi meno onerosi, i premi di cassa malati verranno limitati e non potranno superare più del dieci per cento del reddito disponibile. L'iniziativa vuole inoltre stabilire una chiave di riparto fissa per il finanziamento delle riduzioni dei premi. In futuro, la Confederazione dovrà coprire  $\frac{2}{3}$  della spesa totale (attualmente: la metà), alleggerendo così l'onere per i Cantoni e sostenendoli nei loro sforzi per pagare le riduzioni dei premi. I Cantoni ne finanzieranno l'altro terzo.

## Reddito disponibile

Secondo la proposta del comitato d'iniziativa, il reddito disponibile corrisponde al reddito imponibile ai fini dell'imposta federale diretta, ossia al totale di tutti i redditi meno le detrazioni fiscali indicate nella dichiarazione dei redditi. Inoltre, il comitato propone dei limiti massimi per il patrimonio e il reddito, in modo che i milionari e le persone molto ricche, ma senza reddito non ricevano riduzioni dei premi, anche se non ne hanno bisogno.

## Chi beneficia dell'iniziativa?

I premi rappresentano un problema sempre più gran anche per la classe media. Non c'è da sorprendersi. Oggigiorno, guadagnano troppo per ricevere le riduzioni dei premi, ma troppo poco per far fronte all'aumento dei premi. L'iniziativa offre un sollievo proprio a queste persone. Limitando i premi, l'iniziativa protegge anche da aumenti futuri.



**Famiglia con 2 bambini**

Una famiglia di quattro persone con un reddito medio complessivo di 9000 franchi netti risparmierebbe varie centinaia di franchi al mese.



**Pensionati,  
persone sole**

Beneficerebbero del tetto massimo ai premi i pensionati e le persone sole con un reddito netto fino a 5000 franchi.

# Allegato: come contenere i costi del sistema sanitario

L'iniziativa prevede un tetto massimo per i premi pari al massimo al 10% del reddito disponibile. Se l'iniziativa verrà accettata, la pressione dovuta all'aumento crescente dei costi della salute si sposterà dalla popolazione alla politica. La Confederazione e i Cantoni dovranno contribuire in maniera significativamente maggiore alle riduzioni dei premi e saranno così incentivati a intervenire, una volta per tutte, per ridurre i prezzi dei medicinali e porre fine alla costosa pseudo-concorrenza tra le casse malati.

## **Alcune misure possibili sono:**

### **— Prezzi dei farmaci più bassi**

I prezzi dei farmaci in Svizzera sono troppo alti rispetto ad altri Paesi. In media, per i farmaci protetti da brevetto paghiamo il 5,4% in più rispetto all'estero; per i preparati originali con brevetto scaduto la differenza è del 10,8% e per i generici arriva al 45,5%. Inoltre, in Svizzera vengono dispensati troppo pochi farmaci generici (22% rispetto all'80% della Germania). Pertanto, è necessario rendere obbligatori i generici e i biosimilari, nonché i prezzi di riferimento. Secondo santésuisse, ciò potrebbe portare a risparmi di fino a 685 milioni di franchi svizzeri all'anno.

### **— Rafforzare la cura di base e la prevenzione**

La spesa per le cure di base è stagnante, mentre i costi per gli specialisti sono in forte aumento. Gli stipendi degli specialisti sono da due a tre volte superiori a quelli dei medici di base e dei pediatri. Questo porta a una carenza di medici di base, psicologi, pediatri e personale infermieristico. Per questo motivo abbiamo bisogno di tariffe migliori per l'assistenza di case, di centri di consultazione iniziale - in modo che gli specialisti vengano chiamati solo quando necessario - e di una rapida attuazione dell'iniziativa per cure infermieristiche forti.

### **— Meno dopponi**

La mancanza di coordinamento tra i fornitori di servizi porta a esami multipli e a inutili dopponi. Per questo motivo sono necessari, tra l'altro, una cartella clinica elettronica ampiamente utilizzata e un migliore coordinamento tra i Cantoni, ad esempio con una pianificazione ospedaliera a livello sovraregionale.

### **— Più trasparenza**

Il difetto fondamentale del sistema sanitario svizzero è che è stato progettato per essere orientato al profitto. Di conseguenza, i servizi redditizi sono fortemente contesi dai fornitori di servizi privati e dalle casse malati, mentre le cure di base, la prevenzione e l'assistenza infermieristica sono trascurate. Ciò fa lievitare i costi dell'assistenza sanitaria senza che i pazienti ne traggano beneficio. È quindi necessaria una maggiore trasparenza in termini di salari e finanziamenti, nonché un organo di controllo indipendente e una cassa malati pubblica.



# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen



Am 9. Juni

# 2x NEIN

zur Kostenbremse-  
und Prämien-Initiative

Argumentarium zu den Gesundheits-Abstimmungen vom 9. Juni 2024  
**NEIN zur Prämien- und Kostenbremse-Initiative**

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

**Am 9. Juni entscheiden die Stimmberechtigten über zwei Gesundheitsinitiativen. Die Initiativen nehmen echte Sorgen auf, liefern aber die falschen Rezepte und schiessen weit über das Ziel hinaus. Beide Initiativen sind Experimente mit unserem Gesundheitssystem mit Risiken und Nebenwirkungen für Patientinnen und Patienten sowie den Mittelstand. Mit der Prämien- und der Kostenbremse-Initiative steigt allein die Mehrwertsteuer um bis zu einem Viertel und ein ungerechter Leistungsabbau führt in die Zweiklassen-Medizin. Das Parlament hat zu beiden Initiativen je einen gezielt wirkenden Gegenvorschlag beschlossen.**

**Deshalb: 2x NEIN zu den Gesundheitsinitiative**

## Prämien-Initiative

Die Prämien-Initiative der SP führt für Bund und Kantone im Jahr 2030 zu 11,7 Mrd. Franken Mehrkosten pro Jahr – Tendenz steigend. Die Quittung für diese umfassende Prämienverbilligung sind bis zu 2,3 Prozentpunkte höhere Mehrwertsteuern (MWST) und steigende kantonale Steuern. Allein durch eine Erhöhung der MWST werden durchschnittliche Haushalte pro Jahr mit 1200 Franken belastet. Das ist ungerecht. Sparsame Kantone, die ihre Gesundheitskosten im Griff haben, werden bestraft.

## Kostenbremse-Initiative

Die Kostenbremse-Initiative der «Die Mitte» führt einen Kostendeckel für Gesundheitsleistungen ein. Das kommt einer staatlichen Rationierung von Gesundheitsleistungen gleich. Grundversicherte werden ausgebremst und Kranke müssen auf Behandlung warten. Wer wenig Geld hat, wartet am längsten. Weil die «Kostenbremse» die Entwicklung der Gesundheitskosten an die Wirtschaftsentwicklung koppelt, macht sie die medizinische Behandlung von der Konjunktur abhängig. Das ist absurd.

Prämien- und Kostenbremse-Initiative schiessen weit über das Ziel hinaus mit negativen Folgen für unser Gesundheitssystem. Sie führen zu einer erhöhten Steuerbelastung und gleichzeitig ist die medizinische Behandlung nicht mehr für alle garantiert. Eine Zweiklassen-Medizin droht. Die beschlossenen Gegenvorschläge des Parlaments wirken gezielter.

## Worum geht es?

Am 9. Juni kommen die beiden Gesundheitsinitiativen (Prämien-Initiative der SP, Kostenbremse-Initiative der «Die Mitte» ) zur Abstimmung.

Die Prämien-Initiative der Linken will, dass keine versicherte Person mehr als 10 Prozent ihres verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien der Grundversicherung aufwenden muss. Was darüber liegt, soll von Bund und Kantonen durch Prämienverbilligungen gedeckt werden. Der Bund muss dabei mindestens zwei Drittel der Kosten tragen, den Rest finanzieren die Kantone. **Die Kosten sind horrend: Zur Finanzierung wird es eine weitere Erhöhung der MWST oder anderer Steuern und Abgaben brauchen. Schon 2030 bis zu 11,7 Milliarden Franken zusätzlich pro Jahr.** Das ist mehr als doppelt so viel, wie die Finanzierung der 13. AHV-Rente bereits kostet. Bei einer Finanzierung über die MWST fallen für einen durchschnittlichen Haushalt bis zu 1200 Franken zusätzlich pro Jahr an.

Mit der Kostenbremse-Initiative will «Die Mitte» das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen. Steigen die Krankenkassenprämien deutlicher als die Löhne, müssen Bundesrat und Kantone konkrete Massnahmen beschliessen. Diese Massnahmen müssen sich bereits auf das Folgejahr auswirken. Dieser Mechanismus führt zu Rationierungen im Gesundheitswesen und macht die Gesundheitsversorgung konjunkturabhängig. **Die Kostenbremse ist eine Behandlungsbremse. Aus Kostengründen wird nicht mehr behandelt. Notwendige medizinische Eingriffe werden von Bürokraten verweigert.**

Bundesrat und Parlament lehnen beide Gesundheitsinitiativen ab. Auch das Gewerbe und die Wirtschaft sagen NEIN. Es gibt eine gute Alternative zu den Initiativen. Das Parlament hat beiden Initiativen einen vernünftigen Gegenvorschlag gegenübergestellt. Die beiden Gegenvorschläge treten bei Ablehnung der Volksinitiativen in Kraft, sie wirken gezielter.

Am 9. Juni

**2x NEIN**  
zur Kostenbremse-  
und Prämien-Initiative

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

NEIN zur Prämien-Initiative

## Neue Belastungen für Mittelstand

### NEIN zu zusätzlichen 1200 Franken pro Haushalt im Jahr

Das Parlament nimmt die Sorgen über die hohen Krankenkassenprämien ernst und hat darum einen gezielten Gegenvorschlag zur Prämien-Initiative beschlossen. Mit zusätzlichen Entlastungen von rund 360 Mio. Franken und je nach kantonaler Notwendigkeit, werden niedrigere Einkommen gezielt vom Prämiedruck geschützt. Die Prämien-Initiative löst keine Probleme im Gesundheitswesen, sie führt zu gefährlichen Nebenwirkungen, nämlich zu hohen Kosten für die Steuerzahler. Die Rechnung muss der Mittelstand bezahlen. Für Bund und Kantone fallen gemäss Botschaft des Bundesrats schon im Jahr 2030 bis zu 11,7 Mrd. Franken Mehrkosten pro Jahr an. Das ist mehr als doppelt so viel, wie es bereits für die 13. AHV-Rente braucht. Wird der Anteil des Bundes (bis zu 9 Mrd.) über die MWST finanziert, dann muss die MWST um bis zu 2,3 Prozentpunkte erhöht werden. Die Mehrwertsteuer würde um einen Viertel auf 10,4 Prozent steigen. Das entspricht einer Zusatzbelastung für einen durchschnittlichen Haushalt von bis zu 1200 Franken pro Jahr. Gleichzeitig müssen auch die kantonalen Steuern steigen, weil die Kantone einen Drittel der Prämienverbilligung leisten müssen. Die Quittung für diese umfassende Prämienverbilligung ist eine ständig steigende Steuerbelastung. Unter den steigenden Abgaben leidet vor allem der Mittelstand.

