

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



# Verhandlungen | Délibérations Deliberazioni

13.079

Für eine öffentliche Krankenkasse.

Volksinitiative

Pour une caisse publique d'assurance-maladie.

Initiative populaire

Per una cassa malati pubblica.

Iniziativa popolare

Volksabstimmung vom 28.09.2014

Votation populaire du 28.09.2014

Votazione popolare del 28.09.2014

VH 13.079

Dokumentation | Documentazione | Documentazione | Documentazione

Parlamentsbibliothek

Bibliothèque du Parlement

Biblioteca del Parlamento



## Inhaltsverzeichnis / Table des matières

Seite - Page

1.	Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations		I
2.	Rednerliste - Liste des orateurs		II
3.	Zusammenfassung der Verhandlungen Résumé des débats		V VII
4.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Ständerat - Conseil des Etats	09.12.2013	1
	Nationalrat - Conseil national	05.03.2014	16
5.	Schlussabstimmungen - Votations finales		
	Ständerat - Conseil des Etats	21.03.2014	51
	Nationalrat - Conseil national	21.03.2014	52
6.	Namentliche Abstimmungen - Votes nominatifs		54
7.	Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» vom 21.03.2014		57
	Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» du 21.03.2014		59
	Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica» del 21.03.2014		61

## 1. Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations

### 13.079 s Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

Botschaft vom 20. September 2013 zur Volksinitiative  
‘Für eine öffentliche Krankenkasse‘ (BBl 2013 7929)

*NR/SR Kommission für soziale Sicherheit und  
Gesundheit*

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine  
öffentliche Krankenkasse»

**09.12.2013 Ständerat.** Beschluss nach Entwurf des  
Bundesrates.

**05.03.2014 Nationalrat.** Zustimmung.

**21.03.2014 Ständerat.** Der Bundesbeschluss wird in  
der Schlussabstimmung angenommen.

**21.03.2014 Nationalrat.** Der Bundesbeschluss wird in  
der Schlussabstimmung angenommen.

Bundesblatt 2014 2849

### 13.079 é Pour une caisse publique d'assurance- maladie. Initiative populaire

Message du 20 septembre 2013 concernant l'initiative  
‘Pour une caisse publique d'assurance-maladie‘ (FF  
2013 7113)

*CN/CE Commission de la sécurité sociale et de la  
santé publique*

Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une  
caisse publique d'assurance-maladie»

**09.12.2013 Conseil des Etats.** Décision conforme au  
projet du Conseil fédéral.

**05.03.2014 Conseil national.** Adhésion.

**21.03.2014 Conseil des Etats.** L'arrêté est adopté au  
vote final.

**21.03.2014 Conseil national.** L'arrêté est adopté au  
vote final. Feuille fédérale 2014 2759

## 2. Rednerliste - Liste des orateurs

### Nationalrat - Conseil national

<b>Aeschi</b> Thomas (V, ZG)	44
<b>Amaudruz</b> Céline (V, GE)	27
<b>Amstutz</b> Adrian (V, BE)	38
<b>Aubert</b> Josiane (S, VD)	27
<b>Berset</b> Alain, Bundesrat	47
<b>Borer</b> Roland F. (V, SO)	26
<b>Bortoluzzi</b> Toni (V, ZH) für die Kommission	17(K), 49(K), 53
<b>Bourgeois</b> Jacques (RL, FR)	24
<b>Brunner</b> Toni (V, SG)	47
<b>Büchel</b> Ronald Rino (V, SG)	41
<b>Bugnon</b> André (V, VD)	33
<b>Buttet</b> Yannick (CE, VS)	39
<b>Candinas</b> Martin (CE, GR)	25
<b>Carobbio Guscetti</b> Marina (S, TI)	22
<b>Cassis</b> Ignazio (RL, TI)	40
<b>Clottu</b> Raymond (V, NE)	37
<b>de Courten</b> Thomas (V, BL)	19
<b>Favre</b> Laurent (RL, NE)	33
<b>Fehr</b> Jacqueline (S, ZH)	18, 52
<b>Fridez</b> Pierre-Alain (S, JU)	30
<b>Fridl</b> Claudia (S, SG)	43, 44
<b>Germanier</b> Jean-René (RL, VS)	28
<b>Giezendanner</b> Ulrich (V, AG)	36, 37, 42, 44, 46
<b>Gilli</b> Yvonne (G, SG)	24
<b>Glättli</b> Balthasar (G, ZH)	46
<b>Gmür</b> Alois (CE, SZ)	42
<b>Grin</b> Jean-Pierre (V, VD)	39
<b>Gysi</b> Barbara (S, SG)	28
<b>Hadorn</b> Philipp (S, SO)	41, 42
<b>Hardegger</b> Thomas (S, ZH)	34
<b>Heim</b> Bea (S, SO)	35
<b>Herzog</b> Verena (V, TG)	30
<b>Hess</b> Lorenz (BD, BE)	22, 53
<b>Huber</b> Gabi (RL, UR)	52
<b>Humbel Näf</b> Ruth (CE, AG)	20, 52
<b>Ingold</b> Maja (CE, ZH)	32
<b>John-Calame</b> Francine (G, NE)	43

<b>Kessler</b> Margrit (GL, SG)	26
<b>Kiener Nellen</b> Margret (S, BE)	37, 38
<b>Lohr</b> Christian (CE, TG)	38
<b>Marra</b> Ada (S, VD)	33
<b>Meier-Schatz</b> Lucrezia (CE, SG)	31
<b>Moret</b> Isabelle (RL, VD) pour la commission	16, 49
<b>Mörgeli</b> Christoph (V, ZH)	32
<b>Müller</b> Geri (G, AG)	29
<b>Munz</b> Martina (S, ZH)	31
<b>Nidegger</b> Yves (V, GE)	42
<b>Pezzatti</b> Bruno (RL, ZG)	20
<b>Reimann</b> Lukas (V, SG)	28
<b>Rossini</b> Stéphane (S, VS)	21
<b>Rusconi</b> Pierre (V, TI)	40
<b>Rytz</b> Regula (G, BE)	25
<b>Schenker</b> Silvia (S, BS)	39
<b>Schmid-Federer</b> Barbara (CE, ZH)	34
<b>Stahl</b> Jürg (V, ZH)	45
<b>Steiert</b> Jean-François (S, FR)	44
<b>Tschümperlin</b> Andy (S, SZ)	46, 47
<b>van Singer</b> Christian (G, VD)	24, 47, 53
<b>Vitali</b> Albert (RL, LU)	36
<b>Walter</b> Hansjörg (V, TG)	38, 39
<b>Weibel</b> Thomas (GL, ZH)	23, 52
<b>Wermuth</b> Cédric (S, AG)	44

**Ständerat - Conseil des Etats**

<b>Berberat</b> Didier (S, NE)	12
<b>Berset</b> Alain, conseiller fédéral	13
<b>Bischofberger</b> Ivo (CE, AI)	5
<b>Diener Lenz</b> Verena (GL, ZH)	8
<b>Eberle</b> Roland (V, TG)	10
<b>Eder</b> Joachim (RL, ZG)	9
<b>Egerszegi-Obrist</b> Christine (RL, AG)	5
<b>Fetz</b> Anita (S, BS)	11
<b>Gutzwiller</b> Felix (RL, ZH)	2
<b>Keller-Sutter</b> Karin (RL, SG)	6
<b>Kuprecht</b> Alex (V, SZ)	7
<b>Maury Pasquier</b> Liliane (S, GE)	3
<b>Rechsteiner</b> Paul (S, SG)	2
<b>Savary</b> Géraldine (S, VD)	13
<b>Schwaller</b> Urs (CE, FR) für die Kommission	1, 13
<b>Stadler</b> Markus (GL, UR)	12
<b>Stöckli</b> Hans (S, BE)	10

### 3. Zusammenfassung der Verhandlungen

#### 13.079 Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

Botschaft vom 20. September 2013 zur Volksinitiative 'Für eine öffentliche Krankenkasse' (BBl 2013 7929)

**Die Volksinitiative, die in der Grundversicherung die bestehenden 61 Kassen durch eine öffentliche Krankenkasse ersetzen will, stiess in beiden Räten auf deutliche Ablehnung. Sie wurde lediglich von der links-grünen Seite unterstützt, die damit ein einfacheres, gerechteres und günstigeres Gesundheitssystem erreichen möchte. Insbesondere würden damit die Jagd nach guten Risiken beendet und unnötige Marketingkosten eingespart, wurde argumentiert. Die Gegner der Initiative warnten vor einer staatlichen Einheitskasse, die keine Wahlmöglichkeiten mehr zulasse und zu mehr Kosten und Qualitätsabbau führe. Das jetzige System sei zwar in einzelnen Bereichen zu verbessern, habe sich aber grundsätzlich bewährt.**

#### Ausgangslage

Die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» wurde von links-grünen Kreisen mit Unterstützung der Konsumentenorganisationen der Schweiz lanciert. Im Zentrum der Initiative steht eine einzige Forderung: die Einrichtung einer öffentlichen Einheitskasse durch den Bund, die anstelle der heute tätigen 61 Krankenkassen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen soll. Zu diesem Zweck verlangt die Volksinitiative eine Änderung des geltenden Verfassungsartikels 117 (Abs. 3 und 4) und eine entsprechende Ergänzung der Übergangsbestimmungen (Art. 197 Ziff. 8).

Nach Ansicht des Bundesrates drängt sich ein grundlegender Kurswechsel bei der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von einer Kassenvielfalt zu einer öffentlichen Krankenkasse nicht auf. Vielmehr ist der Bundesrat der Ansicht, dass ein System mit mehreren Versicherern in der sozialen Krankenversicherung klare Vorzüge gegenüber der Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse aufweist. Die Durchführung der obligatorischen Krankenversicherung durch mehrere Krankenversicherer hat in der Schweiz eine lange Tradition. Die Erfahrungen, die seit Einführung des KVG gemacht werden konnten, haben aber gezeigt, dass gewisse Anpassungen notwendig sind, damit das System optimal funktioniert. Der Bundesrat ist jedoch überzeugt, dass bestehende Fehlanreize wie beispielsweise die Risikoselektion ohne einen grundlegenden Systemwandel behoben werden können.

Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz heute eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten können sich entscheiden, ob sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei ihrem bisherigen Krankenversicherer fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Damit sind dem System wesentliche Wettbewerbselemente eigen, die auch die Anreize zu kostendämpfenden Massnahmen fördern. Daran will der Bundesrat festhalten und den Wettbewerb zur Gewährleistung eines qualitativ hochstehenden Krankenversicherungssystems beibehalten.

Der Bundesrat ist überzeugt, dass das Ziel der Kosteneindämmung mit wirtschaftlichen Anreizen für alle beteiligten Akteure besser erreicht werden kann als mit einem System mit nur einem Versicherer. Der Bundesrat ist sich aber auch bewusst, dass das heutige System noch optimiert werden muss. Er hat aus diesem Grunde bereits das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz an das Parlament überwiesen. Weitere Verbesserungen, insbesondere im Bereich der Risikoselektion und der Transparenz, sind notwendig.

Auch wenn der Bundesrat im Hinblick auf die Vielfalt der Krankenversicherer keine Strukturhaltung anstrebt, sieht er in einem abrupten Systemwechsel zu einem einzigen Versicherer keine Lösung der vordringlichen Probleme der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Aus all diesen Gründen lehnt der Bundesrat die Einführung einer einheitlichen öffentlichen Krankenkasse ab. (Quelle: Botschaft des Bundesrates)

#### Verhandlungen

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

09.12.2013	SR	Beschluss nach Entwurf des Bundesrates.
05.03.2014	NR	Zustimmung.
21.03.2014	SR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.
21.03.2014	NR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.



Im **Ständerat** beantragte Urs Schwaller (CE, FR) namens der Kommissionsmehrheit, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Die geringen Einsparmöglichkeiten stünden in keinem Verhältnis zu den enormen Kosten des Systemwechsels, die auf 1,5 Milliarden Franken geschätzt werden. Unabhängig davon habe der Versicherte in einer staatlichen Einheitskasse keine Wahlfreiheit mehr und könne die Kasse bei schlechter Dienstleistung nicht mehr wechseln. Zudem werden in Kantonen mit mehreren Prämienregionen Prämienanstiege befürchtet. Paul Rechsteiner (S, SG) vertrat den Antrag einer rot-grünen Kommissionsminderheit und plädierte für die Initiative. Er stellte fest, dass die Leistungen der Grundversicherung gesetzlich festgelegt seien und die Kassen in diesem Bereich keinen Gewinn machen dürfen. Die Konkurrenzmöglichkeiten der Krankenkassen lägen einzig darin, dass sie sich gegenseitig die guten Risiken abjagen würden. Eine einzige und öffentliche Krankenkasse sei dagegen als System effizient. Zudem könnte man sich dadurch pro Jahr etwa 200 Millionen Franken Marketing- und Werbekosten sparen. Von bürgerlicher Seite wurde vor einem solchen Monopolsystem gewarnt. Karin Keller-Sutter (RL, SG) sah in einer Einheitskasse den ersten Schritt zu einem vollständig steuerfinanzierten Gesundheitswesen, in welchem die Bürgerinnen und Bürger nur noch Bittsteller seien und keine Wahl mehr hätten. Mit monopolistischen Gesundheitssystemen habe man zudem im Ausland schlechte Erfahrungen gemacht, bezüglich gleichmässigem Zugang und Qualität der Leistungen sowie der Kostenentwicklung, gab Felix Gutzwiller (RL, ZH) zu bedenken. Alex Kuprecht (V, SZ) rechnete vor, dass 95 Prozent der Kosten auf die Versicherungsleistungen entfielen und lediglich 5 Prozent auf die Verwaltungskosten, das würde sich mit einer Einheitskasse nicht ändern. Christine Egerszegi-Obrist (RL, AG) wie auch Verena Diener Lenz (GL, ZH) kündeten an, sich der Stimme zu enthalten. Egerszegi machte ihre definitive Haltung zur Vorlage davon abhängig, ob das Parlament am jetzigen System ernsthaft Verbesserungen vornehmen wolle. Sie erinnerte daran, dass das vom Ständerat gutgeheissene Aufsichtsgesetz über die Krankenversicherungen eben erst vom Nationalrat zurückgewiesen wurde. Sie kritisierte, dass die Krankenversicherer viel Geld ausgaben, um möglichst viele Gesunde anzuziehen. Das sei aber nicht der Zweck der Krankenversicherung. Zudem sei in der Grundversicherung eigentlich gar kein Wettbewerb möglich. Sie rief deshalb dazu auf, Modelle einer Einheitskasse für die Basisversicherung ohne ideologische Scheuklappen zu prüfen. Vorstellbar sei ein Modell SUVA oder ein Modell mit kantonalen oder regionalen Kassen. Nach ausführlicher Debatte schloss sich der Ständerat seiner Kommission an und empfahl die Initiative mit 28 zu 13 Stimmen bei 3 Enthaltungen zur Ablehnung.

Im **Nationalrat** zeigte sich hinsichtlich der politischen Fronten und der Argumente in etwa das gleiche Bild wie im Ständerat. Namens der vorberatenden Kommission beantragte Toni Bortoluzzi (V, ZH) die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen. Die Vielfalt des Angebots sei einem Einheitsangebot überlegen. Im jetzigen System seien die Kassen daran interessiert, am Markt zu bestehen und möglichst günstige Prämien anzubieten. Bei einer Einheitskasse entfalle dieser Wettbewerbsdruck. Es sei zudem zu befürchten, dass eine staatliche Kasse mit politisch motivierten Defiziten leben müsse, wie etwa bei der Arbeitslosenversicherung oder der Invalidenversicherung. Die Folge seien steigende Prämien und Staatsbeiträge befürchtet die Kommission. Anderer Meinung war Jacqueline Fehr (S, ZH). Sie warb für ein Ja zu Initiative und für ein System das einfacher, gerechter und günstiger sei. Sie argumentierte, dass sich die Kassen mehr um ihr Business als um das Wohl der Patientinnen und Patienten kümmern. Sie seien daran interessiert möglichst viel Zahlende und möglichst wenig Beziehende zu haben. Die Risikoselektion, die Marketingkosten und die Telefonwerbung seien ein Ausdruck dieser Haltung. Eine öffentlich-rechtliche Versicherung wie die SUVA, die ihre Versicherten nicht loswerden kann, sei demgegenüber interessiert, die Mitglieder gesundzupflegen und in die Prävention zu investieren. In einer ausführlichen Debatte meldeten sich zahlreiche Rednerinnen und Redner zu Wort. Unterstützt wurde die Initiative von Vertreterinnen und Vertretern der links-grünen Seite. Die Einheitskasse, so wurde argumentiert, könne zwar nur einen Teil der Probleme des Gesundheitswesens lösen. Zumindest werden aber ein Scheinwettbewerb und die Jagd nach guten Risiken unterbunden. Ebenfalls würden unnötige Marketing- und Verwaltungskosten eingespart. Die Vertreterinnen und Vertreter der bürgerlichen Parteien warnten ihrerseits von einem schädlichen Staatsmonopol, das keine Probleme löse, sondern im Gegenteil Kosten verursache und zu Qualitätsabbau führe. Ein bewährtes System solle nicht für ein riskantes Experiment über den Haufen geworfen werden. Zudem seien nicht die Werbe- und Verwaltungskosten die grossen Kostentreiber im Gesundheitswesen, argumentierten die Gegner. Der Rat schloss sich schliesslich seiner Kommission an und empfahl die Initiative mit 124 zu 61 Stimmen zur Ablehnung.

**In der Schlussabstimmung wurde der Bundesbeschluss im Ständerat mit 27 zu 12 Stimmen bei 3 Enthaltungen und im Nationalrat mit 132 zu 62 Stimmen bei 2 Enthaltungen angenommen.**

### 3. Résumé des délibérations

#### 13.079 Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire

Message du 20 septembre 2013 concernant l'initiative «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» (FF 2013 7113)

**L'initiative populaire, qui vise à remplacer les 61 caisses-maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins par une caisse publique, a été largement rejetée par les deux conseils. Elle a été soutenue uniquement par la gauche et les Verts, lesquels souhaitent la mise en place d'un système de santé plus simple, plus équitable et moins coûteux. Pour les partisans de l'initiative, ce changement de système permettrait notamment de mettre fin à la « chasse aux bons risques » et d'économiser des frais de marketing inutiles. De leur côté, les opposants à l'initiative ont mis en garde contre les conséquences d'une caisse publique unique, qui priverait les assurés de leur liberté de choix et qui entraînerait une augmentation des coûts et une baisse de la qualité des prestations. S'ils admettent que des améliorations seraient possibles dans certains domaines, ils estiment cependant que le système actuel a fait ses preuves et qu'il devrait être maintenu.**

#### Situation initiale

L'initiative populaire « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » a été lancée par les milieux de gauche et les milieux écologistes avec le soutien des organisations suisses de défense des consommateurs. Elle est centrée sur une seule exigence : l'institution par la Confédération d'une caisse publique pour l'assurance obligatoire des soins en lieu et place des 61 caisses-maladie qui la pratiquent aujourd'hui. A cette fin, l'initiative populaire appelle une modification de l'actuel art. 117 de la Constitution (al. 3 et 4) et l'ajout de dispositions transitoires correspondantes (art. 197, ch. 8).