### NEIN zu immer höheren Gesundheitskosten

Die Prämien-Initiative ist reine Symptombekämpfung. Es wird einfach mehr Geld ins System gepumpt. Gravierend sind auch die Fehlanreize, weil die Motivation für ein kostenbewusstes Verhalten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler wegfällt. Schlimmer noch: Kantone, die bis jetzt sorgsam mit ihren Mitteln umgegangen sind und ihre Gesundheitskosten im Griff haben, werden bestraft. Ihre Bürgerinnen und Bürger müssen die Bundesbeiträge quersubventionieren, doch die Bundesbeiträge fliessen vor allem in Kantone mit höheren Kosten. Die Prämien-Initiative setzt Fehlanreize. Die Gesundheitskosten geraten ausser Kontrolle. Jeder Sparanreiz im Gesundheitswesen wird mit der Initiative zunichtegemacht.

### NEIN zu Zentralismus statt Föderalismus

Die aktuellen Prämienentlastungen von über 5,5 Mrd. Franken jährlich basieren auf dem föderalen Prinzip der Schweiz. Man geht davon aus, dass die Kantone am besten wissen, welche Entlastung es im jeweiligen Kanton braucht. Und das ist richtig so. Deshalb verbindet der Gegenvorschlag die kantonale Selbstbestimmung mit einem schweizweiten Mindestbeitrag für die Prämienverbilligung. Die Prämien-Initiative der SP will damit Schluss machen. Der Föderalismus wird mit Füßen getreten. Die Kantone müssen zahlen, ob sie wollen oder nicht. Ein solcher Zentralismus passt nicht zur Schweiz. Die Initiative führt zu einer Quersubventionierung von sparsamen, hin zu weniger sparsamen Kantonen. Letztlich werden mit dieser Zentralisierung die Prämien in den Kantonen nivelliert. Verantwortung wird abgebaut. Das kommt die Bewohnerinnen und Bewohner der sparsamen Kantone teuer zu stehen. Die Autonomie der Kantone wird ausgehebelt.

## Der vernünftige Gegenvorschlag zur Prämien-Initiative

Mit dem Gegenvorschlag werden die Kantone verpflichtet, einen Mindestbeitrag zur Finanzierung der Prämienverbilligung zu leisten. Die Kantone müssen zudem festsetzen, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf. Der Gegenvorschlag sieht eine Entlastung von rund 360 Mio. Franken pro Jahr vor, setzt auf Föderalismus und die passenden Lösungen für alle Kantone.

Am 9. Juni

**2x NEIN**

zur Kostenbremse-  
und Prämien-Initiative

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

NEIN zur Kostenbremse-Initiative

## Kranken werden Behandlungen verweigert

### NEIN zu ungerechten und längeren Wartezeiten

Die «Kostenbremse» bremst die Gesundheitsversorgung aus. Wer sich keine zusätzliche Privatversicherung leisten kann, muss bei Krankheit warten. Die Leistungen von Ärzten und Spitälern werden rationiert. Wer wenig Geld hat, wartet am längsten. Die «Kostenbremse» führt zu einer ungerechten Zweiklassen-Medizin. Die steigenden Gesundheitskosten werden mit einem vernünftigen Gegenvorschlag adressiert: Ziele für die Kostenentwicklung schaffen Transparenz und werden unter Einbezug der Versicherten, der Versicherer, der Kantone und der Leistungserbringer definiert. Der Leistungsabbau durch die «Kostenbremse» hingegen wird die Schwächsten besonders betreffen, doch niemand ist davor sicher. Es ist unethisch, Kranke warten zu lassen. Und es ist ungerecht, wenn dem Mittelstand trotz hoher Prämien Behandlungen verwehrt werden. Gesundheit ist das höchste Gut. Doch das gilt bald nicht mehr für alle.

### NEIN zur Rationierung in unserem Gesundheitswesen

Die Kostenbremse-Initiative führt zu Rationierungen im Gesundheitswesen. Damit die Budgets eingehalten werden, dürfen nicht mehr alle behandelt werden. Die medizinische Qualität sinkt, neue und zeitgemässe Therapien und Medikamente werden verzögert oder ausgebremst. Wenn die Kosten massgebend sind, werden neue Behandlungsmethoden und Medikamente oft ausgebremst. Vor einer Rationierung warnt auch der Bundesrat in der Botschaft. Stehen Beamte in Zukunft auf der Kostenbremse, verzögern sich notwendige Behandlungen. Dass Kosten gespart werden, ist nicht garantiert. Bei einem Verzicht auf moderne Behandlungsmethoden und Medikamente können die Folgekosten höher sein. Mit der Kostenbremse ist auch die freie Arzt- und Spitalwahl in Gefahr. Gleichzeitig steht sie im Widerspruch zu einer angemessenen Entlohnung des Personals, wie sie von Volk und Ständen mit der Pflegeinitiative beschlossen wurde.

### NEIN zu konjunkturabhängigen Behandlungen

Der Mechanismus der «Kostenbremse» hat absurde Auswirkungen. Wenn es wirtschaftlich schlechter geht, darf nur noch weniger behandelt werden. Kommt es zu einem Einbruch der Wirtschaft, muss der Staat umso stärker auf die «Kostenbremse» im Gesundheitswesen treten. Die «Kostenbremse» koppelt unsere Medizin an die wirtschaftliche Entwicklung. Dem Stellenabbau in wirtschaftlich schwierigen Zeiten folgt mit der «Kostenbremse» ein Abbau bei den medizinischen Behandlungen. Das ist absurd. Die Gesundheitsversorgung muss sich nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten richten. Es darf nicht sein, dass Menschen in wirtschaftlich schwierigen Zeiten schlechter behandelt werden.

## Der gezielte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative

Mit dem Gegenvorschlag werden klare Ziele für das maximale Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingeführt. Mit diesen Kosten- und Qualitätszielen wird das Kostenwachstum auf ein effizientes Mass beschränkt. Die Ziele sind aber nicht einfach konjunkturabhängig, sondern werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre vom Bundesrat festgelegt. Auch die Kantone können solche Ziele festschreiben. Die Kostenentwicklung wird begrenzt, ohne eine Zweiklassen-Medizin einzuläuten.

Am 9. Juni

**2x NEIN**

zur Kostenbremse-  
und Prämien-Initiative

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

NEIN zur Prämien-Initiative

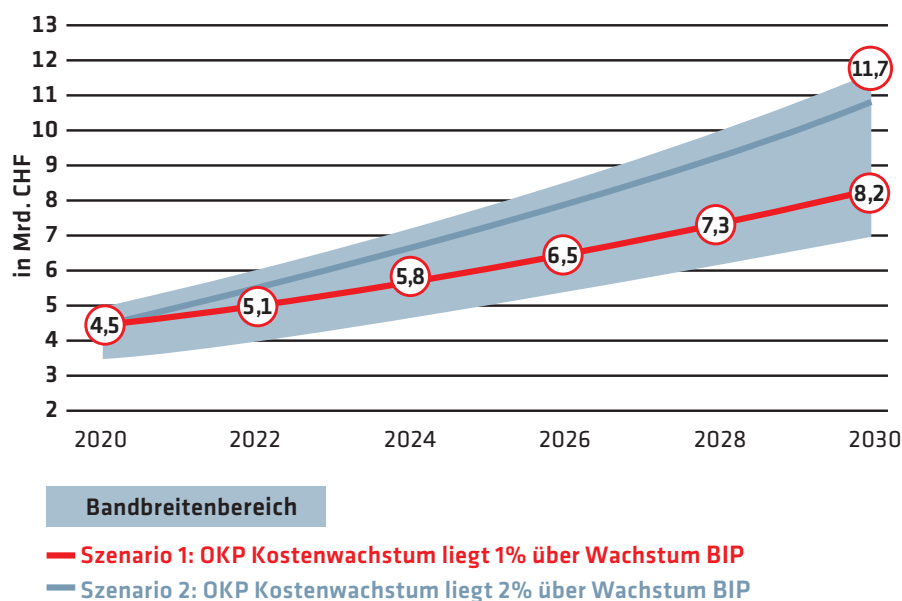
## Mehrausgaben belasten Mittelstand

### Zusätzliche Ausgaben von 1200 Franken pro Haushalt im Jahr

Die Sorgen über steigende Krankenkassenprämien müssen ernst genommen werden. Darum hat das Parlament einen gezielten Gegenvorschlag zur Prämien-Initiative beschlossen. Mit zusätzlichen Entlastungen von rund 360 Mio. Franken und je nach kantonaler Notwendigkeit, werden niedrigere Einkommen gezielt vom Prämiendruck geschützt. Die Prämien-Initiative führt hingegen zu einem riesigen Finanzbedarf. Für Bund und Kantone fallen im Jahr 2030 gemäss Botschaft des Bundesrats bis zu 11,7 Mrd. Franken Mehrkosten pro Jahr an. Tendenz steigend. Das ist mehr als doppelt so viel, wie es bereits zur Finanzierung der beschlossenen 13. AHV-Rente braucht.

Wird der Anteil des Bundes (bis zu 9 Mrd.) über die MWST finanziert, dann muss die MWST um bis zu 2,3 Prozentpunkte erhöht werden. Die Mehrwertsteuer würde um einen Viertel auf 10,4 Prozent steigen. Das ist eine Zusatzbelastung für einen durchschnittlichen Haushalt von bis zu 1200 Franken pro Jahr. Gleichzeitig müssen auch die kantonalen Steuern steigen, weil die Kantone einen Drittel der Prämienverbilligung leisten müssen. Die Quittung für die umfassende Prämienverbilligung ist eine ständig steigende Steuerbelastung. Unter den steigenden Abgaben leidet vor allem der Mittelstand.

**Grafik 1: Entwicklung der Mehrkosten durch die Initiative für Bund und Kantone**



Quelle: Botschaft des Bundesrats. Die Kosten steigen von Jahr zu Jahr und können bis zum Jahr 2030 zusätzliche 11,7 Mrd. Franken pro Jahr ausmachen.



# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

Heute zahlen Bund und Kantone insgesamt 5,5 Mrd. Franken pro Jahr für die Prämienverbilligung. Im Jahr 2020 hat der Bund 2,9 Mrd. Franken beigesteuert, die Kantone 2,6 Mrd. Die Initiative würde eine Explosion dieser Subventionen verursachen, ohne eine Antwort auf die zunehmenden Gesundheitskosten zu bieten. Stattdessen führt die Initiative zu einer Belastung von Haushalten und KMU und einem Loch ohne Boden. Die Botschaft des Bundesrats ist klar und spricht von zusätzlichen Kosten von bis zu 11,7 Mrd. pro Jahr im Jahr 2030 (ausgehend von einem Anstieg der Gesundheitskosten um 2 Prozent pro Jahr wie in den letzten Jahren). Das ist ein Anstieg von 25 Prozent der Kosten für den Bund und die Kantone.

Der Bund müsste laut dem Initiativtext zwei Drittel dieser Kosten tragen. Wie kann das finanziert werden? Werden andere Ausgaben gekürzt? Für einen so grossen Betrag ist das kaum möglich. Das sagt auch der Bundesrat: «Mehrkosten in dieser Grössenordnung können realistischerweise nicht allein durch Minderausgaben finanziert werden.» Eine massive Erhöhung der Mehrwertsteuer ist also unumgänglich. Diese belastet die gesamte Bevölkerung, aber auch das Gewerbe und die Wirtschaft werden getroffen. Die Mittel für die Prämienverbilligungen werden Haushalten, Gewerbe, KMU und Firmen entzogen. Die Belastung durch immer steigende Steuern und Abgaben, u.a. auch eine weiter steigende MWST wird massiv.

## Die Gesundheitskosten werden weiter angekurbelt

Für viele Haushalte sind die Krankenkassenprämien ein gewichtiger Budgetposten. Die Prämien-Initiative schiesst aber weit übers Ziel hinaus. Mit der Initiative geraten die Gesundheitskosten noch mehr ausser Kontrolle. Mit dieser Form der Prämienverbilligung werden jegliche Sparanreize ausgeschlossen. Die Prämien-Initiative ist reine Symptombekämpfung. Es wird einfach mehr Geld ins System gepumpt.

Gravierend sind auch die Fehlanreize, weil der Anreiz für ein Kostenbewusstsein wegfällt. Schlimmer noch: Kantone, die bis jetzt sorgsam mit ihren Mitteln umgegangen sind und ihre Gesundheitskosten im Griff haben, werden bestraft. Ihre Bürgerinnen und Bürger müssen die Bundesbeiträge mitfinanzieren, doch die Bundesbeiträge fliessen vor allem in Kantone mit höheren Kosten. So setzt die Prämien-Initiative Fehlanreize. Die Gesundheitskosten geraten ausser Kontrolle. Jeder Sparanreiz im Gesundheitswesen wird mit der Prämien-Initiative zunichtegemacht.

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

Auch Bundesrat und Kantone befürchten, dass die Initiative das Gegenteil bewirken wird: Die Kosten und damit die Prämien werden weiter steigen. Jene Kantone, die bis jetzt sorgsam mit ihren Mitteln umgegangen sind und die Gesundheitskosten im Griff haben, werden dafür bestraft und weniger Bundesbeiträge bekommen. So setzt die Prämien-Initiative gefährliche Fehlanreize. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) befürchtet, dass sich für die Versicherten ein kostenbewusstes Verhalten mit der Wahl einer höheren Franchise nicht mehr lohnen könnte, «was sich in höheren Krankenkassenprämien niederschlagen wird»<sup>1</sup>. Die Gesundheitskosten geraten ausser Kontrolle. Weiterhin massiv steigende Gesundheitskosten können die Gesundheitsversorgung gefährden, weil die Politik zu drastischen Massnahmen wie Rationierungen greifen muss.

Das Ergebnis des massiven Ausbaus der Prämienverbilligung sind steigende Kosten. Die Initiative setzt allein auf Zentralisierung. Sie beinhaltet keinen Anreiz, das Gesundheitssystem zurückhaltend und mit Achtsamkeit in Anspruch zu nehmen. Im Gegenteil: Die SP-Initiative baut Verantwortung ab. Sie führt zu noch mehr Staat im Gesundheitssystem. Unser System basiert auf dem Anreiz für jeden Einzelnen, das «richtige» Versicherungsmodell und die «richtige» Franchise zu wählen. Diese Freiheit sollte gefördert und nicht untergraben werden. Auch deshalb ist die SP-Initiative keine Lösung. Sie basiert auf einem systematischen Rückgriff auf Staatsgelder. Die Rechnungen zahlen am Schluss alle, die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler, insbesondere der Mittelstand.

Die Schweiz verfügt über eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Das ist uns etwas wert. Es ist korrekt, dass die Prämien in den letzten Jahren gestiegen sind. Aber auch die Löhne sind gestiegen. Es ist irreführend, nur prozentuale Veränderungen miteinander zu vergleichen. Tatsache ist: Die Lohnsteigerungen in absoluten Zahlen sind grösser als die Steigerungen der Krankenkassenprämien in absoluten Zahlen. Das hat aber vor allem damit zu tun, dass immer mehr Leistungen beansprucht und immer mehr Kosten vom Staat und der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) getragen werden. Im Jahr 1996 wurden 45 Prozent der Kosten von Staat und OKP gedeckt. 2021 waren es bereits 59 Prozent. Der Anteil der Kosten, welcher durch die Versicherten selbst gezahlt wird, ist gesunken.

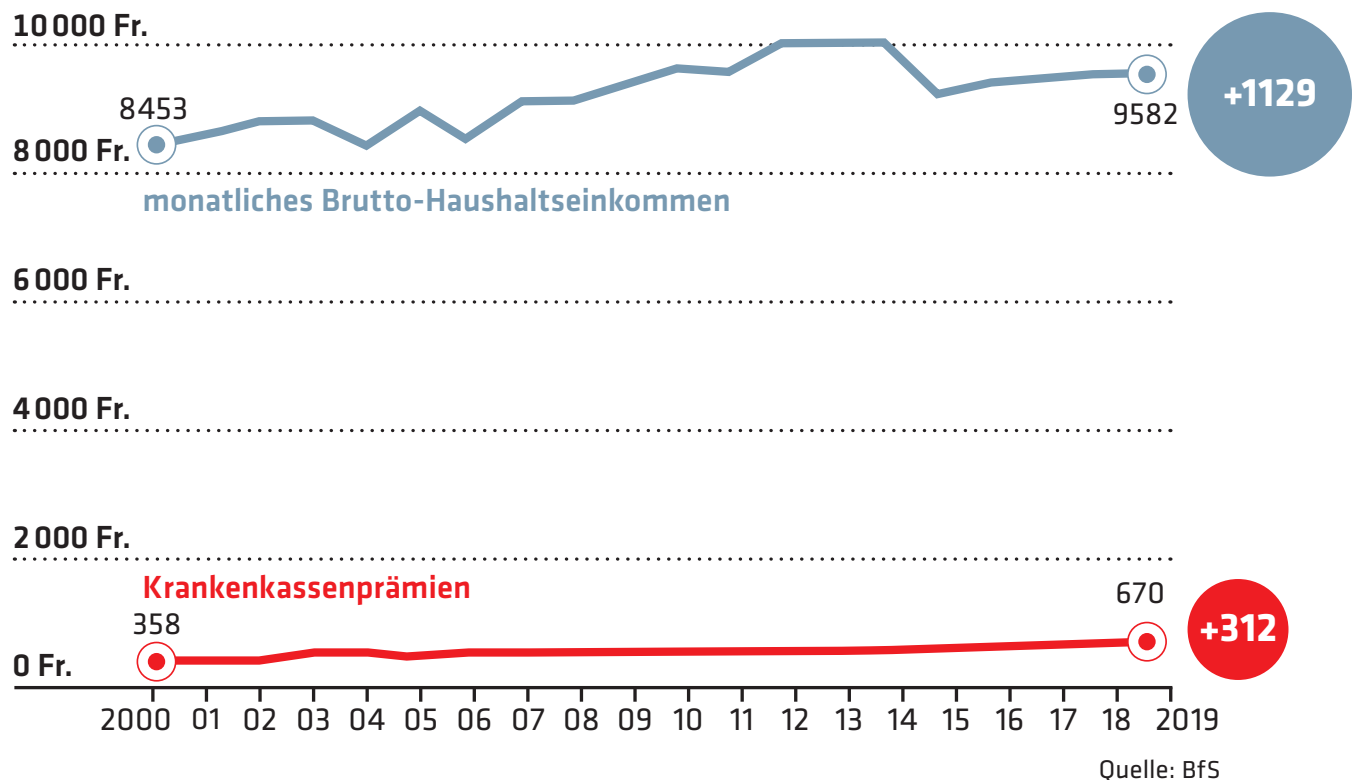
<sup>1</sup> Quelle Tages-Anzeiger: *Führt die SP-Initiative zu höheren Prämien?*, 17.3.2024

(<https://www.tagesanzeiger.ch/praemien-bundesrat-und-kantone-warnen-vor-noch-hoeheren-kosten-372709939942>)

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

**Grafik 2: Bruttohaushaltseinkommen und KK-Prämien in absoluten Zahlen**

## Entwicklung durchschnittlicher Haushaltseinkommen und Krankenkassenprämien in Franken



Der Vergleich des monatlichen Bruttohaushaltseinkommens und der Krankenkassenprämien in absoluten Zahlen zeigt: Die Prämien steigen, aber eine Kostenexplosion ist es nicht.

Die tatsächliche Belastung wird von linker Seite bewusst überdramatisiert. Es stimmt, dass die Prämien in den letzten Jahren stärker gestiegen sind als das BIP. Betrachtet man die Kosten aber in absoluten Zahlen an, wird ersichtlich, dass ein mittlerer Haushalt im Jahr 2019 insgesamt deutlich mehr Geld zur Verfügung hatte als im Jahr 2000. Und dies, obwohl sich die Prämien fast verdoppelt haben. Nur der Vergleich von prozentualen Wachstumszahlen ist irreführend.

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

## Neuer Zentralismus statt bewährter Föderalismus

Die Prämientlastungen basieren in der Schweiz auf dem föderalen Prinzip. Man geht davon aus, dass die Kantone am besten wissen, welche Entlastung es im jeweiligen Kanton braucht. Und das ist richtig so. Deshalb verbindet der Gegenvorschlag die kantonale Selbstbestimmung mit einem schweizweiten Mindestbeitrag für die Prämienverbilligung. Die Prämien-Initiative der SP will damit Schluss machen. Der Föderalismus wird mit Füssen getreten. Die Kantone müssen zahlen, ob sie wollen oder nicht. Ein solcher Zentralismus passt nicht zur Schweiz. Die Initiative führt zu einer Quersubventionierung von sparsamen, hin zu weniger sparsamen Kantonen. Die Sparsamen müssen über die Bundesbeiträge auch für die Prämienverbilligung der weniger Sparsamen aufkommen. Letztlich werden mit dieser Zentralisierung die Prämien in den Kantonen nivelliert. Verantwortung wird abgebaut. Das kommt die Bewohnerinnen und Bewohner der sparsamen Kantone teuer zu stehen. Die Autonomie der Kantone wird ausgehebelt. Das aktuelle System gibt den Kantonen die Entscheidungsfreiheit über die Prämienverbilligung. Noch 2021 hat das Volk im Kanton Zürich eine höhere Prämienverbilligung mit 64 Prozent abgelehnt. Alle Bezirke stimmten dagegen. Das heisst: Nicht nur die Politik, sondern auch die kantonalen Stimmberechtigten entscheiden souverän über die Prämienverbilligung. Wieso soll sich der Bund da in Zukunft einmischen?