De l'avis du Conseil fédéral, le changement de cap fondamental qui consisterait à confier l'assurance obligatoire des soins à une caisse publique plutôt qu'à une multitude de caisses ne s'impose pas. Le Conseil fédéral estime au contraire qu'un système composé d'une pluralité d'assureurs dans l'assurance-maladie sociale présente d'évidents avantages par rapport à une situation de monopole avec une seule caisse-maladie. La pratique de l'assurance-maladie obligatoire par plusieurs assureurs-maladie a une longue tradition dans notre pays. Les expériences faites depuis l'entrée en vigueur de la LAMal ont cependant montré que certaines adaptations sont nécessaires pour que le système fonctionne de manière optimale. Le Conseil fédéral est néanmoins convaincu que les incitations négatives actuellement constatées, comme la sélection des risques, peuvent être corrigées sans opérer un changement fondamental du système.

Avec le libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté totale dans le choix de son assureur. Les assurés peuvent décider de continuer à s'assurer pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la même caisse ou de changer d'assureur. Le système actuel comporte des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral souhaite le maintenir et entend conserver la concurrence afin de garantir un système d'assurance-maladie de qualité.

Le Conseil fédéral est convaincu que l'objectif de modération des coûts avec des incitations économiques pour tous les acteurs impliqués peut être atteint plus efficacement qu'avec un système qui ne comprend qu'un seul assureur. Mais le Conseil fédéral est également conscient que le système actuel doit encore être optimisé. Il a pour cette raison déjà transmis au Parlement la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. D'autres améliorations, en particulier dans le domaine de la sélection des risques et de la transparence, sont nécessaires.

Même s'il ne tient pas forcément au maintien d'une structure reposant sur une pluralité d'assureurs-maladie, le Conseil fédéral ne pense pas qu'un changement de système abrupt au profit de la mise en place d'une caisse unique constitue une solution aux problèmes prioritaires de l'assurance obligatoire des soins.

Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral s'oppose à l'institution d'une caisse maladie publique. (Source: message du Conseil fédéral)

## Délibérations

Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»

09.12.2013	CE	Décision conforme au projet du Conseil fédéral.
05.03.2014	CN	Adhésion.
21.03.2014	CE	L'arrêté est adopté au vote final.
21.03.2014	CN	L'arrêté est adopté au vote final.

Au **Conseil des États**, Urs Schwaller (CE, FR) a proposé, au nom de la majorité de la commission, de recommander le rejet de l'initiative, arguant que les faibles potentiels d'économies seraient sans commune mesure avec les coûts énormes – estimés à 2,5 milliards de francs – qu'occasionnerait un changement de système. Il a ajouté que dans une caisse publique unique, l'assuré serait privé de toute liberté de choix et n'aurait plus la possibilité de changer de caisse si la qualité des prestations ne lui donnait plus satisfaction. Par ailleurs, la majorité craint des augmentations des primes dans les cantons comptant plusieurs régions de primes. Défendant la proposition d'une minorité rose-verte de la commission, Paul Rechsteiner (S, SG) a plaidé en faveur de l'initiative. Il a rappelé que les prestations de base de l'assurance-maladie étaient définies par la loi et que les caisses-maladie ne pouvaient pas réaliser de profit dans ce domaine. Ces dernières peuvent entrer en concurrence uniquement dans le cadre de la chasse aux bons risques, pratique à laquelle une caisse unique pourrait mettre fin. De plus, un tel système permettrait de réaliser quelque 200 millions de francs d'économies par an dans les domaines du marketing et de la publicité. De leur côté, les partis bourgeois ont mis en garde contre le passage à un système de monopole. Ainsi, Karin Keller-Sutter (RL, SG) voit la caisse unique comme le premier pas vers un système de santé entièrement financé par les impôts, dans lequel les citoyens ne seraient plus que des quémandeurs privés de toute liberté de choix. Felix Gutzwiller (RL, ZH) a en outre souligné les expériences négatives réalisées par les pays dotés d'un régime de monopole dans le domaine de la santé, en particulier en ce qui concerne l'accès aux prestations et la qualité de ces dernières, ainsi que l'évolution des coûts. Alex Kuprecht (V, SZ) a estimé que les prestations d'assurance représentaient 95 % des coûts contre seulement 5 % pour les frais administratifs, et que cette répartition ne changerait pas avec le passage à une caisse unique. Christine Egerszegi-Obrist (RL, AG) et Verena Diener Lenz (GL, ZH) ont fait part de leur intention de s'abstenir de voter. Madame Egerszegi a indiqué qu'elle pourrait toutefois se rallier au projet si le Parlement envisageait sérieusement d'apporter des améliorations au système actuel. Elle a rappelé que le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, approuvé par le Conseil des États venait alors à peine d'être renvoyé au Conseil fédéral. Elle a déploré les sommes d'argent considérables dépensées par les assureurs pour attirer chez eux le plus grand nombre possible de personnes en bonne santé, ce qui, comme elle rappelle, n'est pas le but d'une assurance-maladie. Étant donné qu'aucune concurrence ne peut s'exercer sur les prestations de l'assurance de base, Madame Egerszegi a appelé le Parlement à examiner, sans œillères idéologiques, des modèles de caisse unique pour l'assurance-maladie obligatoire. Un modèle tel que celui de la SUVA ou un modèle constitué d'une institution nationale et d'agences cantonales ou régionales seraient envisageables. À l'issue de débats nourris, le Conseil des États s'est rallié à sa commission et a décidé, par 28 voix contre 13 et 3 abstentions, de recommander le rejet de l'initiative.

Au **Conseil national**, les alliances politiques et les arguments avancés étaient semblables à ceux rencontrés au Conseil des États. Au nom de la commission chargée de l'examen préalable, Toni Bortoluzzi (V, ZH) a proposé de recommander le rejet de l'initiative. Un système reposant sur la diversité de l'offre est préférable à un régime de monopole. Dans le système actuel, les caisses-maladie souhaitent en effet se maintenir sur le marché en proposant notamment des primes aussi avantageuses que possible ; avec une caisse unique, la pression liée à la concurrence disparaîtrait. La commission craint en outre que l'institution d'une caisse publique entraîne des déficits justifiés par des motifs politiques – comme c'est le cas pour l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité –, ce qui conduirait à une augmentation des primes et nécessiterait une participation financière de l'État. Partisane de l'initiative, Jacqueline Fehr (S, ZH) s'est exprimée en faveur d'un système plus simple, plus équitable et plus avantageux. Elle reproche aux caisses-maladie d'être davantage préoccupées par leur chiffre d'affaires que par le bien-être des patients. Selon elle, celles-ci cherchent à attirer le plus de payeurs possible et le moins de demandeurs possible : les pratiques telles que la sélection des risques, les frais engagés dans le marketing et le démarchage téléphonique sont révélatrices de la politique suivie par les caisses. Une assurance de droit public, comme la SUVA, qui ne peut « se débarrasser » de ses assurés, est en revanche intéressée par la guérison des patients et disposée à investir dans la prévention. Au cours d'intenses débats, de nombreux députés ont pris la parole. L'initiative a reçu le soutien de plusieurs représentants du camp rose-vert, qui ont estimé que, si la caisse unique ne résoudrait qu'une partie des difficultés auxquelles est confronté le système de santé,

elle aurait au moins le mérite de mettre un terme à la chasse aux bons risques et à la pseudo-concurrence entre les caisses-maladie. La solution proposée permettrait également d'économiser des frais de marketing et des frais administratifs inutiles. Les représentants des partis bourgeois ont, pour leur part, mis en garde contre les méfaits d'un monopole public qui, loin de régler des problèmes, entraînerait des coûts élevés et une baisse de la qualité. Un système éprouvé ne devrait pas être sacrifié au profit d'un système expérimental risqué. En outre, les opposants à l'initiative affirment que les frais publicitaires et administratifs ne constituent pas les plus grands facteurs de coûts du système de santé. Suivant sa commission, le Conseil national a décidé, par 124 voix contre 61, de recommander le rejet de l'initiative.

**Lors du vote final, l'arrêté fédéral a été approuvé au Conseil des États par 27 voix contre 12 et 3 abstentions et au Conseil national par 132 voix contre 62 et 2 abstentions.**

## Neunte Sitzung – Neuvième séance

Montag, 9. Dezember 2013

Lundi, 9 décembre 2013

16.15 h

13.079

### Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

### Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire

Erstrat – Premier Conseil

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBI 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

Ständerat/Conseil des Etats 09.12.13 (Erstrat – Premier Conseil)

**Präsident** (Germann Hannes, Präsident): Ich begrüsse Sie zur dritten Sessionswoche und möchte zu Beginn der Sitzung Gratulationswünsche weitergeben: Herr Roland Eberle hat am Samstag, 7. Dezember, Geburtstag gefeiert. Herzliche Gratulation! (*Beifall*)

**Schwaller Urs** (CE, FR), für die Kommission: Die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» verlangt, dass die soziale Krankenversicherung, also die Grundversicherung, von einer einheitlichen nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung durchgeführt wird. Die Organe der Einheitskasse werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet. Die Einheitskasse verfügt über kantonale oder interkantonale Agenturen. Diese legen dann die pro Kanton einheitlichen Prämien fest, besorgen das Inkasso der Prämien, vergüten die Leistungen – so weit kurz zusammengefasst der Initiativtext.

Der künftige schweizerische Verwaltungsrat der Einheitskasse bzw. der Verwaltungsrat der kantonalen Agenturen wird wie gesagt aus Bundes- und Kantonsvertretern, aus Versicherten und Leistungserbringern zusammengesetzt sein. Damit haben in der heutigen Debatte alle als obligatorisch grundversicherte Personen eine Interessenbindung, nebst der speziellen Interessenbindung als Verwaltungsräte, Präsidenten, als Mitglieder von Krankenversicherungen, Spitalern, Spitalverbänden, von Ärztenverbänden, Pflegerinnen-, Krankenschwestern-, Hebammen- und Patientenverbänden usw. Meine Interessenbindung liegt neben der Eigenschaft als Grundversicherter noch darin, dass ich Mitglied des Beirates der Groupe Mutuel und der Abstimmungsallianz gegen die Einheitskasse bin.

Doch zurück zur Behandlung der Initiative: Die Kommission beantragt Ihnen mit 7 zu 4 Stimmen bei 1 Enthaltung, die Initiative abzulehnen. Wir haben in der Kommission auch die Vertreter der Krankenversicherungen und des Initiativkomitees angehört. Sie stimmten zumindest in dem Punkt überein, dass die vorliegende Frage eines Systemwechsels dringlich zu behandeln sei, was wir heute ja auch tun.

Die Vertreter des Initiativkomitees haben dann insbesondere bemängelt, dass es heute zu viele Versicherungsprodukte in der Grundversicherung gebe. Die Vergleichbarkeit als wesentliches Element des Wettbewerbs sei nicht gegeben und die Aufsicht sei mangelhaft. Der Fokus der Versicherer liege auf der Risikoselektion. Die Versicherten hätten zudem heute je nach Grundversicherung, so wurde es gesagt,

Zugang zu unterschiedlichen Leistungen im Bereich der Grundversicherung. In der Einheitskasse – so wurde auf eine entsprechende Frage ausgeführt – bleibe das Franchisenmodell bestehen und der Wettbewerb entstehe dadurch, dass sich die Versicherten im Kanton A fragen würden, warum sie höhere Prämien als die Versicherten im Kanton B zu bezahlen hätten. Die höhere Prämie setze alsdann die Kantone unter Druck, ihr Gesundheitssystem zu optimieren. Der Wettbewerb und Konkurrenzdruck finde dann unter den Kantonen und nicht mehr unter den Versicherungen statt. Schliesslich und endlich wurde auch noch ausgeführt, es brauche nur noch Reserven für die ganze Schweiz. Die Einheitskasse ermögliche weiter auch die Einführung einer effektiven Behandlungskette schwerkranker teurer Patienten, welche ja bekanntlich in der Managed-Care-Abstimmung abgelehnt worden ist. Das Einsparpotenzial betrage 300 bis 350 Millionen Franken und setze sich insbesondere aus Einsparungen im Bereich Marketing und Werbung zusammen. So weit zu den gehörten Argumenten. Gleich wie die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, welche die Initiative mit 15 zu 9 Stimmen bei 2 Enthaltungen ablehnt, ist die Kommissionsmehrheit der Auffassung, dass eine staatliche Einheitskasse das Problem der steigenden Gesundheitskosten nicht löst und nicht lösen kann.

Die Grundversicherung hat heute ein Volumen von rund 25 Milliarden Franken. 95 Prozent dieses Betrages betreffen die Abgeltung von bezogenen Leistungen. Daran ändert auch eine staatliche Einheitskasse nichts, eine staatliche Einheitskasse bewirkt hier keinen Franken Einsparungen. Das Gegenteil ist der Fall: Im Hearing wurde ausgeführt, dass das heutige System den Leistungsbezug zu stark einschränke und die Versicherten mit einer Einheitskasse weniger eingeschränkt seien. Mehr Leistungsbezug heisst aber auch höhere Prämien. Mit einer Einheitskasse können einzig, das ist zuzugeben und wird auch nicht bestritten, die Marketing- und Werbekosten, welche vom BAG auf rund 80 Millionen Franken geschätzt werden, sowie ein Teil der Wechselkosten eingespart werden. Auch bei einer Einheitskasse gibt es aber mit jedem Kantonswechsel administrative Wechselkosten, diese Kosten fallen nicht zu 100 Prozent weg.

Die Einsparmöglichkeiten der Einheitskasse stehen zudem in keinem Verhältnis zu den auf 1,5 Milliarden Franken geschätzten Kosten des Systemwechsels von den heute rund 60 Kassen auf eine staatliche Monopolkasse. Nicht klar sind heute die Betriebskosten einer Einheitskasse. Bis jetzt hat zumindest noch niemand behauptet, dass diese tiefer wären als im heutigen System.

Unabhängig von den kleinen Einsparmöglichkeiten spricht nach Auffassung der Kommissionsmehrheit vor allem gegen die staatliche Einheitskasse, dass der Versicherte sein Wahlrecht verliert: Er kann auch bei einer schlechten Dienstleistung durch die Einheitskasse die Kasse nicht wechseln, es gibt ja nur eine Kasse. Mit dem Wegfall jeder Konkurrenz unter den verschiedenen Kassen und weil sich der Verwaltungsrat der Einheitskasse gerade auch und vor allem aus Leistungserbringern und Kantonen in ihrer Mehrfachrolle zusammensetzt, gibt es auch keinen besonderen Druck mehr, möglichst gute Tarife für Leistungen auszuhandeln.

Pro Kanton gibt es nur noch eine Prämie, was in allen Kantonen mit mehreren Prämienregionen für viele Versicherte, insbesondere in den ländlichen Gebieten mit zum Teil schlechterer Versorgung, zu einem Prämienanstieg führen wird.

Es kommt noch hinzu, dass für all jene, und das sind ja nicht wenige, welche irgendeine Zusatzversicherung haben, der ärztliche Leistungserbringer zwei Rechnungen auszustellen hat und der Versicherte im Krankheitsfall nun auf jeden Fall zwei Ansprechpartner hat. Der entsprechende Verwaltungsaufwand in einer Einheitskasse nimmt stark zu.

So weit die wichtigsten Argumente, welche sicher in der folgenden Diskussion noch ergänzt werden. Ich lasse es einleitend dabei bewenden. Ich füge aber aus einer persönlichen Einschätzung, Wahrnehmung noch bei, dass ich es bedauere, dass im Nationalrat eine verbesserte Aufsicht über

die Grundversicherung blockiert wurde und auch die Regelung der Frage der seit 1996 zu viel oder zu wenig bezahlten Prämien auf später verschoben worden ist. Die Regelung beider Fragen würde es erlauben, sich in der bevorstehenden Abstimmungsdebatte vor allem auf die offensichtlichen Schwächen der Initiative zu konzentrieren, deren Umsetzung nach meiner Einschätzung überhaupt nicht klar ist. Die Kommissionsmehrheit beantragt Ihnen aus den dargelegten Gründen, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Rechsteiner Paul (S, SG):** Der letzte grosse Reformschritt in der sozialen Krankenversicherung erfolgte 1996 mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz und dem Krankenversicherungspflichtgesetz. Was in den USA erst unter der Regierung Obama gelungen ist – auch wenn an der konkreten Umsetzung jetzt noch herumgedoktert wird –, ist bei uns seit nun bald zwanzig Jahren Realität. Das Obligatorium bedeutet, dass niemand von der Krankenversicherung ausgeschlossen werden darf und dass alle in der obligatorischen Versicherung Anspruch auf den gleichen Leistungskatalog haben. Das sind grosse soziale Errungenschaften in unserem Gesundheitswesen. Diese Errungenschaften wirken sich sehr zum Nutzen der Bevölkerung aus.

Nicht Schritt gehalten mit diesen grossen Veränderungen haben die Krankenkassen und die Versicherungslandschaft. Obschon wir heute ein Versicherungsobligatorium mit gesetzlich festgelegten Leistungen haben, verhalten sich die Versicherungskonzerne so, als befänden wir uns bei der Versicherung im Gesundheitswesen nach wie vor in einem Wettbewerbssystem. Wir erleben das jeden Herbst wieder aufs Neue: Mit aufdringlichen Anrufen wird uns ein Versicherungswechsel geradezu aufgedrängt, wenigstens solange wir nicht durchblicken lassen, dass wir gerade eine schwerere Krankheit hinter uns hätten. An jedem Kassenwechsel wird verdient, ohne dass unser Gesundheitssystem irgendetwas davon hätte. Die Werbe- und Marketingkosten belaufen sich inzwischen auf über 200 Millionen Franken pro Jahr. Wenn wir danach fragen, ob wir die Krankenversicherung durch ein System mit einer Vielzahl von Krankenkassen oder durch ein System mit einer einzigen, öffentlichen Krankenkasse organisieren wollen, wie es die Initiative vorschlägt, dann muss das entscheidende Kriterium bei der Beantwortung dieser Frage jenes der Effizienz sein – der Effizienz aus Sicht des Gesamtsystems und aus Sicht der betroffenen Bevölkerung, der Versicherten.

Der Wettbewerb ist immer dann ein effizientes Verfahren, wenn sich die Produkte qualitativ unterscheiden. Ginge es bei der Krankenversicherung um normale Güter und Dienstleistungen, käme niemand auf die Idee, die Konkurrenz unter Kassen und Versicherungen abzuschaffen. Bei der obligatorischen Krankenversicherung geht es aber um ein besonderes Gut. Die Leistungen sind abschliessend im Gesetz geregelt. Es gibt hier keinen Wettbewerb bei den Leistungen. Die Krankenversicherungen dürfen in der Grundversicherung auch keinen Gewinn machen. Es ist deshalb nicht einzusehen, weshalb die Kassenvielfalt aus Sicht der Betroffenen, der Versicherten, Vorteile bringen soll. Im Gegenteil: Wenn die Leistungen gesetzlich festgelegt sind – und das sind sie im KVG –, dann ist eine öffentliche Kasse für die Betroffenen transparent und als System effizient.

Denn wo liegen heute für die Kassen die Konkurrenzmöglichkeiten? Letztlich doch einzig darin, dass sie sich gegenseitig die guten Risiken abjagen. Deshalb braucht es in einem Wettbewerbssystem bei gesetzlich abschliessend geregelten Leistungen wieder einen Risikoausgleich und immer wieder Verfeinerungen dieses Risikoausgleichs. Aber auch der beste Risikoausgleich kann nicht verhindern, dass wieder Mittel und Wege gesucht werden, die Verteilung der Risiken auszuhebeln, denn nur auf diesem Gebiet können die Kassen konkurrieren. Mit einer öffentlichen Krankenkasse braucht es keinen Risikoausgleich, es braucht keine Ausgaben für Werbung und Marketing, es braucht keine Krankenkassenverbände, und es entstehen keine Wechselkosten. Das ist günstiger und effizienter, und die Versicher-

ten müssen sich zudem nicht alljährlich mit der Kassenwahl herumschlagen.