Die Kantone passen die Prämienverbilligung an die wirtschaftliche Lage und die Bevölkerungsstruktur an. Das System, in dem die Kantone das Sagen haben, hat sich bewährt. Die Kantone übernehmen die Verantwortung. Die Initiative vollzieht einen Paradigmenwechsel. Der Bund dominiert und schreibt den Kantonen vor, wie hoch die Prämienverbilligung sein soll. Die Kantone würden «ihre Autonomie bei der Ausgestaltung des Prämienverbilligungssystems verlieren»<sup>2</sup>. In einem föderalen Staat ist dies der falsche Ansatz. Selbst SP-Gesundheitsvorsteherin und Vizepräsidentin der Gesundheitsdirektorenkonferenz, Rebecca Ruiz, betont die Bedeutung der Souveränität der Kantone in dieser Frage: «Es geht (...) letztlich um die Anerkennung, dass jeder Kanton seine eigene Budgetpolitik hat und souverän ist. Zudem wäre eine Harmonisierung zu kompliziert»<sup>3</sup>.

Die Initiative führt zu einem massiven Subventionssystem unter der Kontrolle des Bundes, ohne dass der Bund die Mittel und die Kompetenzen hat, die Kosten des Gesundheitswesens und der Prämien zu beeinflussen. Die Kantone bleiben für die Spitäler verantwortlich. Das heisst: Der Bund subventioniert noch mehr, kann aber bei wichtigen Kostenträgern nicht mitentscheiden. Jene, die mehrheitlich finanzieren, wären nicht diejenigen, die die Gesundheitskosten beeinflussen können. Die Initiative öffnet die Schleusen der Prämienverbilligung. Sie gefährdet damit die Nachhaltigkeit des Systems.

Die Initiative ist eine teure und unnötige Symptombekämpfung! Sie spült nur mehr Mittel ins System. Statt die Effizienz auf intelligente Weise zu erhöhen, ohne die Qualität zu gefährden, werden mit der Initiative das Verantwortungs- und Kostenbewusstsein beseitigt.

<sup>2</sup>Position GDK:

[https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN\\_2023/SN\\_Praemien-Entlastungs-Initiative\\_20231123\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2023/SN_Praemien-Entlastungs-Initiative_20231123_d.pdf)

<sup>3</sup><https://www.srf.ch/news/schweiz/hohe-krankenkassenpraemien-so-viel-geben-die-kantone-2024-fuer-praemienverbilligungen-aus>

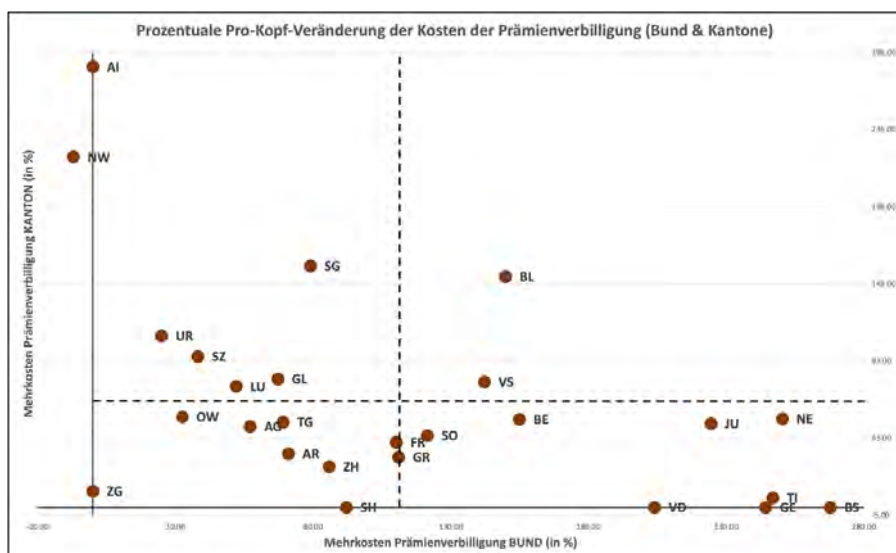
# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

## Sparsamkeit wird bestraft, die Kosten steigen weiter

Grafik 3 zeigt, welchen Effekt die Initiative auf die Finanzierung hat. Abgebildet sind die prozentualen Veränderungen der Kosten für die Prämienverbilligung im Jahr 2020, wenn die Forderung der Initiative schon in Kraft gewesen wäre.

### Grafik 3: Mehrkosten der Initiative für Bund und Kantone

Sparsame Kantone werden von den geplanten Bundesbeiträgen weit weniger profitieren, als die Kantone mit tendenziell hohen Gesundheitskosten. **Die Initiative schafft einen Anreiz, die Kosten im Gesundheitswesen weiter zu steigern, um von den Subventionen des Bundes zu profitieren.**



Die X-Achse zeigt die Steigerung der Bundesbeiträge im Vergleich zu den realen Zahlen 2020. Die Y-Achse zeigt die entsprechenden Steigerungen bei den Kantonsbeiträgen. Die schwarzen Linien weisen die jeweiligen Durchschnittswerte für die beiden Achsen über sämtliche Kantone aus. Grundlage bilden die Schätzungen des Parlamentes zu den Mehrkosten der Initiative. Abgebildet wird die prozentuale Steigerung der Beiträge des Bundes und der Kantone für die Prämienverbilligung pro Kopf.

- > **Kantone im oberen rechten Quadranten:** Hier steigen die Kostenbeiträge pro Kopf des Bundes und jene des Kantons überproportional (immer im Vergleich zu den erwähnten Durchschnittswerten).
- > **Kantone im Quadranten unten rechts:** Hier steigen die Bundesbeiträge überproportional, die Kantonsbeiträge unterproportional.
- > **Kantone im Quadranten unten links:** Hier steigen die Bundesbeiträge unterproportional, die Kantonsbeiträge ebenfalls.
- > **Kantone im Quadranten oben links:** Hier steigen die Bundesbeiträge unterproportional, die Kantonsbeiträge aber überproportional.

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

Die Kantone oben links (z.B. SG oder UR) wären im Vergleich zum Status quo 2020 relativ Verlierer gewesen. Die kantonalen Beiträge steigen, ohne dass der Bund wesentlich mithilft. Gleichzeitig finanzieren die Einwohnerinnen und Einwohner die Bundessubventionen selbstverständlich mit.

Die Kantone unten rechts (BS, GE oder VD) wären die Gewinner. Sie profitieren überproportional von den Bundessubventionen, ohne dass sie die Kantonsbeiträge wesentlich erhöhen müssen.

Der Blick auf die mittleren Krankenkassenprämien pro Kanton zeigt zudem, dass jene Kantone, die wegen hoher Gesundheitskosten auch hohe Prämien zahlen (im rechten unteren Quadranten) diese Grosszügigkeit vom Bund überproportional vergütet bekommen würden. Hier kann also von einer indirekten Quersubventionslogik zwischen den Kantonen gesprochen werden.

Die Initiative verteilt zusätzliches Bundesgeld. Es fällt auf, dass die sparsamen Kantone davon weit weniger profitieren, als die Kantone mit tendenziell hohen Gesundheitskosten. Die Initiative ist untauglich. Sie schafft geradezu einen Anreiz, die Kosten im Gesundheitswesen weiter zu steigern. Denn nur dann fliessen auch die Bundessubventionen.

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

NEIN zur Kostenbremse-Initiative

## Kranken werden Behandlungen verweigert

### **Kostenbremse lässt Patientinnen und Patienten warten.**

Die «Kostenbremse» bremst die Gesundheitsversorgung aus. Wer sich keine zusätzliche Privatversicherung leisten kann, muss bei Krankheit warten. Die Leistungen von Ärzten und Spitalern werden rationiert. Wer wenig Geld hat, wartet am längsten. Gesundheit ist das höchste Gut. Das gilt mit der «Kostenbremse» nicht mehr für alle. Die «Kostenbremse» führt zu einer ungerechten Zwei-Klassen-Medizin. Die steigenden Gesundheitskosten werden mit einem vernünftigen Gegenvorschlag adressiert: Ziele für die Kostenentwicklung schaffen Transparenz und werden unter Einbezug der Versicherten, der Versicherer, der Kantone und der Leistungserbringer definiert. Der Leistungsabbau durch die «Kostenbremse» hingegen, wird die Schwächsten besonders betreffen, doch niemand ist davor sicher. Es ist unethisch, Kranke warten zu lassen. Und es ist ungerecht, wenn dem Mittelstand trotz hoher Prämien Behandlungen verwehrt werden.

Die Initiative führt zu einer Spaltung des Schweizer Gesundheitssystems. Sie reißt einen Graben auf zwischen denen, die bezahlen können und Zugang zu medizinischer Versorgung haben, und denen, die warten müssen. Kurz gesagt: Sie führt zu einer Zweiklassen-Medizin. Die Schweiz hat ein ausgezeichnetes Gesundheitssystem, das zu den besten der Welt gehört und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle garantiert. Sie weist tiefere Wartezeiten aus als die meisten industriellen Ländern (88 Prozent der Versicherten werden innerhalb eines Tages oder weniger behandelt<sup>4</sup>). Die Initiative gefährdet, was unsere Gesundheitsversorgung auszeichnet. Sie ebnet den Weg zu einer Zwei-Klassen-Medizin. Das ist ungerecht.

Die Gesundheitsversorgung wird rationiert. Der Bundesrat warnt vor einem solchen Szenario: «Es besteht somit die Gefahr, dass die starre Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge hat und in eine Zweiklassenmedizin führt<sup>5</sup>.» Die Schwächsten werden von dieser Verschlechterung der Gesundheitsversorgung und den Verzögerungen bei Eingriffen am stärksten getroffen. Ohne Privatversicherungen wird eine qualitativ hochwertige und zugängliche Medizin nicht mehr garantiert. Die «Kostenbremse» bremst den guten Zugang zur Gesundheitsversorgung aus.

Die Initiative gefährdet unsere medizinische Versorgung, indem allein auf die Kosten fixiert wird. Die vorgeschlagene Lösung klammert die Qualität der medizinischen Versorgung aus. Sie besteht aus starren Regeln, die das System paralisieren. Wir alle bauen auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Wir wollen unabhängig von einer «Kostenbremse» behandelt und gepflegt werden. Die Initiative gefährdet den Zugang der Schweizer Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung. Sie lässt Kranke auf notwendige Behandlung warten.

<sup>4</sup> <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/health-care-wait-times-by-country>

<sup>5</sup> Seite 13 der Botschaft des Bundesrats

# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

## Kostenbremse rationiert Medizin

Die Kostenbremse-Initiative führt zu Rationierungen im Gesundheitswesen. Damit die Budgets eingehalten werden, dürfen nicht mehr alle behandelt werden. Vor der Rationierung warnt der Bundesrat in seiner Botschaft. Die «Kostenbremse» bremst notwendige Behandlungen aus. Therapien werden hinausgezögert. Das führt zu Folgekosten. Die Rationierung der Medizin ist ein ungerechter Einschnitt in die Versorgung. Beamte stehen zukünftig auf der Kostenbremse und verzögern nötige Behandlungen. Als Folge können Patientinnen und Patienten nicht mehr zeitnah von neuen Therapien profitieren.

Die Gesundheit ist ein wertvolles Gut. Die Behandlung von Kranken sollte sich nicht an starren Ausgaben-grenzen orientieren. Die Konsequenz ist eine Rationalisierung der Versorgung. **Jede dritte Behandlung von der Grundversicherung würde heute nicht mehr bezahlt, wäre die Initiative bereits 2000 umgesetzt worden.** Heute tragen die Bürgerinnen und Bürger in der Schweiz 70 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben selbst (inklusive Selbstbehalt, Prämien, Privatversicherung). Dafür sollten sie auch eine Gegenleistung erhalten und nicht Monate auf eine Behandlung warten müssen.

Der Bundesrat und die wichtigsten Akteure der Gesundheitspolitik sind sich einig, dass die Effizienz im schweizerischen Gesundheitssystem erhöht werden muss. Der vernünftige Gegenvorschlag adressiert dies: Ziele für die Kostenentwicklung schaffen Transparenz und werden unter Einbezug der Versicherten, der Versicherer, der Kantone und der Leistungserbringer definiert. Eine «Kostenbremse» ist dafür aber das falsche Mittel. Sie geht in einem sensiblen System auf Kosten der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger. Deutschland hat das Globalbudget versucht und sich gerade entschieden, sich von dieser starren Regel wieder zu verabschieden: «Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hat ein Ende der sogenannten Budgetierung bei Behandlungen durch Ärzte angekündigt. (...) Wegen der Budgetierung haben Ärztinnen häufig noch vor Monatsende ihr Behandlungsbudget ausgeschöpft und können deshalb für weitere Patienten nicht mehr bezahlt werden.<sup>6</sup>» Die Initiative der «Die Mitte» will ein solches System jetzt in der Schweiz einführen, obwohl man in Deutschland sehr schlechte Erfahrungen damit gemacht hat.

Mit der Kosten-Guillotine droht die Initiative, den Zugang zum medizinischen Fortschritt einzuschränken und Innovationen zu verhindern. Die Konsequenz: Den Patientinnen und Patienten der obligatorischen Krankenversicherung steht nicht mehr die ganze Palette an Therapien und Behandlungen zur Verfügung. Sie zahlen aber weiterhin hohe Prämien. Das ist ungerecht. Gleichzeitig werden medizinische Innovationen ausgebremst, die langfristig Kosten sparen.

<sup>6</sup> <https://www.zeit.de/gesundheit/2024-01/aerzte-karl-lauterbach-gesundheitsminister-praxen>



# Gefährliche Risiken und Nebenwirkungen

## **Kostenbremse macht Behandlungen konjunkturabhängig**

Der Mechanismus der «Kostenbremse» hat absurde Auswirkungen. Wenn es wirtschaftlich schlechter geht, muss weniger behandelt werden. Kommt es zu einem Einbruch der Wirtschaft, muss der Staat umso stärker auf die «Kostenbremse» im Gesundheitswesen treten. Die «Kostenbremse» koppelt unsere Medizin an die wirtschaftliche Entwicklung. Dem Stellenabbau in wirtschaftlich schwierigen Zeiten folgt mit der «Kostenbremse» ein Abbau bei den medizinischen Behandlungen. Das ist fatal. Die Gesundheitsversorgung muss sich am Bedarf der Patienten und Patientinnen orientieren. Es darf nicht sein, dass Menschen in wirtschaftlich schwierigen Zeiten schlechter behandelt werden. Das Gesundheitswesen entspricht den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und darf nicht von der Konjunktur und wirtschaftlichen Schwankungen abhängig werden. Die Initiative führt aber eine Koppelung der Gesundheitsleistungen an die Konjunktur ein. Wenn es wirtschaftlich schlechter geht, muss im Gesundheitswesen mehr gespart, sprich weniger behandelt werden.

Die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern und die Kosten zu dämpfen ist richtig. Das gesundheitliche Wohlergehen aber an die wirtschaftliche Entwicklung zu koppeln, das geht zu weit. Den Aufschub von Eingriffen und die Behandlungsleistung vom Gang der Konjunktur abhängig zu machen ist absurd. Zudem führt die strikte «Kostenbremse» in wirtschaftlich schlechten Zeiten zu Spar-Übungen, die auch das Gesundheitspersonal betreffen. 64 Prozent der Kosten in Schweizer Spitälern sind Personalkosten: 2021 haben 61 Prozent der Bevölkerung JA zur Pflegeinitiative gesagt und damit einer Verbesserung der Situation im Pflegebereich zugestimmt. Wie soll das mit der Mitte-Initiative zusammengehen, wie ist sie mit der angenommenen Pflegeinitiative vereinbar? Entlassungen sind kaum vermeidbar. Die Initiative betrifft 230'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Spitälern ganz direkt. Darunter viele Teilzeitarbeitende und vor allem Frauen.

Die «Kostenbremse» schwächt unser Gesundheitssystem. Sie verordnet dem Gesundheitssystem einen absurden Kostendeckel. Davon ist das Gesundheitspersonal genauso betroffen wie die Patientinnen und Patienten. Insgesamt ist die «Kostenbremse» ein gefährliches Experiment mit unserer Gesundheitsversorgung.

# Vrais symptômes, mauvais remèdes.



Le 9 juin

# 2x NON

aux initiatives sur la santé

Argumentaire sur les initiatives santé du 9 juin  
**NON aux initiatives sur les primes et le frein aux coûts**

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

**Le 9 juin, le peuple se prononcera sur deux initiatives en matière de santé qui répondent à des préoccupations réelles, mais proposent de mauvais remèdes et manquent leur cible. Ce sont des expérimentations à risques et avec des effets secondaires pour les patients et la classe moyenne. En cas d'acceptation des initiatives sur les primes et pour un frein aux coûts, la TVA sera, à elle seule, relevée de jusqu'à 25 % et une réduction injuste des prestations créera une médecine à deux vitesses. Le Parlement oppose un contre-projet ciblé à chacune des deux initiatives.**

**Voici pourquoi nous disons 2 x NON aux initiatives sur la santé**

## Initiative sur les primes

L'initiative sur les primes du PS entraîne des coûts supplémentaires pour la Confédération et les cantons jusqu'à 11,7 milliards de francs par an en 2030 – montant qui est appelé à évoluer à la hausse. La réduction démesurée des primes est financée par un relèvement de la TVA pouvant atteindre 2,3 points et des hausses des impôts cantonaux. Le seul relèvement de la TVA coûte 1200 francs par an en moyenne aux ménages. Les cantons économes, maîtrisant leurs coûts de la santé, sont pénalisés.

## Initiative pour un frein aux coûts

L'initiative pour un frein aux coûts du Centre plafonne le volume total des coûts de la santé, ce qui équivaut à un rationnement des soins médicaux par l'État. L'accès aux soins des assurés au bénéfice de l'assurance maladie de base est freiné et les malades doivent attendre avant d'être traités. Les personnes ayant peu de moyens sont celles qui attendent le plus longtemps. Dans la mesure où le « frein aux coûts » établit un lien entre l'évolution des coûts de la santé et celle de l'économie, un traitement médical en arrive à dépendre de la conjoncture. C'est absurde.

L'initiative sur les primes et celle pour un frein aux coûts manquent leur cible et sont dangereuses. Elles entraînent une augmentation de la charge fiscale et, en même temps, les traitements médicaux ne sont plus garantis pour tous. En cas d'acceptation, nous risquons de basculer dans une médecine à deux vitesses. Les contre-projets adoptés par le Parlement agissent de manière plus ciblée.

## De quoi s'agit-il ?

Les deux initiatives sur la santé (initiative sur les primes du PS et initiative pour un frein aux coûts du Centre) seront soumises en votation le 9 juin.

L'initiative sur les primes de la gauche veut que personne ne doive consacrer plus de 10 % de son revenu disponible aux primes d'assurance obligatoire des soins (AOS). La part qui dépasse ce seuil est couverte par la Confédération et les cantons par le biais de réductions de primes. Concrètement, la Confédération doit prendre en charge les deux tiers au moins des coûts, le reste étant financé par les cantons. Les coûts sont exorbitants : une nouvelle hausse de la TVA ou d'autres taxes ou impôts est nécessaire pour financer cette initiative. En 2030 déjà, les coûts supplémentaires peuvent atteindre jusqu'à 11,7 milliards de francs par an. C'est plus de deux fois les coûts liés au financement de la 13e rente AVS. Dans l'éventualité d'un financement via la TVA, la facture peut atteindre 1200 francs supplémentaires par an pour un ménage lambda.

Avec son initiative pour un frein aux coûts, Le Centre entend freiner la croissance des coûts du système de santé. Si les primes d'assurance maladie augmentent davantage que les salaires, le Conseil fédéral et les cantons doivent prendre des mesures concrètes, qui doivent déployer leurs effets dès l'année suivante. Ce mécanisme conduit à un rationnement des soins médicaux et rend ceux-ci dépendants de la conjoncture. Le frein aux coûts est un frein aux traitements. Pour des raisons de coûts, on cesse de traiter. Des interventions médicales nécessaires sont refusées par des bureaucrates.

Le Conseil fédéral et le Parlement rejettent les deux initiatives sur la santé. Les PME et l'économie disent également NON. Il existe de bonnes solutions de remplacement à ces initiatives : le Parlement oppose un contre-projet raisonnable à chacune de ces deux textes. Les deux contre-projets, qui entrent en vigueur en cas de refus des initiatives populaires, agissent de manière plus ciblée.

Le 9 juin

**2x NON**  
aux initiatives sur la santé

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

NON à l'initiative sur les primes

## De nouvelles charges pour la classe moyenne

### **NON à une facture supplémentaire de 1200 francs par an et par ménage**

Le Parlement prend au sérieux les inquiétudes au sujet du niveau élevé des primes d'assurance maladie et a donc décidé d'élaborer un contre-projet ciblé à l'initiative sur les primes. Celui-ci prévoit des allègements supplémentaires de quelque 360 millions de francs, en fonction des besoins des cantons, et protège de manière ciblée les bas revenus de la pression exercée par les primes maladie. L'initiative sur les primes, pour sa part, ne résout aucun problème dans le système de santé et a des effets secondaires dommageables, à savoir des coûts démesurés pour les contribuables. C'est la classe moyenne qui paie la facture. Selon le message du Conseil fédéral, la Confédération et les cantons font face à des coûts supplémentaires pouvant atteindre 11,7 milliards de francs par an dès 2030. C'est plus de deux fois les coûts liés au financement de la 13e rente AVS. Si la part de la Confédération (jusqu'à 9 milliards) est financée via la TVA, celle-ci doit alors être relevée de jusqu'à 2,3 points. La TVA augmente ainsi d'un quart pour atteindre 10,4 %. Cela représente des charges supplémentaires de jusqu'à 1200 francs par an pour un ménage lambda. Parallèlement, les impôts cantonaux doivent également être relevés, car les cantons doivent assumer un tiers de la réduction des primes. Le résultat de cette réduction démesurée des primes serait une charge fiscale en augmentation constante. C'est principalement la classe moyenne qui pâtit d'une hausse des impôts.