In einer gesundheitspolitischen Perspektive kommt ein weiterer Grund hinzu: Bricht sich jemand einen Wirbel, dann trägt die Unfallversicherung die Gesamtverantwortung für diesen Unfall, theoretisch und oft auch praktisch – wenn wir an die Problematik von Rückfällen denken – bis zum Lebensende. Das ist der Grund dafür, dass die Unfallversicherung ein grosses Interesse an einer guten und nachhaltigen Versorgung bezüglich der Unfallfolgen hat. Das ist ein grosser Systemvorteil der Unfallversicherung. Diesen Systemvorteil gibt es bei der Krankenversicherung im Wettbewerbssystem nicht. Hat also jemand beispielsweise statt eines Wirbelbruchs einen Tumor im Wirbelbereich, dann weiss der zuständige Krankenversicherer nicht, ob er auch im nächsten Jahr oder in fünf, in zehn Jahren noch für den Patienten zuständig sein wird. Sein Behandlungsinteresse ist somit nicht das gleiche wie dasjenige in der Unfallversicherung. Im System der öffentlichen Krankenkasse gibt es dagegen nur noch eine Gesamtverantwortung, wie bei der Unfallversicherung, und keine Interessen mehr, schlechte Risiken abzuschieben.

Die Krankenkassenverbände – die traditionelle Santésuisse wie auch der sich innovativ nennende neue Kassenverband Curafutura – wehren sich mit Händen und Füssen gegen diese Innovation der öffentlichen Krankenkasse, und das mit dem Einsatz enormer Mittel, die eigentlich im Gesundheitswesen besser für die Interessen der Versicherten eingesetzt würden. Hier wird ein weiterer Vorteil der öffentlichen Krankenkasse sichtbar: Bei einer öffentlichen Krankenkasse wäre Schluss mit dem diesbezüglichen Lobbyismus im Bundeshaus, der seinesgleichen sucht, indem beispielsweise gutbezahlte parlamentarische Beiräte bei uns in der Lage sind, fast jeden positiven Reformschritt in der Krankenversicherung zu blockieren, wie wir das jetzt im Nationalrat beim Krankenversicherungsaufsichtsgesetz wieder auf eine traurige Art und Weise erleben. Diesem Gesetz ging eine Opposition dieser Krankenkassenverbände voraus; mindestens in der ersten Runde ist die Mehrheit des Nationalrates dieser gefolgt. Dabei verfügt die öffentliche Krankenversicherung bis heute nicht über eine mit der Privatversicherung vergleichbare Aufsicht – ein offenkundiger Missstand, dessen Behebung durch diese Lobbytätigkeit verhindert wird.

Das schweizerische Gesundheitssystem steht im weltweiten Vergleich gut da, wenn man von dessen Finanzierung über Kopfprämien absieht. Wo es wie bei der Grundversicherung um eine Sozialversicherung geht, haben die Schweizerinnen und Schweizer gute Erfahrungen mit öffentlichen Institutionen gemacht. Das wichtigste Beispiel dafür ist natürlich die AHV, aber auch ein Modell, wie es die Suva bei der Unfallversicherung darstellt. Das neue Krankenversicherungsgesetz von 1996, das der Bevölkerung zugutegekommen ist, war ein grosser Reformschritt. Machen wir nun folgerichtig den nächsten Schritt zur öffentlichen Krankenkasse!

Ich bitte Sie, dem Antrag der Minderheit zuzustimmen und damit die Initiative zur Annahme zu empfehlen.

**Gutzwiller Felix (RL, ZH):** Sie wissen aus dem Register der Interessenbindungen, dass ich im Verwaltungsrat der Krankenversicherungskasse Sanitas bin. Ich mache zuerst einige grundsätzliche Bemerkungen und dann zwei, drei Bemerkungen zu Detailspekten dieser Vorlage.

Die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» will einen Systemwechsel, das sagen ihre Promotoren selber. Wir reden schon zum dritten Mal über diesen Systemwechsel, wenn auch mit Varianten. Ich sage vorab, dass es diesen nicht braucht, dass er im Gegenteil sogar Risiken beinhaltet und dass wir keine Experimente mit einem teuren und unklaren Ausgang machen sollten.

Herr Rechsteiner hat es eben gesagt: Das schweizerische Gesundheitswesen ist ohne Zweifel – das zeigen alle Indikatoren – eines der besten der Welt. Es ist relativ teuer, aber gemessen an der Zugänglichkeit für alle, an der Qualität für alle, gemessen am Mass an Wahlfreiheit und an verschiedenen Modellen ist es ohne Zweifel eines der besten der Welt.



Die primäre Frage ist sicher, wie wir dieses System weiter optimieren können, aber nicht, ob wir dieses gute System aufs Spiel setzen sollen, indem wir einen radikalen Kurswechsel vornehmen. Ich vermerke zudem, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem jetzigen System ausserordentlich hoch ist. Fragt man die Bevölkerung nämlich nicht nach ihrem generellen Gefühl irgendwelchen Akteuren gegenüber, sondern nach ihrer persönlichen Situation, sagen über 90 Prozent der Schweizer Bevölkerung, dass sie mit ihrer Versorgung, mit ihren Ärztinnen und Ärzten sehr zufrieden seien – das ist ganz eindeutig.

Eine weitere Betrachtung, die hier anzustellen ist, betrifft die internationalen Erfahrungen. Wir wollen kein Seminar abhalten, aber ganz kurz zusammengefasst gibt es drei Grundtypen von Versorgungsstrukturen:

Es gibt einmal die rein staatlichen Monopole, wie typischerweise England eines kennt. Hierzu kann man sehr vereinfacht sagen: Man kann diesen Systemen durchaus zubilligen, dass sie die Kosten relativ gut decken, aber es mangelt an Qualität, das wissen Sie. Sie warten bei einem System mit einem staatlichen Monopol, wie England es kennt, monatelang auf moderne Krebsbehandlungen. Das führt fraglos überall, wo es so gemacht wird, direkt zu einem zweiten, privaten Sektor, dessen Leistungen sich nur diejenigen Leute leisten können, die das nötige Geld dafür haben.

Dann gibt es die rein privaten Systeme, wie typischerweise die USA eins kennen: Sie führen ohne Zweifel zu Spitzenleistungen in der Versorgung, gleichzeitig aber auch zu einer schlechten Verteilung der Leistungen und in gewissen Aspekten zu einer unsozialen Versorgung.

Im Weiteren gibt es die privat-öffentlichen Mischsysteme. Zu den Ländern mit solchen Systemen gehört die Schweiz, auch Deutschland etwa. Diese Systeme haben im internationalen Vergleich ohne Zweifel die besten Kosten-Nutzen-Quotienten, schneiden am besten ab bezüglich Qualität, Zugänglichkeit usw., also bei den Dingen, die für die Bevölkerung und den einzelnen Patienten wirklich wichtig sind.

Die zu debattierende Frage lautet also eigentlich nicht, ob ein staatlicher Monopolist, wie er hier vorgeschlagen ist, wirklich das Potenzial zur Verbesserung der Versorgung hat. Sie lautet eher: Führt ein solches System nicht zu einer Verschlechterung, führt es nicht in eine Zweiklassenmedizin? Ich erwähne dabei nicht die Umstellungskosten von geschätzten zwei Milliarden Franken; ich erwähne dabei nicht, dass die Initianten – das zeigt, mit welcher doch ein bisschen naiven Grundhaltung sie an dieses Thema herangegangen sind – in den Übergangsbestimmungen für den Erlass eines Gesetzes eine Frist von nur drei Jahren vorsehen, was bei der Komplexität der Thematik überhaupt nicht adäquat ist. Ich bestreite nicht, dass Optimierungen im heutigen System nötig sind – Herr Schwaller hat das ausgeführt –, etwa beim Risikoausgleich oder hinsichtlich einer straffen Aufsicht. Das braucht es, und das braucht es zügig. Im Einzelnen wird gesagt, Wettbewerb bringe in diesem Kontext nichts. Sicher findet er zumindest bei den obligatorischen Leistungen nicht statt. Es gibt aber immerhin überobligatorische Leistungen, und da unterscheiden sich die Versicherer. Es gibt verschiedene Modelle, und es gibt Wettbewerb bei der Kostenkontrolle. Es gibt also andere Bereiche, in denen durchaus ein gewisser Wettbewerb vorhanden ist. Vor allem aber ergibt sich durch diese wettbewerbliche Struktur keine Akkumulation von Macht, die ein staatlicher Monopolist ohne Zweifel hat.

Man sagt, das solle dann etwa wie die kantonalen AHV-Ausgleichskassen gestaltet werden. Sie kennen diese – man kann sich schwerlich vorstellen, dass es im Rahmen der kantonalen AHV-Ausgleichskassen wettbewerbliche Elemente gibt. Das wäre dann eben ein Monopolist; die einzelnen Klienten hätten da nicht unbedingt sehr viel zu sagen.

Es sei hier vielleicht noch ein neues Element angeführt, und es erstaunt in diesem Zusammenhang, woher diese Initiative kommt: In den monopolistischen Systemen – weltweit – sind die sozialen Unterschiede in der Versorgung deutlich grösser als in den dezentralen, wettbewerblichen Systemen. Es gibt etwa aus England Untersuchungen, die ganz klar

zeigen, dass die Unterschiede in der Versorgung der englischen Regionen – das korreliert absolut mit den sozioökonomischen Indikatoren – in zwanzig, dreissig Jahren National Health Service absolut stabil geblieben sind. Die sozialen Unterschiede wurden also in keiner Art und Weise verkleinert, im Gegenteil: Das wettbewerbliche System mit einem breiten Versichertenkollektiv, das die Kantons Grenzen gerade überschreitet, sorgt dafür, dass Versorgungsunterschiede in den Regionen nicht wirklich möglich sind. Kein Versicherer würde es dulden, dass seine Versicherten im Kanton X oder im Tal Y deutlich schlechter versorgt werden als irgendwo anders. Genau das ist aber in den staatlich-monopolistisch organisierten Systemen der Fall.

Die Kostenfrage: Man kann lange darüber sprechen – die Anreize sind völlig unklar. Im Gegensatz etwa zum zitierten Beispiel der Suva ist hier eine völlig andere Governance vorgesehen. Es sind nicht Arbeitnehmer und Arbeitgeber, es sind hier Leistungserbringer, die öffentliche Hand und sogenannte Patienten, wobei nicht definiert ist, wie diese demokratisch bestimmt werden sollen. Es ist im Übrigen dann ein Monopolist, der auch die demokratische Kontrolle verwässert, indem die kantonalen Gesundheitsdirektionen nicht mehr wirklich eine direkte demokratische Kontrolle haben. Sie haben in dieser Governance beispielsweise Leistungserbringer auf beiden Seiten: in der Struktur, die den Monopolisten steuert, und gleichzeitig soll diese Struktur mit den Ärzten Tarifverhandlungen führen, Druck ausüben und die Tarife senken. Diese Anreizstruktur, glaube ich, ist wirklich schwach. Man kann sich kaum vorstellen, wie das funktionieren soll, wenn die gleichen Beteiligten auf beiden Seiten sitzen. Man weiss auch aus dem Ausland, dass diese Monopolisten die Tendenz haben, defizitär zu werden. Sie wissen, dass die schweizerische obligatorische Krankenpflegeversicherung keinerlei Schulden hat. Allein Frankreich hat in seinem System ungefähr 100 Milliarden Schulden. Auch dieses Risiko wollen wir nicht.

Es wird viel über die Suva gesprochen. Die Suva ist durchaus ein guter Akteur, hat aber eine ganz andere Governance, als Sie hier vorschlagen. Zudem geht es, wie Herr Rechsteiner zu Recht aufgezeigt hat, um genau abgrenzbare, präzise Sachverhalte. Unfälle sind nämlich absolut abgrenzbar definiert. Die Krankenversicherung übernimmt subsidiär alles andere, sämtliche Missbefindlichkeiten, die sich ergeben. Da ist die Definition viel unklarer, das ist ganz anders zu organisieren.

Der Vorwurf, dass wir keine längerfristige Strategie für Chronischkranke hätten, fällt auf diejenigen, die ihn formulieren, zurück. Denn es waren zum Teil die gleichen Kreise, die die Managed-Care-Vorlage am Schluss scheitern liessen, die eben genau das einführen wollte. Also trifft auch dieser Vorwurf nicht wirklich zu. Zudem muss man einfach festhalten, dass die Tarife der Suva 10 Prozent höher sind als in der Krankenversicherung. Das erklärt, dass sie sich in der Ärzteschaft durchaus eines gewissen Wohlgefallens erfreuen. Das würde aber umgelegt auf die Krankenversicherung noch zusätzlich eine halbe Milliarde Franken pro Jahr ausmachen, wenn wir um 10 Prozent höhere Tarife hätten.

Zusammengefasst ist es für mich deutlich: Wenn wir die internationale Erfahrung ansehen, wenn wir uns überlegen, wie ein staatlicher Monopolist in diesem System agiert, dann kommt man zu einem klaren Nein. Das heutige, sehr gute Schweizer System kann ohne Zweifel optimiert werden, aber es gibt keinen hinreichenden Grund, dieses gute System über ein teures Experiment mit unklarem Ausgang zu gefährden und die Schlüsselindikatoren, nämlich Zugänglichkeit für alle, Qualität für alle, zu gefährden, indem wir über einen staatlichen Monopolisten in Richtung eines Zweiklassensystems gehen.

Deshalb scheint mir klar, dass der Systemwechsel, auch wenn er in dieser Volksinitiative in etwas anderer Form daherkommt, zum dritten Mal abgelehnt werden soll.

**Maury Pasquier** Liliane (S, GE): Le système actuel d'assurance-maladie m'apparaît comme une bête à têtes multiples, une bête à cuir sombre et épais, dont on ignore ce qu'elle

peut bien avoir dans le ventre. Les têtes multiples, ce sont celles des quelque 60 caisses-maladie qui se font concurrence, essentiellement par le biais de la sélection des risques, et qui peinent de plus à s'entendre entre elles – on l'a vu avec la récente création de Curafutura. Le cuir sombre et épais, c'est le symbole du manque de transparence de ce système, qui ne permet pas d'établir un lien clair entre les coûts et les près de 300 000 primes différentes proposées aux assurés sur l'ensemble du territoire suisse, pour les mêmes prestations bien sûr.

Les assurés, précisément, sont les premières victimes d'un système d'assurance-maladie qui est devenu leur bête noire. Une analyse d'opinion du «Moniteur de la santé» montre que, si la satisfaction de la population n'a jamais été aussi élevée depuis l'introduction de la LAMal, en ce qui concerne les caisses-maladie, en revanche, la population souhaite une réforme en profondeur. La méfiance et la grogne des habitantes et habitants de ce pays sont grandes à l'égard de ce système qui chaque année crache des augmentations de primes qui prennent nombre d'entre eux à la gorge. Même la dernière augmentation de «seulement» 2,2 pour cent, s'ajoutant à toutes les précédentes, pèse lourd dans le porte-monnaie de beaucoup d'assurés, qui paient autant pour leurs primes que pour les impôts et le loyer. Et ce sans que cette hausse des montants ne s'accompagne d'une amélioration de la prise en charge ou de la gestion des coûts pour lesquels le système actuel ne crée aucune incitation, bien au contraire.

L'initiative «pour une caisse publique d'assurance-maladie» a pour but de substituer à cette bête à multiples têtes, dont la fuite en avant est devenue incontrôlable, une entité à quatre pattes – je veux parler des représentants et des représentantes de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations –, une entité équilibrée et transparente.

Avec une seule caisse publique, les négociations tarifaires redeviendront un processus simple et lisible pour toutes les parties prenantes, et les primes, fixées par canton, correspondront effectivement aux coûts afin d'éviter les erreurs que le système actuel a pu générer. Des coûts dont Madame Anna Sax, économiste de la santé, montre qu'ils seront mieux contrôlés par une institution unique. En effet, devant prendre en charge à long terme l'ensemble des assurés, la caisse publique aura tout intérêt à développer une stratégie orientée vers la prévention et la promotion de la santé, ainsi que vers l'amélioration de la gestion des cas et des programmes de traitement, notamment pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

La seule disparition des frais de courtage, de publicité et de changement de caisse devrait, elle, occasionner des économies de 300 à 350 millions de francs par an. Le renforcement de sa position sur le marché devrait en outre permettre à la caisse publique de faire pression sur les prix des médicaments et des moyens auxiliaires.

Les assurés y gagneront sur le plan des primes, mais aussi de la prise en charge. Non seulement les malades chroniques, mais l'ensemble des personnes assurées seront à égalité face au remboursement des frais liés à des prestations aux limites du catalogue de base. Autrement dit, le dragon qu'est devenu le système d'assurance-maladie ne pourra plus souffler le chaud et le froid, autrement dit mettre en oeuvre l'assurance sociale et universelle tout en laissant, de fait, une large place à l'arbitraire et en cherchant, encore et toujours, à exclure les «mauvais risques».

Ce n'est qu'en tranchant dans le vif d'un système devenu malade que nous pourrions vraiment soigner l'assurance-maladie en Suisse. Les traitements proposés par le Conseil fédéral, s'ils vont dans la bonne direction, risquent de n'être qu'un emplâtre sur une jambe de bois. Ainsi, l'amélioration encore renforcée de la compensation des risques modifiera sans doute le champ de la sélection des risques mais ne suffira jamais à la supprimer.

En tout état de cause, la commission du Conseil national préfère pour l'instant son propre modèle à celui du Conseil fédéral, ce qui prouve que le remède risque d'être long à éla-

borer. Et ne parlons même pas de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie qui prévoit notamment la séparation institutionnelle de l'assurance-maladie sociale et des assurances complémentaires, lesquelles continuent d'être gérées au sein de la même entité juridique par seize sociétés d'assurance.

Outre le fait que seul un changement de système tel que celui proposé par l'initiative peut permettre une séparation totale, ce projet de loi, qui apporterait une amélioration aussi nécessaire que bienvenue, n'est hélas pas prêt d'entrer en vigueur, après la décision de renvoi au Conseil fédéral que le Conseil national a prise la semaine dernière.

En revanche, la thérapie de choc que représente le passage à une caisse publique promet des effets positifs. L'analyse économique d'autres entreprises indépendantes de droit public actives dans les assurances sociales ou d'autres assurances obligatoires, telles que la SUVA et l'assurance immobilière, a démontré que ces modèles surpassent la concurrence privée en termes d'utilisation efficace des primes. En cela, je ne partage pas du tout l'avis que vient d'exprimer Monsieur Gutzwiller.

A ce propos d'ailleurs, les comparaisons internationales souvent invoquées pour décrier la caisse publique ne sont pas pertinentes. Les déficits enregistrés dans le modèle français, par exemple, ne sont pas – si j'ose dire – contagieux. En effet, notre pays n'a pas, contrairement à la France, de budget fixé à l'avance pour le domaine de la santé. Les primes sont ajustées chaque année à l'augmentation des dépenses. Par conséquent, la caisse publique, tout comme les assureurs aujourd'hui, disposera toujours des ressources nécessaires. Elle permettra simplement d'éviter de tirer inutilement les coûts vers le haut, comme le fait le système actuel au détriment des assurés.

Monsieur Felix Gutzwiller a également évoqué la comparaison avec l'Angleterre mais, là non plus, cette comparaison n'est pas pertinente. En effet, d'abord l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» ne prévoit pas une étatisation du système de l'assurance-maladie, et, ensuite, le problème soulevé de la qualité des prestations est intimement lié à la diminution des budgets, diminution initiée par la politique néolibérale mise en oeuvre en son temps par Madame Margaret Thatcher, politique néolibérale dont il faut encore, à l'heure actuelle en Grande-Bretagne, compenser les effets plus que négatifs.