### **NON à des coûts de la santé toujours plus hauts**

L'initiative sur les primes combat des symptômes. Elle se contente d'injecter davantage de moyens financiers dans le système. Elle crée des incitations inopportunes graves, car elle fait disparaître la conscience des coûts chez les payeurs de primes. C'est même pire : les cantons qui gèrent leurs ressources avec soin et maîtrisent les coûts de la santé sont pénalisés. Leurs citoyens doivent financer les contributions fédérales, mais celles-ci vont surtout vers des cantons où les coûts sont plus élevés. L'initiative sur les primes crée des incitations inopportunes. Les coûts de la santé partent à vau-l'eau. Cette initiative réduit à néant toute incitation à maîtriser les dépenses dans le secteur de la santé.

### **NON au remplacement du fédéralisme par une gestion centralisée**

Les allègements de primes actuels, qui se montent à plus de 5,5 milliards de francs par an, se fondent sur le fédéralisme suisse. On part du principe que les cantons sont les mieux placés pour savoir quels allègements sont nécessaires chez eux. Et c'est très bien ainsi. C'est pourquoi le contre-projet associe l'autonomie des cantons à une contribution minimale à la réduction des primes à l'échelle nationale. L'initiative sur les primes du PS y met un terme. Le fédéralisme est bafoué. Les cantons doivent payer, qu'ils le veuillent ou non. Une telle gestion, centralisée, ne convient pas à la Suisse. L'initiative met en place un subventionnement croisé des cantons économes vers ceux qui le sont moins. En définitive, cette centralisation nivelle les primes dans les cantons. Elle réduit le sens des responsabilités. Cela coûte cher aux habitants des cantons économes, dont l'autonomie est sapée.

## Un contre-projet raisonnable à l'initiative sur les primes

Le contre-projet approuvé par le Parlement oblige les cantons à verser une contribution minimale au financement de la réduction des primes. Ceux-ci doivent en outre fixer la part maximale du revenu disponible que les assurés domiciliés dans le canton peuvent consacrer à leur prime maladie. Le contre-projet, qui prévoit un allègement des primes pour un montant de l'ordre de 360 millions de francs par an, mise sur le fédéralisme et des solutions adaptées à tous les cantons.

Le 9 juin

**2x NON**

aux initiatives sur la santé

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

NON à l'initiative pour un frein aux coûts

## Des malades se voient refuser des traitements

### NON à des temps d'attente injustes et longs

Le « frein aux coûts » ralentit l'accès aux soins médicaux. Quiconque ne peut pas se permettre de souscrire une assurance complémentaire privée doit attendre en cas de maladie. Les prestations fournies par les médecins et dans les hôpitaux sont rationnées. Les personnes aux revenus modestes sont celles qui attendent le plus longtemps. Le « frein aux coûts » met en place une médecine à deux vitesses injuste. Un contre-projet raisonnable s'attèle au problème de l'augmentation des coûts de la santé : des objectifs d'évolution des coûts créent la transparence et sont définis avec la participation des assurés, des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations. Réduire les prestations avec un « frein aux coûts » touche en particulier les plus démunis, mais personne n'est à l'abri. Faire attendre les malades n'est pas éthique. Et il est injuste que la classe moyenne, qui paie déjà des primes élevées, se voie refuser des traitements. La santé est le bien le plus précieux, mais elle ne sera plus à la portée de tous.

### NON au rationnement dans notre système de santé

L'initiative pour un frein aux coûts provoque un rationnement dans le système de santé. Comme il faut respecter les budgets, tout le monde ne peut plus être traité. La qualité des soins baisse, l'introduction de thérapies et de médicaments nouveaux et modernes est reportée ou freinée. Lorsque les coûts sont déterminants, les nouvelles méthodes de traitement et les nouveaux médicaments sont souvent retardés. Dans son message, le Conseil fédéral met également en garde contre un rationnement des soins. Si, à l'avenir, des fonctionnaires actionnent le frein aux coûts, des traitements nécessaires seront reportés. Il n'est pas certain que cela permette de réduire les dépenses. Lorsqu'on renonce à des méthodes de traitement et à des médicaments modernes, il arrive que les coûts consécutifs soient plus élevés. Avec un frein aux coûts, le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier est également en danger. Sans compter qu'un tel instrument va à l'encontre d'une rémunération appropriée du personnel, ce qu'ont pourtant décidé le peuple et les cantons en adoptant l'initiative sur les soins infirmiers.

### NON à des traitements tributaires de la conjoncture

Le mécanisme du « frein aux coûts » a des effets absurdes. Si la situation économique se dégrade, il faut traiter moins. En cas d'effondrement de l'économie, l'État doit appuyer encore plus fort sur le « frein aux coûts » de la santé. Car cet instrument établit un lien entre notre système médical et l'évolution économique. Ainsi, les suppressions de postes en période de marasme économique sont suivies, en raison du « frein aux coûts », d'une réduction des traitements médicaux. C'est absurde. Les soins médicaux doivent être adaptés aux besoins des patients. Il est inacceptable que des personnes soient moins bien traitées, sur le plan médical, en période de difficultés économiques.

## Un contre-projet ciblé à l'initiative pour un frein aux coûts

Le contre-projet adopté par le Parlement introduit des objectifs clairs pour la croissance maximale des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Ces objectifs de coûts et de qualité permettent de modérer efficacement l'augmentation des coûts. Les objectifs ne dépendent pas simplement de la conjoncture, mais ils sont fixés pour une période de quatre ans par le Conseil fédéral, après consultation préalable des assureurs, des assurés, des cantons et des fournisseurs de prestations. Les cantons peuvent également fixer de tels objectifs. L'évolution des coûts est limitée sans pour autant tomber dans la médecine à deux vitesses.

Le 9 juin

**2x NON**

aux initiatives sur la santé



# Vrais symptômes, mauvais remèdes

NON à l'initiative sur les primes

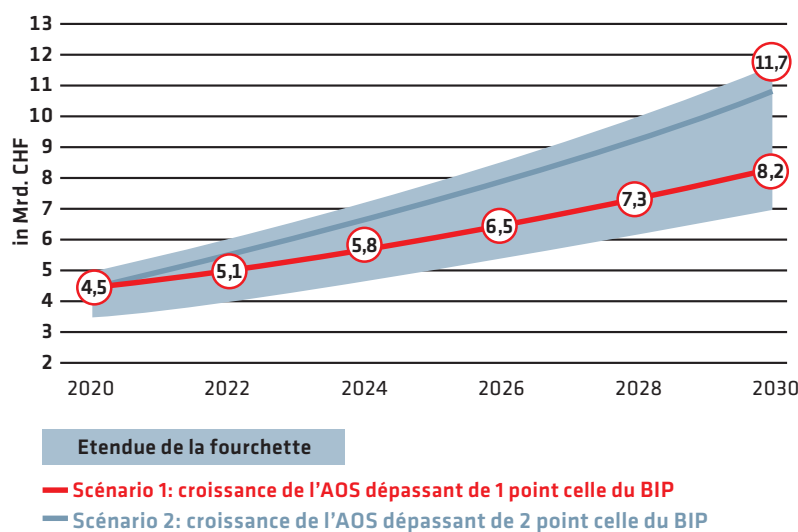
## Des dépenses supplémentaires pèsent sur la classe moyenne

### Les dépenses des ménages s'alourdissent de 1200 francs par an

Les inquiétudes concernant la hausse des primes d'assurance maladie doivent être prises au sérieux. C'est pourquoi le Parlement a adopté un contre-projet ciblé à l'initiative sur les primes, qui prévoit des allègements supplémentaires de quelque 360 millions de francs, en fonction des besoins au niveau cantonal, et protège ainsi les bas revenus de manière ciblée de la pression exercée par les primes maladie. L'initiative sur les primes entraîne, quant à elle, des besoins financiers énormes. Selon le message du Conseil fédéral, en cas d'acceptation, la Confédération et les cantons feraient face à des coûts supplémentaires pouvant atteindre 11,7 milliards de francs par an dès 2030. Avec une tendance à la hausse. C'est plus de deux fois les coûts liés au financement de la 13e rente AVS.

Si la part de la Confédération (jusqu'à 9 milliards) est financée via la TVA, celle-ci doit alors être relevée de 2,3 points. La TVA augmente ainsi d'un quart pour atteindre 10,4 %. Cela représente des charges supplémentaires jusqu'à 1200 francs par an pour un ménage lambda. Parallèlement, les impôts cantonaux doivent également être relevés, car les cantons doivent assumer un tiers de la réduction des primes. Le résultat de cette réduction démesurée des primes est une charge fiscale en constante augmentation. C'est principalement la classe moyenne qui pâtit d'une hausse des impôts.

Figure 1 : Évolution des coûts supplémentaires engendrés par l'initiative pour la Confédération et les cantons



Source : Message du Conseil fédéral. Les coûts augmentent d'année en année et pourraient atteindre 11,7 milliards de francs supplémentaires par an d'ici 2030.

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

Aujourd'hui, la Confédération et les cantons consacrent 5,5 milliards de francs par an aux réductions de primes. En 2020, la Confédération y a consacré 2,9 milliards de francs, les cantons 2,6 milliards. L'initiative fait exploser ces subventions sans résoudre le problème de l'augmentation des coûts de la santé. En lieu et place, l'initiative alourdit les charges des ménages et des PME et creuse un trou sans fond. Le message du Conseil fédéral est clair et évoque des coûts supplémentaires pouvant atteindre 11,7 milliards par an en 2030 (en se fondant sur une hausse des coûts de la santé de 2 % par an, comme ces dernières années). Cela représente une augmentation des coûts de 25 % pour la Confédération et les cantons.

Selon le texte de l'initiative, la Confédération doit prendre en charge les deux tiers de ces coûts. Comment financer cela ? D'autres dépenses seront-elles réduites ? Il n'est guère possible de dégager de tels montants en opérant des coupes. Le Conseil fédéral le dit également : « Il est irréaliste de penser que des coûts supplémentaires de cet ordre de grandeur pourraient être financés uniquement par la réduction d'autres dépenses ». Un relèvement massif de la TVA est incontournable. Celui-ci pèse sur l'ensemble de la population, mais les PME et l'économie sont aussi affectés. Les ressources destinées aux réductions de primes sont prises chez les ménages, le commerce, les PME et autres entreprises. Les charges induites par des taxes et impôts en augmentation, entre autres la TVA, deviennent toujours plus lourdes.

## **Les coûts de la santé continuent à croître**

Pour de nombreux ménages, les primes d'assurance maladie représentent un poste important du budget. L'initiative sur les primes maladie manque toutefois son objectif. Avec elle, les coûts de la santé deviennent encore plus incontrôlables. En effet, une forte réduction des primes supprime toute incitation à la modération. L'initiative sur les primes combat seulement des symptômes. Elle se contente d'injecter davantage de moyens dans le système.

Les incitations inopportunes créées sont également graves, car elles font disparaître la sensibilisation aux coûts. C'est même pire que cela : les cantons qui gèrent leurs ressources avec soin et maîtrisent leurs coûts de santé sont pénalisés. Leurs citoyens doivent financer les contributions fédérales, mais celles-ci vont surtout vers des cantons où les coûts sont plus élevés. Dès lors, l'initiative sur les primes crée des incitations inopportunes. Les coûts de la santé partent à vau-l'eau. Cette initiative fait disparaître toute incitation à réduire les dépenses dans le secteur de la santé.

Le Conseil fédéral et les cantons craignent également que l'initiative soit contre-productive : les coûts, et donc les primes, continuent à augmenter. Les cantons qui gèrent leurs ressources avec soin et maîtrisent leurs coûts de santé sont pénalisés et reçoivent des contributions fédérales moindres. L'initiative sur les primes crée ainsi des incitations inopportunes. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

la santé (CDS) craint qu'un comportement conscient des coûts et le choix d'une franchise élevée ne soit plus rentable pour les assurés, « ce qui se traduirait par une hausse des primes d'assurance maladie ». Les coûts de la santé partent à vau-l'eau. Une hausse massive des coûts de la santé sur la durée peut mettre en péril la fourniture de soins, car les politiques doivent prendre des mesures drastiques telles que le rationnement.

Le développement massif des réductions de primes entraîne une augmentation des coûts. L'initiative mise uniquement sur la centralisation. Elle ne prévoit aucune incitation à solliciter des soins médicaux avec retenue et circonspection. L'initiative du PS déresponsabilise au contraire. Elle renforce l'étatisation du système de santé. Notre système de santé se fonde sur l'incitation de chacun à choisir le « bon » modèle d'assurance et la « bonne » franchise. Cette liberté doit être encouragée et non pas sapée. C'est une des raisons pour lesquelles l'initiative du PS n'est pas une solution. Elle repose sur un recours systématique aux fonds publics. Au final, tout le monde paie les factures, les contribuables et en particulier la classe moyenne.

La Suisse dispose d'un système de santé parmi les meilleurs du monde. Nous y tenons. Il est vrai que les primes ont augmenté ces dernières années. Mais les salaires aussi ont progressé. Comparer des variations exprimées en pourcentage est trompeur. Le fait est que la progression des salaires en chiffres absolus est plus importante que celle des primes d'assurance maladie en chiffres absolus. Mais cela est avant tout lié au fait que le volume des prestations ne cesse de croître et qu'un volume de coûts de plus en plus élevé est supporté par l'État et l'assurance obligatoire des soins (AOS). En 1996, 45 % des coûts étaient couverts par l'État et l'AOS. En 2021, cette part était déjà passée à 59 %. La part des coûts couverts par les assurés eux-mêmes a diminué.

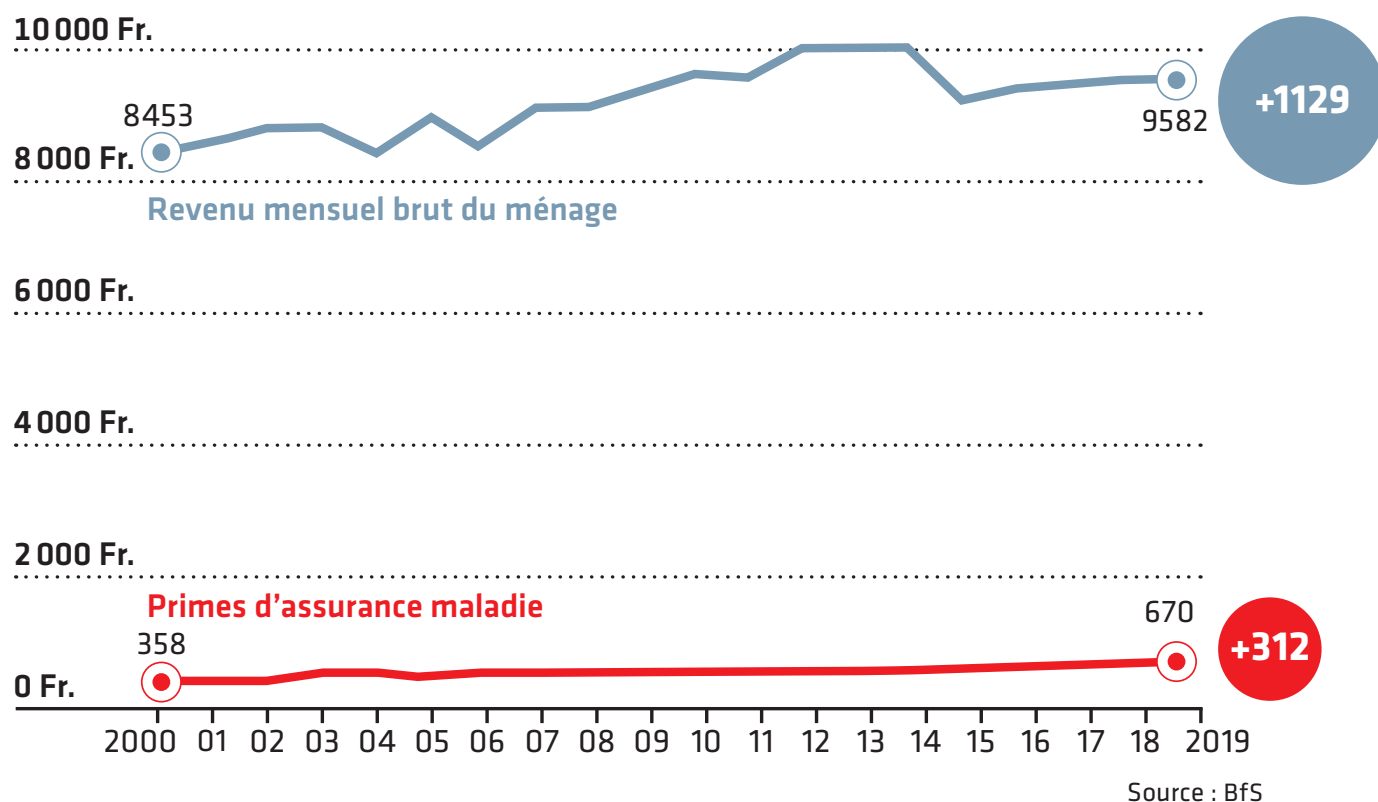
<sup>1</sup> Source Tages-Anzeiger : Führt die SP-Initiative zu höheren Prämien?, 17 mars 2024

(<https://www.tagesanzeiger.ch/praemien-bundesrat-und-kantone-warnen-vor-noch-hoeheren-kosten-372709939942>)

## Vrais symptômes, mauvais remèdes

Figure 2 : Revenu brut du ménage et primes d'assurance maladie en chiffres absolus

### Evolution du revenu moyen des ménages et des caisses maladie en francs



Une comparaison du revenu mensuel brut des ménages et des primes d'assurance maladie en chiffres absolus montre que les primes augmentent certes, mais elles n'explorent pas.

Les charges effectives sont délibérément présentées par la gauche d'une manière dramatique. Il est vrai que les primes ont augmenté plus fortement que le PIB ces dernières années. Mais si on considère les coûts en chiffres absolus, on constate qu'un ménage lambda dispose globalement de beaucoup plus de moyens en 2019 qu'en 2000. Et ce, bien que les primes ont presque doublé. Comparer des croissances en pourcentage est trompeur.

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

## **Un nouveau centralisme, au lieu d'un fédéralisme éprouvé**

En Suisse, les allègements de primes sont basés sur le fédéralisme. On part du principe que les cantons sont les mieux placés pour déterminer quel allègement est nécessaire pour leur population. Et c'est bien ainsi. C'est pourquoi le contre-projet associe l'autonomie cantonale à une contribution minimale à l'échelle nationale en matière de réduction des primes. L'initiative du PS sur les primes veut en finir avec ces principes. Elle foule aux pieds le fédéralisme. Les cantons doivent payer, qu'ils le veuillent ou non. L'initiative conduit à un subventionnement croisé des cantons économes vers ceux qui le sont moins. Les plus économes doivent aussi payer, via les subventions fédérales, la réduction des primes des moins économes. En fin de compte, cette centralisation permet de niveler les primes dans les cantons. Le sens des responsabilités s'en trouve réduit et l'autonomie cantonale est mise à mal. Cela coûtera cher aux habitants des cantons économes.

Le système actuel donne aux cantons la liberté de décider de la réduction des primes. En 2021 encore, les Zurichois ont rejeté à 64 % une augmentation de la réduction des primes. Tous les districts ont voté contre. Cela signifie que non seulement la politique, mais aussi les électeurs cantonaux décident souverainement de la réduction des primes. Pourquoi la Confédération devrait-elle s'en mêler à l'avenir ?

Les cantons adaptent la réduction des primes à la situation économique et à la structure de la population. Ce système a fait ses preuves. Les cantons assument la responsabilité. L'initiative opère un changement de paradigme : la Confédération prescrit aux cantons le montant de la réduction des primes, leur faisant ainsi « perdre leur autonomie dans l'organisation du système de réduction des primes<sup>2</sup> ». Dans un État fédéral, ce n'est pas la bonne approche. Même la responsable PS de la santé et vice-présidente de la Conférence des directeurs de la santé, Rebecca Ruiz, souligne l'importance de la souveraineté des cantons dans ce domaine : « Il s'agit (...) en fin de compte de reconnaître que chaque canton a sa propre politique budgétaire et qu'il est souverain. De plus, une harmonisation serait trop compliquée<sup>3</sup> ».

L'initiative conduit à un système de subventionnement massif sous le contrôle de la Confédération, sans que celle-ci ait les moyens et les compétences d'influencer les coûts de la santé et des primes. Les cantons restent responsables des hôpitaux. Cela signifie que la Confédération subventionne encore plus, mais qu'elle ne peut pas participer aux décisions concernant les principaux facteurs de coûts. Ceux qui financent la plus grande partie ne seraient pas en mesure d'influencer les coûts de la santé. L'initiative ouvre les vannes de la réduction des primes. Elle met ainsi en péril la durabilité du système.

L'initiative est une lutte coûteuse et inutile contre les symptômes ! Elle ne fait qu'injecter davantage de moyens dans le système. Au lieu d'augmenter intelligemment l'efficacité sans mettre en péril la qualité, l'initiative élimine les responsabilités et la conscience des coûts.