Quant aux assurances complémentaires, elles resteront dans le domaine privé auprès des caisses actuelles qui continueront d'exister et de pratiquer l'assurance privée de manière enfin clairement séparée. De même, les cabinets médicaux, les prestataires de thérapies diverses et les cliniques resteront privés. Le choc de la thérapie est donc tout relatif. Certes, tout changement de système a un coût. Cependant, celui de la création de la caisse-maladie publique devrait rapidement être amorti par les économies réalisées sur la publicité, sur les frais de courtage, par une infrastructure simplifiée et une rationalisation de la gestion. Avec un site par canton au lieu de dizaines de caisses, des économies d'échelle importantes seront possibles: sur l'immobilier, sur l'informatique et aussi sur les salaires des comités et les jetons de présence des conseils d'administration. En outre, Madame Anna Sax le montre, le gain d'efficacité escompté aura des effets positifs sur la croissance et l'emploi à long terme.

Il ne s'agit pas de faire tomber des têtes mais de soigner le système dans l'intérêt de toutes et tous et, notamment, de faire en sorte que les primes par tête soient effectivement et exclusivement attribuées aux prestations de l'assurance de base.

La guérison passe par une intervention en profondeur, qui consiste en premier lieu à recommander l'acceptation de cette initiative. Bien sûr, il ne s'agit pas là de la première tentative, vous l'avez dit, mais, comme toute bonne idée, elle finira par s'imposer, comme l'ont fait avant elle le droit de vote des femmes, l'AVS, l'assurance-maternité, ou encore l'adhésion de la Suisse à l'ONU.

Je vous remercie de faire un pas dans la bonne direction.



**Bischofberger Ivo** (CE, AI): Wir wissen es alle: Aktuell steuert und plant die öffentliche Hand das Angebot in der Krankenversicherung. Sie legt die Preise für Medikamente, Laborleistungen sowie Mittel und Gerätschaften fest. Sie entscheidet bei Uneinigkeit unter den Tarifpartnern über Tarife. Obwohl die Kosten im Gesundheitswesen seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes am 1. Januar 1996 unaufhaltsam steigen, funktioniert das System, denn die Krankenversicherung wird über eine Art Mischsystem finanziert. Die Prämien tragen 60 Prozent zur Finanzierung bei, 40 Prozent werden über Steuern finanziert. Rund ein Drittel der Haushalte profitiert von Prämienverbilligungen.

Ein Wechsel zur Einheitskasse, sei sie nun gesamtschweizerisch oder regional organisiert, bedeutet indessen eine klare Absage an ein wettbewerbliches System auf der Finanzierungsseite. Die Prämien der verschiedenen Versicherer wären nicht mehr nur staatlich zu genehmigen, sondern würden direkt vom Staat oder vom einzigen Anbieter festgelegt. Die Finanzierung der Leistungen erfolgte in einem Monopolsystem, womit der Raum für tarifpartnerschaftliche Vereinbarungen noch enger, wenn nicht gar verunmöglicht würde. Einheitskassen untergraben den Wettbewerb und schaffen die Wahlfreiheit der Versicherten schlicht und einfach ab. Bei Unzufriedenheit mit der Prämie oder den Dienstleistungen der Kasse ist ein Kassenwechsel nicht mehr möglich. Innovative Versicherungsmodelle wie Wahlfranchisen und freiwillige Managed-Care-Modelle werden mit einer allfälligen Einheitskasse ebenfalls verschwinden. Dadurch wird, ob wir es wahrhaben wollen oder nicht, die Eigenverantwortlichkeit ganz allgemein geschwächt. Mangelnde Anreize zu ebendieser Eigenverantwortlichkeit der Versicherten treiben Kosten und Tarife erfahrungsgemäss in die Höhe. Sobald die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von der Bezahlung entkoppelt wird, entfällt fast zwangsläufig auch der Anreiz, sich zurückzuhalten und dadurch Gesundheitskosten zu sparen. Zudem fehlen auch der Kasse als Monopolistin die Anreize zu sparen. Die Versicherten verfügen heute über eine gewisse Marktmacht, an welcher die Versicherungen mit Blick auf den Kostendruck im Wettbewerb nicht vorbeikommen.

Die Volksinitiative ist aber auch aus sozialpolitischen Gründen abzulehnen, denn das heutige, auf Solidarität ausgerichtete System hat sich dahingehend bewährt, dass mittels Prämienverbilligungen ein sozialer Ausgleich geschaffen wurde. Der Wechsel nun zu Prämien, die nach Einkommen und Vermögen der Versicherten abgestuft sind, kommt eigentlich einer neuen Steuer gleich, welche insbesondere den Mittelstand betrifft, welcher durch das heutige System der Prämienverbilligungen eben entlastet wird.

Schliesslich ist die mit der Initiative geforderte Einheitskasse nicht zuletzt auch aus der Sicht eines ländlichen Kleinkantons abzulehnen, denn Kantone wie beispielsweise Appenzell Innerrhoden, die erwiesenermassen niedrige Gesundheitskosten aufweisen, würden mit dem neuen System deutlich benachteiligt. Mit der Einheitskasse müsste der Grossteil unserer Bevölkerung markant höhere Steuern und Prämien bezahlen, ja noch mehr: Der Prämienausgleich zwischen den Kantonen würde sparsame kantonale Gesundheitsversorgungen tatsächlich bestrafen und die Kosten in nicht kleinem Masse in die Höhe treiben. Den Kantonen würde schliesslich jede Motivation genommen, sparsam zu agieren und weiterhin auf die Kosten zu achten.

Das Schweizer Gesundheitssystem war bisher geprägt von dieser Maxime: so viel Wettbewerb wie möglich und nur so viel Regulierung wie absolut nötig. Dieses funktionierende System sollten wir nicht fahrlässig und ohne Not ändern oder gar abschaffen.

Aus diesen Überlegungen bitte ich Sie, auf die Vorlage einzutreten, bei Artikel 2 der Mehrheit zu folgen und Volk und Ständen klar und deutlich zu empfehlen, die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» abzulehnen.

**Egerszegi-Obrist Christine** (RL, AG): Ich spreche hier nicht als Präsidentin der vorberatenden Kommission, und ich habe auch keine Interessenbindungen anzugeben, weder

als Beirätin noch als Verwaltungsrätin oder sonst irgendetwas. Das sind Interessenbindungen, die man ja eigentlich offenlegen sollte.

Sie kennen das alle: Zur Feierabendstunde kommt der Anruf. Im Auftrag eines Versicherungsmaklers will man Sie mit besseren Leistungen zu dennoch viel günstigeren Prämien für einen Wechsel zu einer anderen Krankenkasse gewinnen. Wollen Sie den Anrufer schnell loswerden, dann sagen Sie einfach: «Ich bin über 75 Jahre alt und habe gerade eine schwere Krankheit hinter mir.» Dann winkt der Anrufer entschieden ab und sagt mir, ich solle doch lieber bei meiner jetzigen Kasse bleiben, ich hätte sicher bereits eine optimale Versicherung, und hängt auf. So läuft die Jagd nach guten Risiken bei vielen Krankenkassen: Sie locken junge, gesunde Leute mit tiefen Prämien in ihre Kasse, und oft sind deren Kosten gar nicht gedeckt. Das nennt man dann Wettbewerb unter den Kassen.

Um diesem Wettbewerb etwas besser auf die Spur zu kommen, habe ich mir die Jahresrechnung einer Krankenversicherung genauer angesehen, die so aktiv um Kunden wirbt. Es ist eine Tochtergesellschaft einer grossen Kasse, und ich habe den Vertreter zu mir nach Hause bestellt. Die aggressiven Marketingstrategien gingen offensichtlich auf, denn ich habe im Jahresbericht gesehen, dass die Versichertenzahl in einem Jahr mehr als verdoppelt wurde. Erfolgreich war man auch beim Rekrutieren von jungen Leuten, denn das Durchschnittsalter der Versicherten lag bei 28,6 Jahren. Aber offensichtlich war das Lockangebot zu falsch kalkuliert, denn Ende Jahr konnten die Prämieinnahmen den Versicherungsaufwand nicht decken. Es resultierte ein Verlust von 41 Millionen Franken, und die gesetzlich vorgeschriebene Reserve wurde massiv unterschritten. Laut Jahresbericht der Kasse war das aber überhaupt nicht schlimm, denn – ich zitiere –: «Der Verlust wurde als Wachstumsfinanzierung durch die Versicherungsgruppe ausgeglichen.» Im Klartext heisst das, dass die anderen Versicherten dafür bluten.

Wir haben in der Schweiz rund 60 Krankenkassen. Die Versicherten können zwar jährlich die Kasse wechseln, aber eigentlich ist ein echter Wettbewerb gar nicht möglich, denn die obligatorische Grundversicherung hat einen definierten Leistungskatalog, und das Angebot sollte für alle dasselbe sein. Versucht nun eine Versicherung, möglichst wenig schlechte Risiken in ihrer Kundschaft zu haben, dann ermöglicht ihr dies, tiefere Prämien zu verlangen. Sie wird darum möglichst viel Geld aufwenden, um möglichst viele Gesunde anzuziehen. Aber damit weicht die Krankenversicherung ihrem eigentlichen Zweck aus, nämlich Menschen im Krankheitsfall zu unterstützen.

Wenn die Kassen also nur die vorgeschriebenen Leistungen bezahlen, zum Beispiel ohne Fitnesscenterbeiträge, wenn sie ihre Verwaltungskosten auf ein Minimum reduzieren, wenn keine Marketingkosten und Provisionen für Kundenanhebungen anfallen und wenn der Risikoausgleich unter den Kassen funktioniert, dann ist in der Grundversicherung eigentlich kein Wettbewerb mehr möglich, sondern nur noch in den Zusatzversicherungen. Deshalb sollte man einmal Modelle einer Einheitskasse für die obligatorische Basisversicherung ohne ideologische Scheuklappen prüfen.

Vorstellbar wäre ein Modell Suva oder ein Modell mit kantonalen oder regionalen Kassen. Ein solches Modell brächte ein gutes Kontroll- und Führungssystem sowie Transparenz über die Reserven, der Datenschutz wäre leichter einzuhalten, und Prävention bekäme einen ganz anderen Stellenwert. Eine Finanzierung aus einer Hand würde Hunderte von Millionen Franken an Marketing- und Werbekosten sparen. Statt einer Kostenabschiebung wäre endlich ein Kostenmanagement möglich. Wer Leistungen wünscht, die über die medizinische Grundversorgung hinausgehen, könnte diese nach wie vor bei den privaten Anbietern versichern. Im überobligatorischen Bereich würde dann wirklich der Wettbewerb spielen. Das wäre doch einmal ernsthaft zu prüfen.

Nur: Eine Prüfung von besseren Modellen ist gar nicht möglich. Fällt das Wort «Einheitskasse», dann gehen bei vielen Politikern die Rollläden herunter, und jede Diskussion wird

abgeklemmt. Das ging so weit, dass der Bundesrat in einer beispiellosen Aktion vom Parlament dazu gezwungen werden sollte, einen Gegenentwurf zur Initiative, den er bereits in die Vernehmlassung gegeben hatte, sofort wieder zurückzuziehen. Um die Initiative möglichst rasch zu erledigen, musste die Kommissionsplanung über den Haufen geworfen und die Initiative sofort im Schnellgang beraten werden; die Diskussion um ein anderes Versicherungssystem soll ja möglichst lange vor den nächsten Wahlen abgeschlossen sein.

Herr Gutzwiller hat gesagt, dass das heutige System verbessert werden soll. Das finden wir alle – aber das ist schwierig. Die Suche nach einer Verbesserung des heutigen Systems wird von den Kassenvertretern sofort abgeblockt. Manchmal, wenn der Druck einfach zu gross ist, kommt es zu ganz kleinen Schrittlchen. Ich erinnere mich an den enormen Widerstand, als der Risikoausgleich erstmals über die Faktoren Alter und Geschlecht hinaus erweitert werden sollte. Zuletzt gelang es nach langem Sträuben, widerwillig die Spitaltage mit einzubeziehen. Jetzt, mit dem Gespenst der Einheitskasse im Hintergrund, wird es möglich werden, eine zusätzliche Erweiterung mehrheitsfähig zu machen, um die Morbidität der Versicherten besser abzubilden. Erinnern Sie sich auch an das Massnahmenpaket zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen: Es wurde im Nationalrat mit grossem Einsatz der Kassenvertreter gebodigt, weil in der Grundversicherung keine Provisions- und Marketingkosten mehr hätten anfallen dürfen. Die Krankenversicherer haben dann eine laue Selbstregulierung vereinbart.

Jetzt sind wir am springenden Punkt: Wir müssen das System verbessern, weil die Aufsicht über die Grundversicherung nicht funktioniert. Wir haben heute keine Möglichkeit, in der obligatorischen Krankenversicherung die Reserven zu begrenzen. Das BAG hat keine Möglichkeit, überhöhte Prämien zurückzuweisen, Versicherungsgruppen in der Grundversicherung zu beaufsichtigen, Minimalanforderungen für Verantwortliche zu stellen oder Transparenz über Entschädigungssysteme zu verlangen. In den Jahren 1996 bis 2011 wurden von den Versicherten rund 1,7 Milliarden Franken an Versicherungsprämien zu viel respektive zu wenig bezahlt. Im Kanton Genf hatte eine Kasse eine 430-prozentige Reserve und verlangte von den Versicherten die höchsten Prämien – wir haben das bei der Behandlung der Standesinitiative 09.320 gesehen, welche die ganze Aufsichtsfrage aufgeworfen hat –; es gibt keine Möglichkeiten einzuschreiten. Vor gut einem Jahr verhängte die Finma den Konkurs über die Zusatzversicherung der Supra und suspendierte den Verwaltungsrat, weil sie in der Führung schwerwiegende Mängel feststellte, die zu einer grossen Überschuldung geführt hatten; in der Grundversicherung hätte ruhig weitergewirtschaftet werden können.

Der Ständerat hat trotz dem Druck der Versicherer erkannt, dass die Aufsicht über die Krankenversicherung, die für alle obligatorisch ist, gleiche Kompetenzen haben muss wie die Finma als Aufsicht über die freiwillige Zusatzversicherung, und hat das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz gutgeheissen. Am Tag nach der Abstimmung hier im Rat erkundigte sich der Infochef von Santéuisse beim Kommissionssekretariat, ob ein Gesetz, das vom Erstrat gutgeheissen wurde, noch einmal total anders aufgegleist werden könne. Voilà, das haben sie erreicht: Die Mehrheit des Nationalrates ist nicht bereit, die Aufsicht über die obligatorische Krankenversicherung in einem genau analogen Gesetz wie bei der Aufsicht über die Krankenzusatzversicherung zu regeln. Wir müssen aber Verbesserungen am System machen können. Zugegeben, das schränkt die Krankenversicherer etwas ein, aber es schützt die Versicherten, und das ist unsere Aufgabe. Es geht auch um die Glaubwürdigkeit unserer Entscheide und darum, dass Prämien vor allem für die Leistungen für die Versicherten eingesetzt werden, die sie heute oder morgen beanspruchen.

Ich habe mich in der SGK bei der Abstimmung zur vorliegenden Volksinitiative enthalten, weil Verbesserungen im Krankenversicherungssystem absolut nötig und gerecht sind.

Kommen sie nicht zustande, dann werde ich in der Schlussabstimmung die Initiative zur Annahme empfehlen.

**Keller-Sutter Karin (RL, SG):** Wir haben schon mehrere Male über die Frage der Einheitskasse gesprochen. Das Volk konnte dazu auch schon Stellung nehmen. Ich möchte in der heutigen Debatte gerne auf die Ergebnisse einer Studie in der Ostschweiz eingehen.

Bereits 2010 haben die Kantone Glarus, Appenzell Ausserrhoden, Schaffhausen, Thurgau und St. Gallen der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften den Auftrag erteilt, die ökonomischen Vor- und Nachteile der Einführung einer öffentlichen regionalen Einheitskasse zu untersuchen – dies auch vor dem Hintergrund der steigenden Kosten im Gesundheitswesen und des alljährlichen Prämienanstiegs. Die Ergebnisse dieser Analyse wurden im Frühjahr 2011 präsentiert. Da die Nachteile eines Systemwechsels überwogen, haben die Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren den Systemwechsel verworfen und sich damit von einer öffentlichen regionalen Einheitskasse einhellig verabschiedet, und zwar – wenn ich den Terminus aufnehme, den Frau Egerszegi vorher gebraucht hat – ohne ideologische Scheuklappen. Immerhin sind das Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren verschiedener Parteien.

Die Ergebnisse, wie sie sich bei dieser Studie präsentiert haben, sind die folgenden: Der Wettbewerb zwischen den Kassen auf dem Markt der obligatorischen Krankenversicherung würde abgeschafft; das ist an und für sich eine banale und logische Feststellung. Beurteilt wurde auch die Frage, welche Auswirkungen eine regionale Einheitskasse auf die Verwaltungskosten und auf die Gesundheitsausgaben haben würde. Darnzumal beliefen sich die Verwaltungskosten auf 6 Prozent, und die Gesamtkosten für die Gesundheitsausgaben lagen bei 94 Prozent. Dabei wurde festgestellt, dass Einsparungen bei den Verwaltungskosten zwar möglich sind, dass es im Vergleich zu den gesamten Gesundheitskosten aber keine grossen Einsparungen sind. Im besten Falle kann mit einer Prämienreduktion von 1 Prozent gerechnet werden. Die jährlichen Wechselkosten wurden auf 300 Millionen Franken beziffert, was etwa 40 Franken pro Versicherten, 600 Franken pro Wechsel, 20 Prozent der Verwaltungskosten der Kassen oder 1,2 Prozent der Gesamtausgaben der Kassen entspricht. Diese Kosten könnten mit einem neuen Risikoausgleich reduziert werden, so die Studie.

Die Studie zeigt auch klar auf, dass es bei der Wahl des Versicherungssystems nicht allein um die Kosten und Qualität der Versicherungsdienstleistungen, sondern auch um die Kosten der Gesundheitsleistungen selbst geht, da die Versicherungen diese über die Ausgestaltung der Versicherungsverträge, über Tarifverhandlungen mit den Leistungserbringern, also mit den Ärzten, Spitälern usw., und über Kostenkontrollen beeinflussen können. Vor allem die Ausgestaltung der Versicherungsverträge kann dazu beitragen, die Nachfrage und das Angebot hinsichtlich unnötiger medizinischer Leistungen einzuschränken und damit die Gesundheitskosten zu senken. Eine Einheitskasse wäre bei Tarifverhandlungen stärker unter Druck von Interessengruppen, da der mangelnde Wettbewerbsdruck zu fehlenden Anreizen für das Management führt und keine Effizienzsteigerung der Leistungserbringer erwarten lässt.

Insgesamt besteht laut Studie bei den Gesundheitskosten ein deutlich grösseres Potenzial für Effizienzsteigerungen als bei den Verwaltungskosten. Für die Studienverfasser entscheidend war die Einführung eines neuen Risikoausgleichs, und der Nationalrat hat ja in dieser Session bereits die entsprechenden Schritte eingeleitet. Die Studie der Ostschweizer Kantone zeigt also, dass eine Einheitskasse nicht zu den erwarteten Einsparungen führt, Effizienzsteigerungen bei den Leistungserbringern unter Umständen sogar behindert und vor allem den Wettbewerb unterdrückt und die Bürgerinnen und Bürger sozusagen zu Zwangsversicherten bei einer Kasse macht.