<sup>2</sup> Position CDS : [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN\\_2023/SN\\_Praemien-Entlastungs-Initiative\\_20231123\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/stellungn/SN_2023/SN_Praemien-Entlastungs-Initiative_20231123_f.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.srf.ch/news/schweiz/hohe-krankenkassenpraemien-so-viel-geben-die-kantone-2024-fuer-praemienverbilligungen-aus>

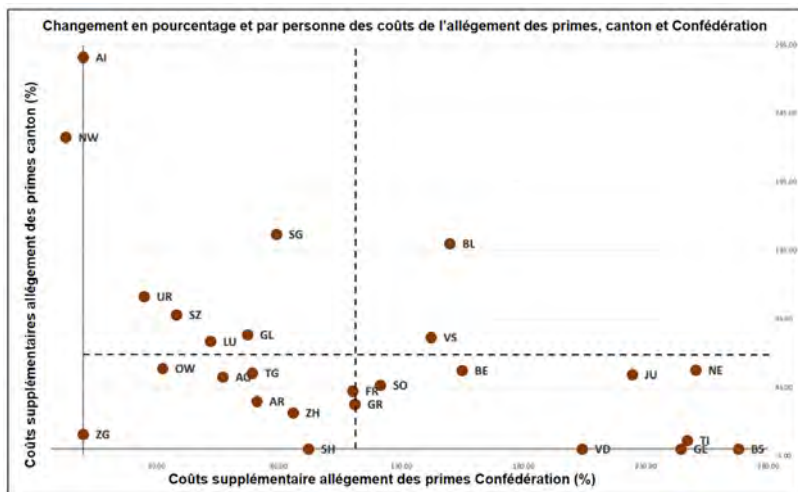
# Vrais symptômes, mauvais remèdes

## Sobriété pénalisée, coûts en hausse

La figure 3 montre l'effet de l'initiative en termes financiers. Se basant sur les coûts de la réduction des primes en 2020, elle montre les variations des coûts en pourcentages si l'initiative avait été en vigueur. Les cantons dont les coûts de la santé sont actuellement élevés en profitent, les cantons économes sont pénalisés. L'initiative crée une incitation à augmenter encore les coûts de la santé afin de bénéficier de fonds fédéraux.

### Figure 3 : Coûts supplémentaires de l'initiative pour la Confédération et les cantons

Les cantons économes profiteront bien moins des subventions fédérales prévues que les cantons dont les coûts de la santé ont tendance à être élevés. L'initiative crée une incitation à continuer d'augmenter les coûts de la santé pour bénéficier des subventions de la Confédération.



L'axe X montre l'augmentation des contributions fédérales par rapport aux chiffres de 2020. L'axe Y montre les augmentations correspondantes des contributions cantonales. Les lignes noires indiquent les valeurs moyennes pour les deux axes sur l'ensemble des cantons. Les estimations du Parlement concernant les coûts supplémentaires de l'initiative sont à la base de cette illustration, qui représente l'augmentation en pourcentage des contributions de la Confédération et des cantons pour la réduction des primes par habitant.

- > **Cantons dans le rectangle supérieur droit** : les contributions aux coûts par habitant de la Confédération et du canton augmentent de manière plus importante (toujours par rapport aux valeurs moyennes mentionnées).
- > **Cantons dans le rectangle inférieur droit** : les contributions fédérales augmentent de manière plus importante, les contributions cantonales plus faiblement.
- > **Cantons dans le rectangle inférieur gauche** : les contributions fédérales augmentent de manière moins importante, comme celles des cantons.
- > **Cantons dans le rectangle supérieur gauche** : les contributions fédérales augmentent de manière moins forte, contrairement aux contributions cantonales.

## Vrais symptômes, mauvais remèdes

Les cantons en haut à gauche (par ex. SG ou UR) seraient des perdants par rapport au statu quo 2020. Les contributions cantonales augmentent sans que la Confédération n'apporte une aide substantielle. Parallèlement, les habitants cofinancent bien entendu les subventions fédérales.

Les cantons en bas à droite (BS, GE ou VD) seraient les gagnants. Ils profitent de manière disproportionnée des subventions fédérales, sans devoir augmenter sensiblement les contributions cantonales. Un coup d'œil sur les primes moyennes d'assurance-maladie par canton montre en outre que les cantons qui, en raison de coûts de santé élevés, paient également des primes élevées (dans le rectangle inférieur droit) verraient cette générosité leur être remboursée de manière importante par la Confédération. On peut donc parler ici d'une logique de subventionnement croisé indirect entre les cantons.

L'initiative distribue de l'argent fédéral supplémentaire. Il est frappant de constater que les cantons économes en profitent beaucoup moins que les cantons dont les coûts de la santé ont tendance à être élevés. L'initiative est inefficace. Elle crée une incitation à augmenter encore les coûts de la santé, car ce n'est qu'à cette condition que les subventions fédérales seront versées.

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

NON à l'initiative pour un frein aux coûts

## Des malades se voient refuser des soins

### Le « frein aux coûts » fait attendre les patients

Le « frein aux coûts » freine les soins de santé. Les maladies qui ne peuvent pas se permettre une assurance privée complémentaire doivent attendre. Les prestations des médecins et des hôpitaux sont rationnées. Ce sont ceux qui ont peu de moyens qui attendent le plus longtemps. On dit que la santé est le bien le plus précieux, mais avec le « frein aux coûts », cela n'est plus valable pour tout le monde. Ce mécanisme conduit à une médecine à deux vitesses. Le Parlement a proposé un contre-projet raisonnable pour limiter la hausse des coûts de la santé : les objectifs fixés en termes d'évolution des coûts, définis avec le concours des assurés, des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations, créent la transparence. En revanche, la réduction des prestations par le « frein aux coûts » touchera particulièrement les plus faibles, sans que personne ne soit à l'abri. Il est contraire à l'éthique de faire attendre les malades. Et il est injuste que la classe moyenne se voie refuser des traitements malgré les primes élevées dont elle s'acquitte.

L'initiative provoque la division du système de santé suisse. Elle creuse un fossé entre ceux qui peuvent payer et qui ont accès aux soins médicaux et ceux qui doivent attendre. En bref, elle conduit à une médecine à deux vitesses. La Suisse dispose d'un excellent système de santé, l'un des meilleurs au monde, qui garantit l'accès aux soins pour tous. Elle affiche des temps d'attente inférieurs à ceux de la plupart des pays industrialisés (88 % des assurés sont traités en un jour ou moins<sup>4</sup>). L'initiative met en péril ce qui fait la spécificité de nos soins de santé. Elle ouvre la voie à une médecine à deux vitesses.

Les soins médicaux seront rationnés. Le Conseil fédéral met en garde contre un tel scénario: « Une règle de dépenses trop stricte risque ainsi, selon la manière dont elle est mise en œuvre, d'aboutir à un rationnement des prestations et, par voie de conséquence, à une médecine à deux vitesses.<sup>5</sup> Les plus faibles seront les plus touchés par cette détérioration des soins médicaux et par les retards dans les interventions. Sans les assurances privées, une médecine accessible et de qualité ne sera plus garantie. Le « frein aux coûts » freine l'accès aux soins médicaux.

L'initiative met en danger nos soins médicaux en se focalisant uniquement sur les coûts. La solution proposée met entre parenthèses la qualité des soins médicaux. Elle se compose de règles rigides qui paralysent le système. Nous comptons tous sur des soins médicaux de qualité. Nous voulons être traités et soignés indépendamment d'un « frein aux coûts ».

<sup>4</sup> <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/health-care-wait-times-by-country>

<sup>5</sup> Page 13 du message du Conseil fédéral



# Vrais symptômes, mauvais remèdes

## **Le frein aux coûts provoque le rationnement**

L'initiative sur le frein aux coûts entraîne un rationnement dans le domaine de la santé. Pour respecter les budgets, il ne sera plus possible de traiter tout le monde. Dans son message, le Conseil fédéral met en garde contre le risque de rationnement. Le « frein aux coûts » freine les traitements nécessaires et provoque le report des soins, ce qui à son tour provoque des coûts supplémentaires. Le rationnement est une intervention injuste dans les soins. Les patientes et les patients ne pourront plus bénéficier à temps de nouvelles thérapies si ce sont des fonctionnaires qui activent le frein aux coûts.

La santé est un bien précieux. Le traitement des malades ne doit pas dépendre de limites de dépenses rigides, au risque de provoquer un rationnement. Un traitement sur trois remboursé par l'assurance de base ne le serait plus aujourd'hui si l'initiative avait été mise en œuvre dès 2000. Aujourd'hui, les citoyens assument eux-mêmes 70 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé (y compris la quote-part, les primes, l'assurance privée). Ils doivent en recevoir la contrepartie et ne pas avoir à attendre des mois pour se faire soigner.

Le Conseil fédéral et les principaux acteurs de la politique de la santé s'accordent à dire que l'efficacité du système de santé suisse doit être améliorée. Le contre-projet est une bonne réponse : les objectifs fixés en termes d'évolution des coûts, définis avec le concours des assurés, des assureurs, des cantons et des fournisseurs de prestations, créent la transparence. Au contraire, le « frein aux coûts » se fait au détriment de la santé des citoyens. L'Allemagne s'est essayée au budget global et elle vient de décider de se débarrasser de cette règle rigide : « Le ministre fédéral de la Santé Karl Lauterbach (SPD) a annoncé la fin de ce que l'on appelle la budgétisation des traitements effectués par les médecins. (...) En raison de la budgétisation, les médecins ont souvent épuisé leur budget avant la fin du mois et ne peuvent plus être payés pour les traitements donnés à d'autres patients<sup>6</sup> ». L'initiative du Centre veut introduire ce système en Suisse, malgré les très mauvaises expériences réalisées en Allemagne.

Avec son mécanisme de guillotine, le frein aux coûts menace de restreindre l'accès au progrès médical et d'empêcher l'innovation. En conséquence, les patients de l'assurance maladie obligatoire n'auraient plus accès à toute la palette des thérapies et des traitements. Mais ils continueraient à payer des primes élevées. C'est injuste. En même temps, l'innovation médicale, qui permet de réduire les coûts à long terme, est freinée.

<sup>6</sup> <https://www.zeit.de/gesundheit/2024-01/aerzte-karl-lauterbach-gesundheitsminister-praxen>

# Vrais symptômes, mauvais remèdes

## **Le frein aux coûts rend les soins dépendants de la conjoncture**

Le mécanisme du « frein aux coûts » a des conséquences absurdes. Lorsque la situation économique se dégrade, il faut traiter moins. Si l'économie s'effondre, l'État doit freiner d'autant plus fortement dans le secteur de la santé. Le « frein aux coûts » lie notre médecine à l'évolution économique. Les suppressions d'emplois en période de difficultés économiques sont suivies d'une réduction des traitements médicaux grâce à ce mécanisme. C'est tragique : les soins médicaux doivent être axés sur les besoins des patients et des patientes. Il est inacceptable que les personnes soient moins bien traitées en période de difficultés économiques.

Il est juste d'augmenter l'efficacité du système de santé et de maîtriser les coûts. Mais lier la santé à l'évolution économique, c'est aller trop loin. Faire dépendre de la conjoncture le report d'interventions et les prestations de traitement est absurde.

De plus, le strict « frein aux coûts » en période de mauvaise conjoncture conduit à des économies qui touchent également le personnel de santé. Soixante-quatre pour cent des coûts dans les hôpitaux suisses sont des coûts de personnel : en 2021, 61% de la population a dit OUI à l'initiative sur les soins infirmiers, approuvant ainsi une amélioration de la situation dans ce domaine. Comment cette initiative peut-elle être compatible avec l'initiative du Centre ? Les licenciements seront difficilement évitables. L'initiative concerne très directement 230'000 collaborateurs dans les hôpitaux. Parmi eux, de nombreux travailleurs à temps partiel et surtout des femmes.

Le « frein aux coûts » affaiblit notre système de santé. Il impose au système de santé un plafond de coûts absurde. Le personnel de santé est, comme les patients, aussi touché. Dans l'ensemble, le « frein aux coûts » est une expérience dangereuse pour notre santé.