Ein zentrales Argument gegen die Einheitskasse ist für mich die Tatsache, dass die Bürgerinnen und Bürger bevormun-

det werden. Wer heute mit den Leistungen, den Prämien, dem Service, der Qualität seiner Krankenkasse nicht einverstanden ist, kann die Kasse wechseln. Mit einer Einheitskasse machen wir die Bürgerinnen und Bürger zu Bittstellern, denen keine andere Wahl mehr bleibt. Und diesen Einschnitt in die Wahlfreiheit, gerade im Gesundheitswesen, in einem Bereich, der den Menschen am Herzen liegt, lehne ich ab.

Zudem glaube ich, dass die Einheitskasse der erste Schritt zu einem vollständig steuerfinanzierten Gesundheitswesen sein wird. Wir haben ja gehört, dass der Sprecher der Minderheit gesagt hat, das schweizerische Gesundheitswesen stehe gut da, wenn man von der Finanzierung durch Kopfprämien absehe; ich fühle mich hier also etwas bestätigt. Wenn dereinst die Prämie durch Steuern ersetzt werden sollte, verabschieden wir uns gänzlich von der Eigenverantwortung. Wenn der Staat ohnehin bezahlt, muss man nicht mehr auf die eigene Gesundheit achten und hat keinen Anreiz mehr für ein prämiensenkendes Verhalten. Ich finde die Einheitskasse ohnehin erstaunlich, da wir z. B. in anderen Bereichen – ich denke an das Bankenwesen – von grossen Gebilden Abstand nehmen. Wir sprechen dort von «too big to fail», dort werden Anstrengungen unternommen, die Strukturen zu verändern; wir haben ja auch die Ankündigungen der Grossbanken in dieser Hinsicht gehört. Im Gesundheitswesen macht man das Gegenteil: Man strebt eigentlich ein Klumpenrisiko an, eine Krankenkasse, die nicht in Konkurs gehen könnte, es sei denn, man finanzierte sie dereinst über Steuern und würde im Krisenfall die Steuerzahler zur Kasse bitten.

Ich lehne die vorliegende Initiative ab, vor allem auch, weil die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten damit gefährdet würde.

**Kuprecht Alex (V, SZ):** Es ist nicht das erste Mal, dass wir hier über ein Ansinnen namens Einheitskasse diskutieren, welches ein bewährtes Gesundheitssystem ruinieren würde. Zum Glück war das Volk jedes Mal, letztmals 2007, so klug, der Idee eine Absage zu erteilen. Das wird, so hoffe ich zumindest, auch dieses Mal der Fall sein. Aber es ist noch viel Informationsarbeit zu leisten.

Ein Nein zur wiederkehrenden Zwängerei und zur Behauptung, mit einer Einheitskasse liessen sich die in jedem Fall steigenden Gesundheitskosten kontrollieren, ist ein Ja zu Qualität, zu Wettbewerb und zu einer der wichtigsten Referenzen von uns Schweizerinnen und Schweizern, nämlich zur Wahlfreiheit, die bald in jeder Umfrage bei Konsumentinnen und Versicherten obenaus schwingt. In meiner Funktion als Kopräsident des Forums Gesundheit Schweiz, übrigens ein unbezahltes Mandat – so viel zu meiner Interessenbindung –, erfahre ich in unseren regionalen Veranstaltungen immer wieder, dass Qualität und Wahlfreiheit den Schweizerinnen und Schweizern über alles gehen. Daran sollten wir nicht rütteln, sondern wir sollten sie laufend verbessern. Wir müssen diese Werte und ein darauf basierendes bewährtes System schützen und weiterentwickeln, nicht zuletzt auch deshalb, weil Umfragen zeigen, dass die Versicherten mit ihren Kassen sehr zufrieden sind und an der Wahlfreiheit auch in diesem Bereich festhalten möchten. Reformen müssen immer eines im Blick haben: den Nutzen für die Versicherten und Patienten, nicht den Nutzen für eine politische Ideologie. Worum geht es? Die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» ist kein Volksanliegen, mit dem einfach ein Versicherungssystem verstaatlicht würde und die heutigen rund 60 Anbieter von Grundversicherungen in die Schranken gewiesen würden. Die Annahme dieser Vorlage würde vielmehr bedeuten, dass wir leichtfertig eines der besten, zufriedenstellendsten und bewährtesten Gesundheitssysteme der Welt preisgeben, nur weil der Stimmbevölkerung politisch-ideologisch und in verantwortungsloser Art und Weise vorgegaukelt wird, es liessen sich damit Kosten sparen oder die Prämien senken. Genau das Gegenteil wäre der Fall. Die Kosten würden mit Sicherheit stärker ansteigen, als dies heute der Fall ist. Denn Verstaatlichung heisst hier erstens rasche qualitative Verschlechterung der Angebote

wie der Versorgung selbst; zweitens eine Absage an die Wahlfreiheit in einem der sensibelsten Bereiche überhaupt, nämlich in der Behandlung von Krankheit und in der Gesundheitsversorgung; drittens Preisgabe einer Gleichbehandlung aller, die heute dank einer hervorragenden Grundversicherung gewährleistet ist; viertens unzufriedene Versicherte, Wartelisten, Rationierungen, wie dies in gewissen Ländern mit Einheitskassen schon heute bekannt ist; fünftens genau das, was wir unbedingt vermeiden müssen, nämlich eine zusätzliche Kostenexplosion. Diese käme mit dem administrativen Moloch, den wir da ins Leben rufen würden, noch auf die sowieso steigenden Gesundheitskosten obendrauf.

International wäre uns Kopfschütteln gewiss, wenn nur schon das Parlament einer solchen Vorlage Folge geben würde, da wir weltweit als Vorbild gelten. Alle beneiden uns. Alle wollen eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und einen kontrollierten Wettbewerb, raschestmögliche Behandlung, eine gute Auswahl von Ärztinnen und Ärzten und Spitälern, einen wasserdichten und gutbestückten Grundversicherungskatalog und eine generell gesicherte Zugänglichkeit der Behandlung, wenn sie selbst zu Patienten werden. Wir Schweizer haben all dies, und die ganze Welt fragt bei uns nach, wie wir das bewerkstelligen. Das kommt nicht von ungefähr: Die Schweiz ist das innovativste Land der Welt. Mit Gleichmacherei und staatlicher Kontrolle würden wir Innovationen abwürgen. Die Einheitskasse ist nicht Innovation, sondern sie ist Rückschritt!

Lassen Sie mich noch drei Punkte etwas hervorheben, nämlich die Kostenfrage, die politische Zielsetzung der Initianten und die herrschende Realität.

1. Zu den Kosten: Wenn uns vorgegaukelt wird, mit einer Einheitskasse könnten die Kosten gesenkt werden, dann ist die Antwort: Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen hängen erstens mit den wachsenden Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft und zweitens mit der zunehmenden Nutzung der Angebote zusammen. Tiefere Prämien generieren wir nicht über einen Staatsmoloch. Vielmehr lässt sich die Behandlung einzig und allein durch Qualitätssteigerung effektiver und effizienter machen. Bei den Versicherungen hingegen ist der Verwaltungsaufwand schon heute so klein, dass wohl genau deshalb hier kein Systemwechsel angezeigt ist. Mit gerade mal 5 Prozent Verwaltungskosten und 0,3 Prozent Kosten im Bereich des Marketings stehen die Versicherer sehr gut da. 95 Prozent der Kosten werden für Leistungen verwendet. Dort wird auch mit einer Einheitskasse gar nichts geändert, ausser man unternähme etwas bei diesem Kostenpunkt.

2. Zu den Absichten der Initianten: Wir sind es den Kantonen und der Bevölkerung schuldig, uns der Redlichkeit von politischen Vorhaben zu versichern. Hier haben wir es wieder einmal mit einem politischen Vorhaben zu tun, das eher heuchlerisch und parteipolitisch überstrapaziert ist. Das ist notabene in verantwortungsloser Masse der Fall – ganz abgesehen davon, dass diese Initiative genau das Gegenteil dessen bewirken würde, was sie verspricht. Studien, so aktuell jene der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, zeigen: Allein der Systemwechsel würde uns gegen zwei Milliarden Franken zusätzlich kosten und mindestens während fünf bis zehn Jahren eine Parallelstruktur verursachen. Das Manna der Initianten, nämlich gleich hohe Prämien für alle, ist allein deswegen weit entfernt, weil die Prämien dann kantonal sehr, sehr unterschiedlich ausfallen würden. An vielen Orten wären sie wesentlich höher, als es heute der Fall ist. Ausgerechnet dort, wo die Kosten am tiefsten, zumindest tiefer als in anderen Regionen sind, weil in diesen Regionen offensichtlich weniger Leistungen konsumiert werden, müssten die Prämien massiv angehoben werden. Dies wäre auch die oder eine logische Konsequenz des fehlenden Risikoausgleichs.

3. Zur Realität: Die Realität in der Schweiz habe ich dargestellt; diesen Zustand sollten wir nicht über Bord werfen. Um die Wirkung einer Einheitskasse zu erkennen, muss man bloss ein wenig gegen Westen blicken. Ich empfehle Ihnen, sich einmal mit einer Französin oder einem Franzosen, mit



einer Engländerin oder einem Engländer zu unterhalten oder kurz einen Blick auf die letzte Befragung des Commonwealth Fund zu werfen. Dort haben sich die Franzosen klar dazu geäußert, was sie von ihrem System der *Sécurité sociale* halten – je länger, desto weniger. Die Unzufriedenheit steigt von Jahr zu Jahr. Wo liegt der Grund? Derart verstaatlichte Gesundheitssysteme laden zur Finanzierung über eine stets wachsende Verschuldung ein. Um dort das Problem in der Krankenversicherung einigermaßen im Griff zu behalten, wird laufend der Grundversicherungskatalog zusammengestrichen. Was ist die Folge? Die Menschen werden immer schlechter versorgt, die Behandlungserfolge leiden darunter, und die Patienten schliessen immer teurer werdende Zusatzversicherungen ab, ohne jedoch damit die Gewissheit zu erhalten, dann auch tatsächlich entsprechend versorgt zu werden.

Schliesslich noch ein Hinweis zu einem weiteren ungeheuerlichen Konstruktionsfehler in der Vorlage: Wie soll ein System, das unter anderem von den Leistungserbringern, den Ärzten und Spitälern, und den Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden mitgelenkt werden soll, die Kosten eindämmen? Diese werden ja sicherlich nicht die Prämien, sondern primär die kostendeckenden Einnahmen im Blick haben – was auch verständlich ist.

Wir Ständeräte schulden unseren Kantonen und unserer Bevölkerung heute ein klares Verdikt, und zwar eines gegen eine Lösung, die den Versicherten, der Gesundheitswirtschaft und der solidarischen Schweiz schadet. Wir müssen Lösungen finden und gestalten, die etwas nützen. Wir alle wissen, dass Reformen und Verbesserungen des heutigen Systems nötig und durchaus auch möglich sind. Viele wurden in diesem Rat ja auch bereits erfolgreich aufgegleist. Bauen wir also an der steten Verbesserung der Qualität von Gesundheitsangeboten zum Nutzen der Patienten und der Versicherten weiter. Gehen wir dabei pragmatisch vor, und vermeiden wir es, den Versicherten in unserem Land Sand in die Augen zu streuen! Unser Gesundheitswesen ist auf weltweit höchstem Niveau. Die demografischen Veränderungen der Zukunft werden im Gesundheitswesen aber weitere Leistungen, etwa für die Pflege, erforderlich machen, und die damit verbundenen Kosten wird auch eine Einheitskasse nicht aufhalten können.

Die heute zur Diskussion stehende Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» wird bei den 95 Prozent Leistungskosten keine einschränkende Wirkung haben, im Gegenteil: Die Kosten werden gegenüber heute massiv steigen. Der Druck, verursacht durch harte Verhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern, wird nämlich wegfallen, und die entstandenen Kosten werden durch kostendeckende Tarife ausgeglichen. Diese Initiative wird weder für die Versicherten noch für das Gesundheitssystem an sich Verbesserungen bringen. Sie ist ein weiterer Versuch einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens, wie er schon mithilfe ihrer Vorläuferinnen unternommen wurde. Eine Annahme würde Transaktionskosten in Milliardenhöhe zulasten der Versicherten verursachen. Diese Initiative bringt für das Gesundheitswesen keinen Mehrwert, sie ist deshalb wie die bisherigen Initiativen abzulehnen.

Ich ersuche Sie, bei dieser Vorlage der Mehrheit zu folgen und den Antrag der Minderheit abzulehnen.

**Diener Lenz** Verena (GL, ZH): Ich habe ganz gebannt meinem Kollegen Kuprecht zugehört, und vorher habe ich sehr aufmerksam meiner Kollegin Egerszegi-Obrist zugehört. Es ist eindrücklich, wie viele sich bei diesem Geschäft zu Wort melden. Ich bin aber doch ein bisschen erstaunt über jetzt gehörte Worte: verantwortungslos, Redlichkeit infrage stellen, heuchlerisch – das sind bei uns im Ständeratssaal doch recht heftige Worte.

Bei diesem Geschäft muss es um sehr viel gehen, und ich denke, es geht um sehr viel Geld und um die Verteilung dieses Geldes. Ich würde mir nicht erlauben, jemandem, der bei dieser Initiative anders denkt, Unredlichkeit vorzuwerfen. Da Kostenstudien zitiert wurden, möchte ich daran erinnern, dass ich mir in der Kommission erlaubt habe, die Frage zu

stellen: Wer hat die vorliegenden Studien in Auftrag gegeben, und wer hat sie bezahlt? Es waren zwei Studien, und diese beiden Studien kamen ja – nicht erstaunlicherweise – zu ganz unterschiedlichen Resultaten. Bezahlt wurde die eine von den Befürwortern dieser Initiative und die andere von denjenigen, die hier etwas zu verlieren haben, nämlich von den Versicherungen. Damit stelle ich grundsätzlich ein grosses Fragezeichen hinter alle diese Zahlenprognosen.

Ich glaube, es tut gut, einfach nüchtern festzuhalten, dass wir heute eine obligatorische Grundversicherung mit einem Leistungskatalog haben und dass diese Grundversicherung allen Menschen in unserem Land den Zutritt zu unserem medizinischen System ermöglicht. Das finde ich gut, das finde ich wichtig. Dieses System verhindert ein allzu schnelles – ich betone hier: ein allzu schnelles – Abrutschen in ein Zweiklassensystem. Ich muss sagen: Ich staune immer wieder, wenn jemand den Eindruck erwecken will, dass diese Initiative dann zu einem Zweiklassensystem führen würde. Wir haben heute ein Zweiklassensystem! Das ist politisch gewollt: Wir haben eine Grundversicherung, und wir haben eine Zusatzversicherung.

Die Grundversicherung als Obligatorium hat den Leistungskatalog, darüber hinaus geht die Zusatzversicherung. Zur Auffassung, dass damit die Zweiklassenmedizin schon austariffiert sei, muss ich sagen: Die Unterlagen, die mir zugänglich sind, zeigen, dass mit der neuen Spitalfinanzierung ein markanter Schritt stattgefunden hat, dass nämlich mit sehr ökonomischem Blick geschaut wird, was man wo verdienen kann und wie man die entsprechenden medizinischen Leistungen appliziert. Wir stecken heute schon mitten in einer Zweiklassenmedizin; die Unterschiede sind einfach noch so, dass sie von der Bevölkerung mitgetragen werden.

Die vorliegende Initiative hat sehr wenig mit den Kosten im Gesundheitswesen zu tun. Die Kosten im Gesundheitswesen haben etwas mit den Leistungen zu tun, mit der Anzahl der Patienten und mit ihren Erkrankungen. Was diese Initiative will, betrifft einfach die Frage, wer quasi die Versicherungsleistungen vermitteln soll. In der Frage, ob das mit einer Einheitskasse oder mit einer Kassenvielfalt besser zu regeln ist, stecken letztlich die Differenzen.

Ich persönlich schätze zum heutigen Zeitpunkt die unterschiedlichen Versicherungsprodukte, die es in der Grundversicherung gibt. Für mich gibt es bei der Grundversicherung sehr wohl eine gewisse Form von Wettbewerb. Ich kann heute die Franchise wählen, ich kann Versicherungsmodelle wählen und damit doch ein Stück weit entscheiden, ob ich wegen jeder Bagatelle schon zum Arzt will. Ich kann für mich eine höhere Franchise beanspruchen, aufgrund der Haltung, dass ich zuerst ins eigene Portemonnaie greifen will, wenn etwas anfällt.

Jetzt kann man sagen: Das ist nicht enorm viel. Es besteht aber doch eine Differenziertheit; es besteht die Möglichkeit zu wählen, die sich in der Prämie niederschlägt und die ich nicht einfach freiwillig aufgeben will.

Dass wir Tausende von Versicherungsprodukten haben, verseehe ich dann umgekehrt auch wieder mit einem Fragezeichen; denn die Vergleichbarkeit und die Übersichtlichkeit sind doch häufig einfach nicht gegeben. Das erklärt ja auch, warum so viele Menschen bei ihren Kassen bleiben: weil nämlich die Vergleichbarkeit der Leistungen für viele zu kompliziert ist und weil sie vielleicht bei ihrer Versicherung nicht nur die Grund-, sondern auch die Zusatzversicherung haben! Das ist ein System, das die Initiative so nicht mehr anbieten wird. Bei einer Einheitskasse haben wir die Grundversicherung bei der staatlichen Kasse, und dann muss man die Zusatzversicherung bei irgendeiner anderen Versicherung lösen, das heisst, man muss dann seinen Fall immer wieder bei zwei Versicherungssystemen bearbeiten. Das ist ein sehr grosser Mangel dieser Initiative, das habe ich auch während der Diskussion gesagt.

Trotzdem, bei der Kassenvielfalt, die wir heute haben – wir haben heute 61 Krankenkassen –, ist wirklich die Frage erlaubt, ob das effizient und sinnvoll ist. Ich hätte es sehr begrüsst, wenn wir uns in der Kommission die Zeit hätten nehmen können, um auch über einen möglichen Gegenvor-

schlag zu diskutieren. Das wurde leider durch das Muskelspiel der politischen Mehrheit verhindert. Im Eilzugstempo wurde in unserer Kommission die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» bearbeitet und auch über sie entschieden. Ich bin nicht so sicher, ob die Diskussionen mit der Bevölkerung, wenn diese Initiative dann zur Abstimmung kommt, auch so im Schnellzugstempo durchgezogen werden können. Das Manko dieser Initiative ist, dass es nur eine einzige Bundeskasse geben soll, die dann auf die kantonalen Kassen heruntergebrochen wird. Ich habe in den Kantonen dann keine Einflussmöglichkeit, ich habe keine Wahlmöglichkeit, und das finde ich schlecht. Eine gewisse Form von Wettbewerb ist gut, Monopole bremsen die Innovation und auch die Kreativität.

Warum kann ich trotzdem nicht einfach in den Chor der ablehnenden Stimmen mit einstimmen? Das hat damit zu tun, dass es bei den Aufsichtsmöglichkeiten bei der Grundversicherung heute gravierende Mängel gibt.

Sie erinnern sich alle: Wir haben in unserem Rat erst kürzlich die Diskussion zum Krankenversicherungsaufsichtsgesetz geführt. Dieses war in der Kommission hart umkämpft. Wir haben hier im Saal am Schluss aber, nach einer eingehenden Diskussion, eine klare politische Mehrheit gefunden, die dieses Gesetz unterstützt hat. In der Zwischenzeit haben die Versicherer eine ganz üble Torpedierungsaktion durchgeführt, was letzte Woche im Nationalrat leider dazu geführt hat, dass dieses Aufsichtsgesetz mit 98 zu 83 Stimmen bei 6 Enthaltungen an den Bundesrat zurückgewiesen wurde. Das hat mich sehr geärgert, wirklich sehr geärgert!

Ich erwarte, dass wir an diesem Aufsichtsgesetz festhalten, und ich wünsche mir, dass hierzu in den Fraktionen noch einmal der Dialog mit den Nationalrätinnen und Nationalräten gesucht wird. Wir haben heute ein massives – ein massives! – Manko im Bereich der Aufsicht bei der Grundversicherung. Es kann doch nicht sein, dass wir so nonchalant in einen Abstimmungskampf gehen und die Einheitskassen-Initiative mit ein paar Schlagworten ablehnen, ohne zur Frage der Transparenz, der Aufsicht, des umfassenden Risikoausgleichs bei den Kassen und zu anderen zentralen Fragen, die diese Materie betreffen, gültige Antworten zu haben. Ich bin nicht sicher, ob wir eine Mehrheit der Bevölkerung überzeugen können, dass die Mängel bei dieser Initiative grösser sind als die Mängel im heutigen System.

Das ist der Grund, aus dem ich mich heute der Stimme enthalten werde. Ich werde mich erst dann definitiv festlegen, wenn ich weiss, was mit diesem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz geschieht. Sollte das Aufsichtsgesetz definitiv vom Tisch sein oder auf die lange Bank geschoben werden, werde ich dieser Initiative zustimmen.

**Präsident** (Germann Hannes, Präsident): Aus dem Schnellzug in der Kommission ist hier im Rat ein Bummelzug geworden. Normalerweise hat man es gerne umgekehrt. Aber es ist sicher gut, dass wir das Geschäft mit der notwendigen Tiefe behandeln.

**Eder** Joachim (RL, ZG): Viele Leute, mit denen ich über die vorliegende Volksinitiative gesprochen habe – übrigens schon als Gesundheitsdirektor des Kantons Zug –, sind wegen der laufend steigenden Gesundheitskosten und der immer teureren Krankenkassenprämien verärgert. Sie wollen mit einem Ja zur Einheitskasse ihrem Unmut mittels Stimmzetteln freien Lauf lassen. Mir scheint dies eine gefährliche Reaktion bzw. Protestaktion zu sein.

Selbstverständlich bin auch ich über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen besorgt, nur sehe ich die Lösung der Probleme nicht in der Einheitskasse – wie übrigens auch der Bundesrat, von dem allerdings in den bisherigen Voten interessanterweise noch kaum die Rede war. Ich bin der festen Überzeugung, dass die mit der Einheitskasse verbundene Monopolisierung der falsche Ansatz ist. Denn etwas ist klar und eindeutig: Damit würde nicht nur die Wahlfreiheit aufs Spiel gesetzt, sondern auch der Wettbewerb ausgeschaltet. Wo das hinführt, erleben wir täglich in verschiedenen anderen Bereichen unseres Lebens. Der Konsument profitiert je-

denfalls nicht davon. Monopolistische Angebotsstrukturen lähmen nämlich Innovationen.

Gestatten Sie mir einen Rückblick in die Vergangenheit, einen Rückblick auf die alte PTT und ihr Angebot an Telefonapparaten: Solange private Anbieter keine Apparate auf den Markt bringen konnten, beschränkte sich das Angebot der PTT auf einige schwarze und graue Apparate. Heute kommt niemand auf die Idee, die Telekombranche wieder zu verstaatlichen. Seit dem Wegfall der Monopolstellung der PTT hat in der Telekommunikation denn auch eine enorme Dynamik eingesetzt, eine Dynamik mit unzähligen Innovationen – und das erst noch bei tendenziell sinkenden Preisen.

Welches ist das Fazit dieses Beispiels, dem man problemlos noch weitere hinzufügen könnte? Innovation – und dies ist auch im Gesundheitswesen und damit bei unseren Krankenversicherern nötig – ist nur dank Wettbewerb möglich. Ich sage dies im Bewusstsein, dass einige meiner Vorredner den Wettbewerb in der Grundversicherung verneint oder schlechtgeredet haben. Tatsache ist schon heute aber Folgendes – und Frau Kollegin Diener hat soeben darauf hingewiesen –: Dank Wettbewerb können wir alle, selbst vom Krankenbett aus, jedes Jahr die Grundversicherung ohne Konsequenzen wechseln und dabei notabene sehr, sehr viel Geld sparen. Wer also glaubt, zu hohe Prämien zu bezahlen, kann in der Grundversicherung bei jedem Jahreswechsel, unabhängig von seinem Gesundheitszustand, die Krankenkasse wechseln. Diese als einmalig zu bezeichnende Wahlfreiheit entfällt mit der Einheitskasse. Ich bitte Sie, dies zur Kenntnis zu nehmen.

Eine Einheitskasse führt zu einer weiteren Verstaatlichung des Gesundheitswesens, denn wenn man nur einen Zahler hat, wird dieser auch die Leistungen diktieren. Ob man das will, ist und bleibt ein Grundsatzentscheid. Ich persönlich halte gar nichts davon. Ich bitte die Befürworterinnen und Befürworter dieser Volksinitiative, Folgendes zur Kenntnis zu nehmen: Die wichtigsten Kostentreiber bleiben auch mit einer staatlichen Einheitskasse bestehen. Es sind dies die Anspruchsmaterialität der Bevölkerung, die demografische Entwicklung – also immer mehr alte Menschen –, der medizinische Fortschritt und die Technologisierung der Medizin. An diesen wichtigsten Kostentreibern ändern Sie mit der Einheitskasse nichts.

Etwas will ich in diesem Zusammenhang speziell erwähnen: Die reinen Verwaltungskosten machen bei den Krankenversicherungen insgesamt 5 Prozent aus. Man muss bei den anderen 95 Prozent ansetzen, und da ist das Ganze viel schwieriger, wie jeweils Bemühungen in den Kantonen zeigen, wenn es beispielsweise darum geht, Spitalinfrastrukturen aufzuheben.

Da halten sich jene Kreise, die nun eine Einheitskasse fordern, vornehm zurück – um es einmal höflich zu formulieren. Ich meine damit ausdrücklich auch einige kantonale Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren.

Ins gleiche Kapitel gehören die Diskussionen und Entschiede, zu denen es in diesem Haus kommt, wenn es um Vorschläge zu KVG-Änderungen und um Einschränkungen des Grundleistungskatalogs geht. Es ist besonders ärgerlich, dass ausgerechnet einige Befürworter der Einheitskasse an der Spitze derjenigen Kräfte standen, welche die Managed-Care-Vorlage mit allen Mitteln bekämpften. Das ist die andere Seite der Medaille.

Selbstverständlich habe ich konkrete Vorschläge, was man auch ohne Einheitskasse tun könnte, ja tun sollte. Das System der Billigkassen hat keine Zukunft; der Gesetzgeber muss dem einen Riegel vorschieben, davon bin ich überzeugt. Der Wettbewerb zwischen den Kassen sollte sich nicht darauf konzentrieren, wer die besseren Risiken anzieht, sondern wer die besseren Versorgungskonzepte anbietet. Es braucht also eine rasche Verbesserung des Risikoausgleichs, da können Sie mit mir rechnen. Wer gesunde und junge Mitglieder hat, soll Geld in den Topf einzahlen, wer Chronischkranke versichert, soll Geld aus dem Topf erhalten. Damit werden die Billigkassen gestoppt. Schliesslich braucht es klare und wirksame Einschränkungen bei den aggressiven Marketingmethoden einzelner Krankenkassen. Ich

spreche insbesondere vom lästigen Telefonterror. Gemäss Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb sollte seit dem 1. April 2012 – das ist kein Aprilscherz – ein rechtsverbindlicher Sterneintrag im Telefonbuch davor schützen.

Abschliessend halte ich fest: Der Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung, die Lebenserwartung sowie die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sind im OECD-Vergleich überdurchschnittlich hoch, deshalb sollten wir mit unserem Gesundheitswesen nicht experimentieren. Der Radikaleingriff durch die Schaffung einer staatlichen Einheitskasse wäre aber ein solches Experiment.

In unserem Land ist der Zugang zu medizinischen Leistungen für alle ohne Wartezeiten gewährleistet. Das Angebot ist flächendeckend und besticht durch einen sehr guten Ausbau und durch hohe Qualität.

Unser Gesundheitssystem ist auch solidarisch, sehr solidarisch sogar. Wohlhabende bezahlen deutlich mehr an die Gesundheitskosten als ärmere Bevölkerungsschichten. Über ein Drittel aller Versicherten erhält bekanntlich Prämienverbilligungen aus Steuergeldern.

All diese Vorzüge dürfen und sollten wir nicht aufs Spiel setzen, auch nicht, weil damit keine Senkung der Gesundheitskosten und der Krankenkassenprämien verbunden ist. Das muss man unserer Bevölkerung in aller Deutlichkeit sagen. Auf Seite 7944 der bundesrätlichen Botschaft steht nämlich klipp und klar: «Da bei einer Annahme der Volksinitiative kein Wettbewerb mehr unter den Versicherern spielen würde, da es nur noch einen gäbe, wäre mit einem Anstieg der Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu rechnen. Zudem ist davon auszugehen, dass sich mit der einheitlichen Prämie aufgrund des Monopols eine Erhöhung der heute tiefen Prämien ergeben wird.»

Ich gehe davon aus, dass Sie, sehr geschätzter Herr Bundesrat Berset, diese Tatsache heute zuhänden unserer Bevölkerung nochmals in aller Deutlichkeit bestätigen. Es ist zwingend nötig, weil die Initiantinnen und Initianten nämlich genau das Gegenteil behaupten.

Ich bitte Sie, dem Bundesrat und der Kommissionsmehrheit zu folgen und die Initiative abzulehnen.

**Eberle Roland (V, TG):** Im Wissen darum, dass vermutlich niemand mehr von einer anderen Haltung zu überzeugen ist, versuche ich es trotzdem. Ich lege zuerst meine Interessen offen: Ich bin Verwaltungsrat der Spital Thurgau AG; das ist der Zusammenschluss aller öffentlichen Spitäler im Kanton Thurgau. Ich bin im Verwaltungsrat der Groupe Mutuel. Ich war sechs Jahre Gesundheits- und Finanzdirektor eines aufstrebenden Kantons. Ich bin Prämienzahler, ich bin Steuerzahler, und ich bin – Gott sei es geklagt – auch ab und zu Patient, hoffentlich nicht lange und nicht immer, aber ich bin es immer wieder. Es gibt bei der Diskussion über das Gesundheitswesen und bei der Art und Weise, wie man damit umgeht, immer eine «stehende» und eine «liegende» Optik. Deshalb habe ich das erwähnt.

Wir kennen in der Schweiz ein Gesundheitswesen, das ein sehr grosses Solidarwerk darstellt, obwohl es im Versicherungsbereich privat organisiert ist. Wir haben eine ausgezeichnete Grundversorgung, wir haben eine sehr gute Qualität, wir haben die Vorteile des Wettbewerbs. Es gibt auch einige kleine Nachteile – das gebe ich zu –, aber die sind für mich nicht matchentscheidend. Wenn wir es genau anschauen, stellen wir fest, dass unser Gesundheitswesen auch sehr kostengünstig ist. Auch wenn wir 11,5 oder 11,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts als viel erachten, liegen die Kosten bei uns weit unter denjenigen vergleichbarer Systeme, die diese Qualität nie erreichen werden.

Ich will damit aber nichts schönreden. Wir sprechen beim Gesundheitsmarkt Schweiz von einem Markt bzw. von einem Wertschöpfungspotenzial von 66 bis 68 Milliarden Franken. Es gibt bekannterweise auch sehr viele Anspruchsgruppen, die sich an diesem Kuchen beteiligen wollen. Selbstverständlich muss es auch bezahlt werden, da gehen dann die Meinungen weit auseinander. Welche sind denn diese Interessengruppen im Gesundheitswesen? Es sind die stationären Leistungserbringer, die Spitäler; es sind die ambu-

lantem Leistungserbringer, die Ärzte – Spezialisten und Allgemeinpraktiker –; es sind die Leistungsbesteller, die Kantone, die die Spitalplanung verantworten müssen; es sind die Hightech-Medizinalunternehmen; es ist die Pharmaindustrie; es sind die Krankenversicherer. Aber es sind auch die Patienten mit ihrer Anspruchshaltung.

Wenn wir von einer Einheitskasse im obligatorischen Bereich sprechen, so sprechen wir gerade einmal von 26 Milliarden von diesen knapp 70 Milliarden Franken. All diejenigen, die behaupten, mit einer Einheitskasse könne man die Gesundheitskosten annähernd in den Griff bekommen, täuschen sich nach meinem Dafürhalten gewaltig. Wir sprechen bei einer Einheitskasse von einem knappen Drittel der Aufwendungen. Unter diesem Aspekt glaube ich schon, dass es sich lohnt zu überlegen, ob das Kernziel, nämlich die Kosten zu reduzieren, überhaupt mit einer solchen Initiative erreichbar ist. Es fragt sich, ob die anderen Gründe, die ins Feld geführt werden, nicht eher Scheinargumente sind. Wir sind uns ja einig: Die Grundversicherung ist für alle garantiert. Der Ausgleich der Kosten, auch auf der prämienzahlenden Seite, ist über die Prämienverbilligung garantiert. Es soll mir niemand kommen und sagen, wir liessen beim Gesundheitswesen Menschen in der Schweiz hängen. Im Gegenteil: Wir schauen mit diesem System, dass alles funktioniert. Es funktioniert nach meinem Dafürhalten gut.

Wenn wir in diesem System der Interessenvertreter schauen, wer wirklich ein Interesse hat, Kosten zu sparen, so finden wir letztlich bald nur noch die Krankenversicherer. Denn sie haben ihre Geschäftsmodelle darauf ausgerichtet, Geld zu verdienen. Sie verdienen Geld, wenn die Leistungen sehr genau kontrolliert werden und die Kosten entsprechend tief gehalten werden können; das immer im Rahmen des Grundeistungskatalogs, im Rahmen der Verpflichtungen, die wir den Krankenversicherern per Gesetz auferlegen. Wenn behauptet wird, die Grundversorgung sei ungleich, wenn behauptet wird, wir hätten eine rationierte Medizin, wenn behauptet wird, das Telefonmarketing sei das Übelste der Welt, dann, denke ich, werden diese Behauptungen oft wider besseres Wissen aufgestellt.

Einen von Frau Egerszegi eingebrachten Aspekt möchte ich noch in den Raum stellen: Es ist die Frage der Kosten der Administration einer solchen Versicherung. Ich bin schon der Meinung, dass der Staat in der Lage wäre, diese Kosten ungefähr im gleichen Mass zu halten und diese Organisation entsprechend zu finanzieren. Aber wir schaffen ein zweites System, das Kosten verursacht, denn die Zusatzversicherungen bleiben ja bestehen. Wir verdoppeln die Kosten, auch wenn wir davon ausgehen, dass die Versicherer für die Verwaltung die gleichen Kosten hätten wie der Staat mit einer Einheitskasse. Aber wir verdoppeln das System. Das System verdoppeln heisst auch eine entsprechende Verdoppelung der Kosten. Und wer bezahlt diese Kosten? Der Steuerzahler oder der Prämienzahler; das sind die beiden potenziellen Möglichkeiten.

Das sind meine Beweggründe. Ein letzter dazu: Ob dann eine Einheitskasse unter staatlicher Organisation tatsächlich in der Lage wäre, funktionsfähig und effizient zu agieren, und zwar im Sinne der Idee der gehörten Befürworter – das wage ich aufgrund der Erfahrung, die wir jetzt seit bald zwanzig Jahren im Zusammenhang mit dem KVG haben, dann noch zu bezweifeln. Nur mit grösster Mühe gelingt es überhaupt, die bestehenden Rechtsnormen durchzusetzen. Die entsprechenden Ämter und kantonalen Stellen haben extrem viel Mühe, die bestehenden Rechtsnormen durchzusetzen. Ich glaube nicht, dass sich an diesem Punkt etwas ändern würde, wenn man eine Einheitskasse in die Verantwortung nehmen würde, um die entsprechende Grundversicherung zu organisieren.

Ich bitte Sie deshalb, dieser Initiative keine Unterstützung zu geben und sie abzulehnen.

**Stöckli Hans (S, BE):** Ich bin froh über die letzten Voten, denn sie stellen einen Beitrag zu einer sachlichen Diskussion zur Problemlösung dar. Insbesondere bin ich Herrn Eder dankbar. Er hat die Probleme aufgelistet, die es anzu-



packen gilt: Billigkassen; die Problematik des Wettbewerbs, um die Kunden zu finden, die für den Risikoausgleich interessant sind; die Einschränkung der Marketingmethoden. Alle diese Punkte, Herr Eder, können mit der Annahme der Initiative geregelt werden.

Ich bin auch überrascht, dass die Fragen, die von Frau Egerszegi in den Raum gestellt wurden, kaum behandelt wurden. Man hat die Hand ausgestreckt, um eine Lösung zu finden – auch Frau Diener sucht eine solche –, die andere Seite ist zu einer solchen Geste aber nicht bereit. Es wäre aber sicher richtig, dies zu tun, denn aufgrund der bestehenden Problematik im Gesundheitswesen sind noch viele Aufgaben zu bewältigen.

Das heutige System ist unübersichtlich. Es wurde zu Recht gesagt: Es sind 61 verschiedene Krankenkassen, die jedes Jahr 300 000 verschiedene Tarife genehmigt bekommen. Man muss sich vorstellen, welcher Verwaltungsaufwand damit verbunden ist. Wir haben Zwangsmitgliedschaften; jeder Bürger, jede Bürgerin ist Mitglied einer Krankenkasse. Wir haben klar definierte Aufgaben zu erfüllen. Da stellt sich natürlich schon die Frage, ob es wirklich 61 verschiedene Kassen braucht, um der Bevölkerung diesen Dienst erweisen zu können.

Die Verwaltungskosten werden jetzt verniedlicht. Immerhin sind es jährlich über 1,2 Milliarden Franken, die im Verwaltungsbereich ausgegeben werden. Wir wissen, dass sich viele Leute nicht gut fühlen, wenn die Krankenkassen ihr aggressives Marketing betreiben. Es werden pro Jahr 300 000 Kassenwechsel vorgenommen. Das kostet zusätzlich 50 bis 100 Millionen Franken. Wenn man davon ausgeht, dass man etwa ein Viertel der Verwaltungskosten sparen kann, dann macht das pro Jahr 300 bis 500 Millionen Franken an Ersparnissen aus, welche mit der Einheitskasse, ohne Einschränkung der Leistungen und ohne Wegfall der Wahlfreiheit der Systeme, der Bevölkerung zugutekämen.

Insbesondere hat noch niemand eine Antwort gegeben auf die Frage von Frau Egerszegi-Obirst, worin der Wettbewerb denn bestehe bzw. wo in diesem regulierten Markt ein Wettbewerb möglich sei. Diese Frage wurde nicht beantwortet. Dementsprechend ist es nachvollziehbar, wenn man als Antwort und als Lösung eine öffentliche Krankenkasse vorschlägt.

Ich bin mit Herrn Schwaller einig, dass diese öffentliche Kasse tatsächlich zwei Nachteile hat. Der eine Nachteil ist der, dass es dann bei Leuten, die die Grundversicherung und auch Zusatzversicherungen haben, zwei verschiedene Rechnungen gibt. Das ist ein Nachteil, den man nicht unterschätzen darf, daran wird man arbeiten müssen. Der zweite Nachteil sind die Übergangskosten. Allerdings war ich sehr überrascht zu sehen, dass sie sich zuerst auf 1,7 Milliarden Franken beliefen und dann sogar auf 2 Milliarden Franken stiegen. Ich habe mir die Studie der School of Management and Law in Zürich geben lassen und festgestellt, dass mehr als die Hälfte, nämlich über 1 Milliarde Franken, der sogenannten Kosten darauf zurückzuführen ist, dass man davon ausgeht, dass während sage und schreibe fünf bis sieben Jahren gesamthaft Doppelstrukturen aufgebaut werden müssten, damit man diesen Wechsel vornehmen könne. Da würde ich einmal bei anderen Fusionen in die Akten schauen, um herauszufinden, ob in einem solchen System tatsächlich fünf bis sieben Jahre Doppelstrukturen nötig sind.

Wir haben ein System Suva, das sich bewährt hat. Es ist zwar richtig, dass die Verwaltungskosten bei der Suva etwas höher sind als beim jetzigen Krankenversicherungssystem. Man darf aber nicht vergessen, dass dort der gesamte Behandlungsprozess und auch der Heilungsprozess inklusive Wiedereingliederung über die Suva abgerechnet wird und dass die Suva über die Verwaltungskosten auch 120 Case Manager bezahlt, die sich darum kümmern, dass ein langfristiges Case Management derjenigen Leute, die über die Kasse behandelt werden, erfolgt.

Wenn man die Suva mit privaten Unfallversicherungen vergleicht – indem man Gleiches mit Gleichem vergleicht –, so stellt man fest, dass die Suva sehr gut aufgestellt ist, dann

gehört die Suva zu den günstigsten Kassen, was die Verwaltungskosten anbelangt. Dementsprechend, glaube ich, ist es auch gerechtfertigt, dass man die Suva als Beispiel nimmt, um zu zeigen, dass ein solches System nicht dazu führt, dass die Medizin verstaatlicht würde. Es ist überhaupt nicht so, dass die öffentliche Krankenkasse das Gesundheitssystem verstaatlichen will. Es geht nur darum, dass in der obligatorischen Krankenversicherung eine Struktur hergestellt wird, die eben dem Lösungsansatz am besten entspricht, den es braucht, um geregelte, regulierte Dienstleistungen in einem regulierten, genehmigten Markt zu erbringen.

Dementsprechend bin ich überzeugt, dass dieses System der öffentlichen Krankenkasse eine gute Antwort ist auf die Fragen, die hier in diesem Raum gestellt wurden, und dass sie einen Nutzen für die zukünftige Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens bringen wird.

**Fetz Anita (S, BS):** Ich bin keine Freundin von Monopolorganisationen, deshalb habe ich mich, als wir in diesem Rat das letzte Mal über das Thema der Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» sprachen, der Stimme enthalten. Ich habe dabei aber auch gesagt, was in diesem System geändert werden müsste. Heute komme ich zum Schluss, dass all diese Dinge nicht geändert worden sind. Ich schaue jetzt mal – da Sie so viel davon gesprochen haben –, wie denn der vielgelobte Wettbewerb in unserer heutigen obligatorischen Krankenpflegeversicherung aussieht.

Es wurde gesagt, es gebe 61 Kassen – wohlverstanden für ein Obligatorium; ich spreche jetzt nicht von den Privatversicherungen. Von den Doppelspurigkeiten und ineffizienten Strukturen, die es da gibt, einmal abgesehen, bedeutet das: 61 gutbezahlte Geschäftsführer und 61 Verwaltungsratsgremien. Die entscheidenden Sitze werden dann an Politikerinnen und Politiker auf allen Stufen unseres Gemeinwesens verteilt. Auch in diesem Rat sind die Krankenkassen äusserst gut vertreten, noch besser aber im Nationalrat. Damit ist schon einmal ein grosses Problem des Wettbewerbs dargestellt: Es gibt viel zu viele Verflechtungen zwischen den Krankenkassen und der Politik, die doch eigentlich die Gesetze unabhängig von den Kassen machen und die Kassen eigentlich auch beaufsichtigen müsste.

Damit fängt es an, dann geht es in diesem Wettbewerbssystem weiter. Wir haben über 300 000 verschiedene Prämien – ich wiederhole: über 300 000 verschiedene Prämien. Kein Mensch kann sie mehr überblicken, geschweige denn kontrollieren; das ist schlicht unmöglich. Wenn man genau hinschaut, dann sieht man, dass es noch und noch Fehler gibt, x Fälle zeigen es. Immer noch haben wir die Risikoselektion. Kollege Eder hat einige gute Vorschläge gemacht. Er ist ja auch erst, ich weiss es nicht mehr genau, zwei Jahre bei uns. Ich muss ihm leider sagen, dass diese Vorschläge in diesem Rat bereits alle abgelehnt worden sind. Ich warte aber gerne auf Wiedereinreichung dieser Vorschläge.

Weiter hat dieses Wettbewerbssystem illegale Reserveverschiebungen in der Höhe von 1,7 Milliarden Franken zugelassen, und zwar, um den Wettbewerb anzufeuern. Da hat man von der Kasse A im Kanton A, dort, wo viele Prämien bezahlt worden sind und es viele Reserven gibt, die Reserven angezapft, um mit riesigen Werbekampagnen in den Kantonen B, C und D für die gleiche Kasse A zu werben und Leute zum Wechsel zu veranlassen. Letztendlich bleiben diese Wechsel aber ein Nullsummenspiel. Es gibt in der Schweiz eine genaue Anzahl von obligatorisch Versicherten. Es werden nicht mehr und nicht weniger, wenn es eine Kasse mehr oder weniger gibt. Die gleichen Leute werden wie im Drehtüren-System einfach durch die verschiedenen Kassen «gedreht». Und das soll Wettbewerb sein? Von Innovation sehe ich nichts, zumindest habe ich davon in den letzten Jahren nichts gesehen.

Dann kommt noch der Telefonterror hinzu. Dieser ist schlicht eine Frechheit. Ich kann es nicht anders sagen. Natürlich sage ich auch am Telefon mein Alter – man muss ja nicht 75 sagen, es reicht ja zu sagen, wie alt man wirklich ist, und schon ist man die Dame oder den Herrn los. Aber es ist ein-

fach eine Sauerei. Das ist Provisionsagitation auf Kosten der Bevölkerung. Aber auch ein Verbot dieser Telefonbelästigung haben Sie abgelehnt. Es ist ärgerlich, aber es ist so. Das Tüpfelchen auf dem i, um es einmal so zu sagen, ist die Torpedierung des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes im Nationalrat. Das war jetzt einfach ein Schritt zu viel. Wo ein Obligatorium gesetzlich geregelt ist, da gibt es schlicht und einfach keinen realen Wettbewerb. Da hätte nicht einmal Milton Friedman eine Möglichkeit gefunden, Wettbewerb zu veranstalten – dies in 26 Kantonsbereichen und in einem winzigen Land wie der Schweiz. Nehmen Sie die Grösse des Kantons Basel-Stadt; dies sind 37 Quadratkilometer. Meinen Sie, da lasse sich flott Wettbewerb machen bei etwa 200 000 obligatorisch Versicherten, die man von Versicherung zu Versicherung rollt? Innovativ sein ist etwas anderes. Und das kostet natürlich. Das kostet jedes Jahr mehrere Hundert Millionen Franken Prämienfelder. Natürlich, mit diesen Kosteneinsparungen werden wir nicht das Gesundheitswesen günstiger machen; das hat bis jetzt aber auch noch niemand behauptet. Aber warum soll man ein paar Hundert Millionen Franken pro Jahr nicht einsparen, wenn sie für Unsinn ausgegeben werden, und sie den Prämienzahlenden weitergeben? Wenn ich die Wahl habe zwischen einem geordneten und beaufsichtigten Monopol à la Suva und dem heutigen, von Kollegin Egerszegi ebenso nüchtern wie brillant dargestellten unbeaufsichtigten Pseudowettbewerbsystem, dann wähle ich das kleinere Übel, nämlich das Monopol à la Suva – weil ich dann weiss, dass ich als Versicherte nicht abgezockt werde.

Und zum Schluss noch ein Wort an Herrn Bundesrat Berset: Ich habe auch bedauert, dass Ihr Engagement für einen Gegenvorschlag hier so flott vom Tisch gefegt worden ist, aber darum geht es jetzt nicht mehr. Ich erwarte, dass Sie oder, besser gesagt, das BAG dafür sorgen und auch garantieren, dass die Kassen nicht wieder, wie bei der letzten Abstimmung, Prämienfelder für die Abstimmungskampagne verwenden! Das war und ist und bleibt ein Skandal. Und das gilt sowohl für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch für das Versicherungsvertragsgesetz. Es ist einfach unverschämt, sich mit Prämienfeldern an solchen Abstimmungen zu beteiligen! Ich erwarte, dass die Kassen nachweisen, schriftlich nachweisen, dass sie keine Prämienfelder für diese Abstimmung verwenden!

**Stadler Markus (GL, UR):** Eine Einheitskasse hätte gegenüber dem bestehenden Zustand Vor- und Nachteile. Dabei ist die Hauptfrage: Vor- und Nachteile für wen? Die Antwort daraus ergibt sich aber nicht einfach aus der Gegenüberstellung von Wandtafelmodellen mit «alt versus neu», sondern aus der konkreten Ausgestaltung dieser beiden Versicherungslandschaften.

Für die bestehende Krankenversicherungslösung mit zurzeit über 60 Kassen spricht: Es gibt mehr Wahlmöglichkeiten für die versicherten Personen, mehr Wettbewerb im eingeschränkten Sinne und weniger Marktkonzentration als bei einer Einheitskasse – das zumindest im Modell. Allerdings braucht die gelebte Realität unserer Kassen meines Erachtens verschiedene Anpassungen an das idealtypische Modell, damit die Vorteile dieses Systems auch wirklich zum Tragen kommen. Das heisst unter anderem: deutlich weniger Risikoselektion, dafür Qualitäts- und Kostenbewusstsein; eine verstärkte Trennung von Grund- und Zusatzversicherung; eine teilweise Aufhebung des Vertragszwangs, gerade im Bereich gewisser Spezialisten; eine verstärkte Aufsicht durch das BAG. Denn ein System von Versicherungsobligatorium mit Prämienverbilligung schafft keine normale Marktsituation, darauf wurde verschiedentlich hingewiesen. Diese Situation ruft entsprechend nach regulatorischen Konsequenzen.

Wenn Massnahmen zur Erreichung dieser Ziele umgesetzt werden, dann treten die Vorteile einer Vielfalt an Kassen klarer in den Vordergrund, und man kann auf eine Unterstützung der Einheitskasse verzichten. Ich gehe davon aus, dass wir in diese Richtung voranschreiten, trotz der Bedenken, die hier geäussert wurden. Ich empfehle die Volksinitia-

tive heute deshalb nicht zur Annahme. Sollte das Parlament allerdings gleich als Erstes das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz oder die Verknüpfung mit dem Prämienausgleich ablehnen, würde ich auf diese Beurteilung zurückkommen.

**Berberat Didier (S, NE):** Comme notre collègue, Monsieur Eberle, a déclaré ses intérêts, je déclare également les miens: je n'en ai aucun, à part le fait d'être comme vous tous payeur de primes d'assurance-maladie. En ce qui me concerne, je suis favorable à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie». En effet, comme cela a été maintes fois démontré, le système actuel est extrêmement opaque et une bonne partie de la population de notre pays a malheureusement perdu confiance dans les caisses-maladie – ayant de plus en plus de difficultés à faire face à la hausse continue des primes. Monsieur Kuprecht, a signalé le mécontentement qui montait contre la Sécurité sociale française; c'est un fait, mais je lui signale également que, s'il discute dans la rue avec des citoyens et citoyennes, il constatera que le mécontentement à l'égard des caisses-maladie suisses est en hausse continue.

On nous a dit que le système actuel avait fait ses preuves et qu'il suffisait de procéder à quelques petits ajustements. Je constate, à regret, que la majorité de notre Parlement continue de fermer les yeux – ou du moins de minimiser les défaillances du système – et refuse de renforcer les contrôles, suite à l'incessant travail de lobbying des assurances-maladie. Le renvoi au Conseil fédéral du projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, décidé jeudi dernier par le Conseil national, empêche la Confédération d'exercer une surveillance suffisante sur le marché de l'assurance-maladie de base, qui représente pourtant, vous le savez bien, 25 milliards de francs annuels. Les assurés continueront donc à payer les risques liés à cette insuffisance de contrôles dans le domaine de la santé, et les problèmes, voire les scandales parfois, liés aux caisses-maladie et aux primes d'assurance se perpétueront.

L'affaire des primes payées en trop par les assurés n'est certes pas des plus récentes, mais démontre que la majorité de notre Parlement ne cherche pas à trouver une solution satisfaisante. Le renvoi, le jeudi 5 décembre 2013, du projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie n'est jamais qu'un rebondissement supplémentaire dans ce feuilleton. Au vu de la confiance vacillante de la population dans l'actuel système de caisse-maladie, la tactique de ralentissement adoptée par la majorité du Conseil national – qui peut être qualifiée de dilatoire – ne fait que rajouter de l'eau au moulin d'un changement total de système et d'un passage à une caisse maladie publique, simple, équitable et abordable, avec – je le rappelle – une coresponsabilité des différents acteurs de la santé – patients, Confédération, cantons et prestataires de soins.

Au surplus, je souhaitais aussi signaler que la différence de primes entre les assurés d'un même canton n'est plus tenable. Je ne parle pas des assurés de deux cantons différents, mais d'un même canton.

J'ai consulté les documents officiels émanant de mon canton concernant les primes 2014. Tenez-vous bien: dans le canton de Neuchâtel – et je pense qu'ailleurs le constat est le même –, une famille avec deux enfants, avec la franchise minimale et sans risques accident paiera pour la caisse la moins chère, 762 francs par mois et, pour la caisse la plus chère, 1248 francs, il y a donc une différence mensuelle de 486 francs, soit 5830 francs par année. Trouvez-vous normal que pour les mêmes prestations il y ait une telle différence? En ce qui me concerne, en tout cas pas. On me rétorquera – cela a déjà été dit lors du débat – qu'il suffirait à cette famille de changer de caisse. Certes, mais on sait très bien que pour certaines personnes cela n'est pas si simple: d'abord pour des raisons de maîtrise de la langue, de difficulté à comprendre et à entreprendre des démarches dans un système compliqué, parce que certaines personnes ne souhaitent pas avoir deux caisses différentes, l'une pour l'assurance de base et l'autre pour les complémentaires, ou



ignorent même que cela est possible et enfin, ce qui arrive de plus en plus souvent, parce que ces familles ont du retard dans le paiement de leurs primes, ce qui ne leur permet pas de changer de caisse.

Pour toutes ces raisons, je vous demande de donner votre aval à cette initiative populaire et d'adopter la proposition de la minorité Rechsteiner Paul.

Je souhaitais encore signaler au Conseil fédéral que je suis, comme Madame Fetz, très attentif à la question du financement des campagnes politiques. Je suis intervenu déjà plusieurs fois au Conseil national, et ici même, et je fais confiance au Conseil fédéral pour qu'il s'assure qu'aucun centime de l'assurance de base, payée par toute la population – des clients captifs – ne serve à financer la campagne contre l'initiative populaire.

**Savary** Géraldine (S, VD): Je dois annoncer mes liens d'intérêts: je suis présidente de la section de mon canton d'une petite association qui est l'Association suisse des assurés. Comme il y a eu un certain nombre de représentants des caisses-maladie qui se sont exprimés, je ne pense pas complètement inutile de témoigner aussi au nom de toutes ces personnes qui viennent nous voir au cours de la semaine où les primes d'assurance-maladie sont communiquées et où il s'agit de changer de caisse-maladie. Il faut voir à quel point les gens sont déboussolés, inquiets, en particulier les personnes âgées, parce que ce système ils ne le comprennent pas. Ces gens craignent tant de rester dans la même caisse que d'en changer, c'est dire si le système est compliqué. Je dirai que si le stress est un facteur de risque pour la santé et que si les risques pour la santé sont à la charge de l'assurance-maladie, des assureurs, eh bien, la concurrence entre caisses leur coûte extrêmement cher!

Cela a été dit, si toutes ces personnes, tous ces assurés sont complètement perdus au moment où ils doivent changer de caisse, c'est bien parce qu'il y a une vraie crise de confiance non pas entre le législateur et la population, non pas de la part des personnes qui bénéficient du régime de l'assurance-maladie, mais c'est bien parce que la loi sur l'assurance-maladie est pervertie aujourd'hui par la complexité créée par celles et ceux qui mettent en oeuvre le système de santé et, dans ce cas particulier, par les caisses-maladie. Cette complexité fait que les habitants de ce pays se désintéressent de la gestion de la politique de santé, se déresponsabilisent et ne font plus attention à leur propre consommation, selon le principe: «On en a pour notre argent, donc si on consomme trop, plus que prévu, ce n'est pas très grave.»

Et deuxièmement je dirais aussi – cela a déjà été évoqué par un certain nombre d'intervenants – que les primes ne suivent pas les coûts et que la Confédération n'a pas le contrôle de la hausse des primes. Ces dernières ne correspondent donc pas à l'évolution des coûts. Nous avons de longues discussions sur ces questions-là depuis plusieurs années ici au Parlement et aujourd'hui encore, évidemment, ce problème n'est absolument pas réglé, parce que la multitude des caisses rend le contrôle absolument impossible.

Et puis, je m'étonne qu'à vous entendre, chers collègues, – en particulier les membres de la commission, et c'est aussi pour cela que je me suis finalement inscrite pour m'exprimer brièvement –, on a l'impression qu'on vit dans un pays de cocagne et, qu'au fond, tous les problèmes sont résolus, sont en passe d'être résolus, que tous les problèmes qui ont été répertoriés par nous-même – par nous-mêmes, chers collègues! –, vont être résolus avec un peu de bonne volonté ou bien que la concurrence fera en sorte que les choses fonctionnent bien. Cela m'étonne véritablement parce que, comme chaque année, au moment-même où les primes tombent, les problèmes sont répertoriés. Nous sommes réunis ici pour discuter d'un certain nombre de questions qui touchent à l'avenir de notre système de santé et, à chaque fois, aucun des problèmes n'est résolu, qu'il touche à la sélection des risques, à la gestion des maladies chroniques, à la multiplication des cabinets médicaux, au manque de réseaux intégrés de soin, à la maîtrise des coûts. A chaque

fois, ce sont des occasions ratées, à chaque fois, la volonté politique, la volonté des acteurs, manque. Et si nous n'avons pas résolu ces problèmes, c'est en raison de l'existence de ces caisses qui démontrent une volonté de bloquer toute réforme inversement proportionnelle à celle d'améliorer notre système de santé.

Alors c'est aussi de ces blocages permanents que cette initiative populaire est née. Elle n'est pas née pour faire plaisir à un parti politique. Elle est née parce que les problèmes n'ont pas été résolus depuis un certain nombre d'années. Maintenant, l'occasion de le faire est devant nous. Je vous invite à ouvrir les yeux, à vous débarrasser des oeillères idéologiques, à ne pas craindre la caisse publique comme si c'était une soviétisation de la Suisse, mais au contraire à considérer que c'est un système qui a fait ses preuves dans d'autres domaines, et à montrer à la population que le Parlement souhaite avancer dans une réforme indispensable à notre système de santé.

**Schwaller** Urs (CE, FR), für die Kommission: Ich werde mich wiederum der Kürze befehligen und mich auf vier ganz kurze Bemerkungen beschränken:

1. Die Einheitskasse und die Suva sind nicht miteinander vergleichbar. Im Unterschied zum Krankenversicherer erhebt die Suva risikogerechte Prämien. Die Kopfprämie des KVG ist unabhängig vom einzelnen Krankheitsrisiko. In der Grundversicherung herrscht eine weitgehende Solidarität über die verschiedenen Risikogruppen hinaus. Das ist ein grundlegender Unterschied. Deshalb kann die Suva nicht als Modell für die Krankenversicherungen gelten.

2. Mir liegt daran, trotzdem noch einmal Folgendes festzuhalten: Der Ständerat hat sowohl das Aufsichtsgesetz wie auch die Rückerstattung der zu viel bezahlten Prämien behandelt und genehmigt. Vorwürfe an unseren Rat sind meines Erachtens fehl am Platz. Ich hatte heute verschiedentlich den Eindruck, in einer Kirche zu sitzen, wo die Pfarrerin oder der Pfarrer den Besuchern Vorwürfe macht über jene, die nicht da sind bzw. in einem anderen Saal sitzen.

3. Auf 100 Prämienfranken braucht es 95 Franken für die bezogenen Leistungen. Die staatliche Einheitskasse wird daran nichts ändern. Wenn wir etwas ändern wollen, dann ist bei diesen 95 Prozent der Kosten anzusetzen – Frau Savary, sagen Sie das gerade auch Ihren Klientinnen und Klienten. Das heisst, es ist bei der Finanzierung aus einer Hand anzusetzen, bei der gleichen Finanzierung des ambulanten und des stationären Bereichs, bei den integrierten Versorgungsnetzen, das heisst bei Managed Care, der Vorlage, die zum Teil von den gleichen Leuten bekämpft wurde, die sich heute für die Einheitskasse so ins Zeug legen. Es ist anzusetzen bei einer Überprüfung des Grundleistungskatalogs und der Angebotsdichte sowie bei einer tatsächlichen Konzentration der Spitzenmedizin. Da müssen wir zusammen Wege finden, um aus den Problemen herauszukommen. Dann werden die Prämien weniger stark ansteigen.

4. Ich ärgere mich auch über Telefonanrufe und nichtangekündigte Besucher und unterstütze alle Massnahmen, um hier vorzugehen und Anzeige zu erstatten. Fragen Sie doch bei den Telefonanrufen jeweils, in wessen Namen Sie angerufen werden, und zeigen Sie die Leute nachher auch an! Gleiches gilt für die Jagd auf die sogenannten guten Risiken. Diese sind aber wegen des sehr hohen Risikoausgleichs nicht, wie heute gehört, die Jungen von 18 bis 25 Jahren, sondern das sind die 60-Jährigen ohne besondere Krankheiten und Leistungsbezüge. Das sind die tatsächlich guten Risiken.

Im Übrigen unterstütze ich – das ist die letzte Bemerkung – eine weitere berechtigte Verfeinerung des Risikoausgleichs. Ich bin überzeugt, dass diese auch mithilfe dieses Rates rasch umgesetzt werden kann und muss, und das unabhängig von der vorliegenden Initiative.

**Berset** Alain, conseiller fédéral: Vous êtes en train de participer à un débat d'une grande importance, qui mérite vraiment d'être mené de manière approfondie. Il s'agit d'une initiative populaire et, même si cette dernière ressemble à

d'autres textes qui ont déjà fait l'objet d'un débat, le Conseil fédéral estime que, de manière générale, ce débat sur le système d'assurance-maladie doit être mené constamment. Nous le menons, vous le menez, qu'il y ait ou non des initiatives populaires, parce qu'il s'agit d'un système suffisamment important pour que l'on s'y attache et que l'on essaie autant que possible de l'améliorer.

J'ai été quelque peu surpris par l'intervention de Madame Maury Pasquier, qui a parlé d'un animal au cuir sombre et épais, avec plusieurs têtes – 61 en fait si les têtes faisaient référence au nombre d'assureurs. J'ai cru entendre dans cette intervention une référence à la mythologie grecque, à l'Hydre de Lerne plus précisément. Comme vous le savez, détruire l'Hydre de Lerne était l'un des douze travaux d'Hercule. Et à chaque fois qu'Hercule coupait l'une des têtes de l'Hydre, celle-ci repoussait à double. Il faut constater que, dans le système d'assurance-maladie, c'est le contraire qui se produit, puisqu'il y avait 145 assureurs en 1996 et qu'il y en a aujourd'hui 61. Il y a donc une certaine évolution qui se fait dans le système actuel et c'est là le sens de mon message.

Cette initiative appelle quand même un changement de cap complet dans l'organisation du système d'assurance-maladie. Il s'agirait de remplacer 61 assureurs-maladie qui pratiquent aujourd'hui l'assurance de base par un assureur public. Le Conseil fédéral estime qu'un tel changement ne se justifie pas.

C'est un changement qui est trop important, qui n'est pas nécessaire dans le système actuel, parce que le système actuel, avec une pluralité d'assureurs, présente naturellement des avantages par rapport à une situation de monopole.

Le premier avantage est que les assurés disposent d'une grande liberté de choix de leur assureur, qu'ils peuvent en changer s'ils le souhaitent. Un deuxième élément important est le fait que le système actuel comporte des éléments de concurrence qui incitent les assureurs à prendre des mesures d'amélioration des offres d'assurance. Mais il est clair aussi, que cette concurrence doit avoir lieu là où cela était souhaité en 1996, c'est-à-dire au niveau de la qualité du service, sur la qualité des prestations et pas prioritairement – c'était une partie de votre débat aujourd'hui – sur la sélection des risques. Le dernier élément que le Conseil fédéral apporte pour soutenir le système actuel, c'est que dans le fond, avec une caisse publique unique, on regrouperait dans la direction de la caisse des intérêts économiques et politiques extrêmement divergents qui pourraient faire perdre de vue les efforts à fournir en vue de maîtriser les coûts et d'améliorer le rapport coûts/prestations dans l'assurance-maladie sociale.

C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral a mis non pas sur un changement complet de système, mais sur une amélioration ciblée du système que nous avons aujourd'hui, en étant attaché à la concurrence qui prévaut, mais en disant que ce système a bien assez de valeur pour qu'on tente constamment de l'améliorer là où des problèmes ont été identifiés. Je disais notamment qu'un des problèmes – et vous l'avez mentionné – est le fait que la concurrence doit avoir lieu au niveau de la qualité des prestations, sur les prestations de l'assurance et sur la maîtrise des coûts. Et je crois aussi qu'il faut reconnaître aujourd'hui que des pas sont nécessaires pour lutter contre la sélection de risques qui n'est pas favorable au système de concurrence dans l'assurance-maladie.

Le Conseil fédéral vous a présenté toutes les propositions nécessaires pour améliorer ce système avec, d'une part la loi sur la surveillance et d'autre part, l'amélioration de la compensation des risques. Nous vous avons proposé également, parce que vous l'avez souhaité, de régler la question des primes payées en trop et insuffisamment par le passé et de se donner les moyens pour que cela ne se reproduise plus à l'avenir. Tout est sur la table. Votre conseil a adopté, face à cette situation, une position très cohérente et raisonnable qui nous permet clairement d'améliorer le système là où c'est nécessaire. C'est ce que le Conseil fédéral souhaite

également. Aujourd'hui, je n'ai pas entendu une seule voix s'opposer à ces améliorations du système de surveillance. Je n'ai pas entendu une seule voix s'opposer à l'amélioration de la compensation des risques, ni d'ailleurs au règlement du passé pour les primes payées en trop et insuffisamment. Je crois que nous serions bien inspirés de poursuivre ce travail ensemble, non seulement de le poursuivre, mais de le faire aboutir afin d'avoir véritablement, dans le domaine de l'assurance-maladie de base, une surveillance qui s'améliore et qui soit au moins au niveau de la surveillance qui prévaut aujourd'hui pour les assurances privées et pour les assurances complémentaires. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à une situation qui est quand même un peu particulière avec des assurances privées qui sont surveillées de manière beaucoup plus étroite, beaucoup plus précise et pointue que l'assurance-maladie de base que personne n'a le choix de payer ou non.

Vous avez également posé un certain nombre de questions et fait quelques remarques. J'y viens à l'instant. Tout d'abord, en ce qui concerne les économies annuelles envisageables avec le changement de système, Madame Maury Pasquier a articulé le montant de 300 à 350 millions de francs par année. Le Conseil fédéral ne partage pas cette évaluation. Il a essayé d'estimer de manière réaliste les coûts qu'il serait possible d'épargner avec une caisse unique puisqu'il n'y aurait évidemment plus de coûts liés aux changements d'assurance chaque année par les assurés.

Le Conseil fédéral a estimé que 6 à 12 pour cent des assurés changent chaque année d'assurance-maladie, ce qui représente des coûts de 150 à 200 millions de francs par année. Il faut y ajouter encore les coûts de publicité, qui sont estimés aujourd'hui à 80 millions de francs par année. Naturellement, ces chiffres sont à mettre en relation avec les 26, 27 ou 28 milliards de francs qui sont dépensés chaque année pour le système d'assurance obligatoire des soins.

Le deuxième élément mentionné concernait la compensation des risques. Il s'agissait de relever que la compensation des risques a certes permis quelques améliorations, mais pas suffisamment. Actuellement, le Conseil national a adopté, suivant en cela le Conseil fédéral, une proposition visant à une évolution dans le système de compensation des risques, qui donne au Conseil fédéral la possibilité d'envisager, si nécessaire, des critères supplémentaires pour corriger la question de la sélection des risques, là où des problèmes existent. Vous aurez bientôt, dans les prochains mois, l'occasion de vous pencher sur cette proposition.

Une question précise a également été posée par Monsieur Eder. Il disait que le Conseil fédéral serait bien inspiré d'insister sur ce qu'il mentionne dans le message, à savoir qu'avec une caisse publique unique et donc des primes par canton, ces primes augmenteraient globalement. J'aimerais attirer votre attention sur le fait que le message du Conseil fédéral dit ceci: si nous passons d'un système où il y a aujourd'hui toute une «Bandbreite», une marge entre les primes les plus basses et les plus élevées, la prime unique par canton sera au fond probablement située quelque part entre ces deux extrêmes, ce qui aura pour effet d'augmenter les primes de celles et ceux qui paient les primes les plus basses, mais également – et le message du Conseil fédéral le souligne également – de baisser les primes de celles et ceux qui aujourd'hui paient les primes les plus élevées.

Naturellement, si vous avez une «Bandbreite» et que vous réduisez ça à une ligne, tout le monde doit s'adapter; pour certains, ça augmente et pour d'autres, ça diminue. Effectivement, le Conseil fédéral est d'avis que, dans un certain nombre de cas, cela aurait comme conséquence l'augmentation des primes les plus basses et donc, probablement, des répercussions sur les réductions de primes, qui sont supportées actuellement par les cantons et la Confédération, mais cela reste difficile à estimer.

Une dernière question très précise a été posée par deux orateurs et concerne l'engagement dans la campagne d'argent pris sur les primes payées par les assurés. Très clairement, cela est illégal et interdit et nous allons le surveiller. Par contre, ce qu'on ne peut pas faire, c'est empêcher

les moyens qui viennent d'autres sources. En cela, la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie ne serait pas totalement inutile, tout comme la séparation entre assurance de base et assurances complémentaires, dont le Conseil fédéral a débattu. Cela nous donnerait la garantie, et ce au bénéfice de notre système actuel, d'éviter les financements transversaux. Mais je peux vous assurer que nous allons, dans ce cadre-là, continuer la discussion avec les organisations faitières afin de garantir qu'il n'y ait pas d'argent provenant des primes qui serve à financer la campagne.

Voilà ce que je souhaitais vous dire dans ce débat. J'aimerais peut-être juste encore vous rappeler le calendrier 2014. Madame Egerszegi-Obrist nous disait tout à l'heure que le Parlement a, dans une démarche peu habituelle, incité avec vigueur le Conseil fédéral à soumettre très rapidement l'initiative en votation populaire et à ne pas présenter de contre-projet. Je peux vous rassurer, Madame Egerszegi-Obrist, le Conseil fédéral a très bien entendu le message du Parlement mais il a fait son travail, celui de mener la réflexion, jusqu'au bout. Nous avons très bien compris que le Parlement ne souhaitait pas de consultation sur un éventuel contre-projet mais notre rôle est de mener la réflexion. La moindre des choses que l'on puisse faire, en tant que gouvernement ou Parlement, à l'égard du système d'assurance-maladie, c'est de débattre régulièrement pour voir ce qui peut être amélioré.

Nous avons procédé à la consultation. Nous sommes arrivés à la conclusion que certains éléments ne pouvaient pas être approfondis, qu'ils n'étaient pas soutenus par une majorité. Le Conseil fédéral a tenu compte des résultats de la consultation pour poursuivre ses réflexions.

Reste que vous avez souhaité une votation populaire rapide sur l'initiative sans contre-projet. C'est in fine ce que le Conseil fédéral vous a proposé au mois de septembre. Nous pouvons donc nous attendre, si les choses évoluent rapidement, à ce qu'une votation populaire sur cet objet ait lieu en 2014.

Votre conseil a proposé là un concept cohérent, comprenant une loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, la correction des primes payées en trop ou insuffisamment et également, parce que je pense que vous le souhaitez, l'amélioration de la compensation des risques. Si vous souhaitez de la clarté dans ce débat, eh bien je pense que le Parlement serait bien inspiré d'adopter rapidement la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, de régler le passé rapidement et de manière satisfaisante, et de ne pas remettre à plus tard ce qui doit être fait dans ce domaine-là.

Je sais – du moins je l'espère – que je parle à une salle encore conquise, puisque vous aviez adopté à une majorité claire ce projet du Conseil fédéral, après avoir mené un débat de fond et modifié un certain nombre de dispositions – cela fait partie du travail entre exécutif et législatif, mais, au final, une solution a pu être trouvée. Ce que l'on peut souhaiter, c'est d'avoir à la fois un système d'assurance-maladie qui fonctionne, qui soit soutenu dans ses développements, et aussi une législation en matière de surveillance qui s'adapte à la situation que nous connaissons aujourd'hui. C'est avec ces arguments que je vous invite à suivre votre commission.

*Eintreten ist obligatorisch*

*L'entrée en matière est acquise de plein droit*

## **Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse»**

### **Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie»**

*Detailberatung – Discussion par article*

#### **Titel und Ingress, Art. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

#### **Titre et préambule, art. 1**

*Proposition de la commission*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Angenommen – Adopté*

#### **Art. 2**

*Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

*Antrag der Minderheit*

(Rechsteiner Paul, Bruderer Wyss, Maury Pasquier, Stöckli)

... die Initiative anzunehmen.

#### **Art. 2**

*Proposition de la majorité*

Adhérer au projet du Conseil fédéral

*Proposition de la minorité*

(Rechsteiner Paul, Bruderer Wyss, Maury Pasquier, Stöckli)

... d'accepter l'initiative.

*Abstimmung – Vote*

Für den Antrag der Mehrheit ... 28 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 13 Stimmen

(3 Enthaltungen)

**Präsident** (Germann Hannes, Präsident): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine Gesamtabstimmung statt.

*Abschreibung – Classement*

*Antrag des Bundesrates*

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse

gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

*Proposition du Conseil fédéral*

Classer les interventions parlementaires

selon lettre aux Chambres fédérales

*Angenommen – Adopté*

13.079

**Für eine öffentliche  
Krankenkasse.  
Volksinitiative****Pour une caisse publique  
d'assurance-maladie.  
Initiative populaire***Zweitrat – Deuxième Conseil*

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBl 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

Ständerat/Conseil des Etats 09.12.13 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

---

**Präsident** (Lustenberger Ruedi, Präsident): Wir führen eine allgemeine Aussprache und beraten darin auch den Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline.

**Moret** Isabelle (RL, VD), pour la commission: La commission a examiné l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie». Cette initiative a été déposée en mai 2012 avec 115 841 signatures valables.

Cette initiative a pour objectif de créer une seule caisse publique nationale d'assurance-maladie pour tous les assurés. Elle représente donc un changement radical dans l'assurance obligatoire des soins, à savoir l'élimination du système de concurrence entre assurances-maladie. Par ailleurs, les organes de l'institution seraient formés par les représentants de la Confédération, des cantons, des fournisseurs de prestations et des assurés. La caisse publique serait une institution nationale unique de droit public, chargée notamment de négocier les tarifs avec les prestataires de soins. Des



agences cantonales ou intercantionales seraient mises en place; elles auraient pour but de fixer le montant des primes, de les encaisser et de payer les prestations. Les primes devraient être fixées par canton en fonction des coûts générés par chacun d'eux. Le principe des réserves serait maintenu, elles seraient nationales.

Pour rappel, la commission soeur du Conseil des Etats avait déjà auditionné des représentants du comité d'initiative, de Curafutura, de Santésuisse, de l'Institut de l'économie de la santé de Winterthour, de l'Institut d'oncologie de Suisse italienne et de la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé. Ces auditions ont été portées à la connaissance des membres de la commission. En particulier, la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé rejette par 15 voix contre 9 et 2 abstentions cette initiative.

Dans sa séance du 24 janvier 2014, votre commission a procédé à des auditions complémentaires de représentants des milieux directement concernés par l'initiative. Il s'agit de l'Association suisse de physiothérapie Physioswiss, de la Fédération romande des consommateurs, de l'Association suisse des assurés.

L'Association suisse de physiothérapie Physioswiss s'est essentiellement positionnée sur les difficultés actuelles liées aux négociations tarifaires pour la branche. Elle estime que le processus est complexe et qu'il n'est pas couronné de succès.

L'association connaît aujourd'hui 34 procédures judiciaires ouvertes dans quatorze cantons. Physioswiss, tout en considérant qu'une caisse publique comporte également des limites, y voit surtout une simplification pour la branche, avec une certaine constance dans les valeurs du point tarifaire. Et en cas de procédure judiciaire, il n'y aurait plus qu'une seule procédure judiciaire à lancer au lieu des 34 ouvertes à ce jour par exemple.

De son côté, La Fédération romande des consommateurs (FRC) juge le système actuel trop compliqué et le calcul des primes opaque. L'existence de 300 000 primes différentes sur le marché rend, selon elle, la surveillance passablement difficile. Elle regrette que la concurrence porte uniquement sur les primes, et non sur les services et la qualité des prestations. La concurrence telle qu'elle existe actuellement manquerait donc son objectif de dynamisme souhaité. La FRC relève les avantages suivants d'une caisse unique: économies sur les frais liés aux changements de caisse, sur la publicité et sur le marketing, estimées selon elle entre 300 et 350 millions de francs; réserves centralisées au niveau suisse et donc réduites; système plus proche du terrain grâce à des agences cantonales ou intercantionales; grâce à des primes uniformes par canton selon les variantes choisies, le système gagnerait en équité et en transparence; la caisse publique pourrait également renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies.

L'Association suisse des assurés ajoute qu'avec une caisse unique l'assurance de base ne servirait plus de produit d'appel pour vendre des assurances complémentaires. Elle estime que, les cantons étant chargés de gérer les primes, les autorités seraient directement incitées à influencer activement les coûts de la santé. Enfin, elle souligne que l'initiative prévoit l'implication des assurés dans les décisions, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La majorité de la commission considère que la caisse publique unique d'assurance-maladie est un changement radical de système qui ne s'impose pas. Elle estime que cette solution amènerait des effets indésirables sur plusieurs points.

Avec le système actuel de concurrence entre les caisses-maladie, un client insatisfait peut changer d'assureur chaque année. Ceci incite les caisses-maladie à fournir des prestations de qualité et à bon prix. Avec la caisse unique publique, il n'y a plus de liberté de choix, à moins de changer de canton. Cette situation de monopole n'inciterait pas l'institution à être orientée vers le client. De même, elle n'encouragerait pas l'institution à faire preuve d'efficacité et d'innovation.

Selon les arguments des auteurs de l'initiative, la caisse publique permettrait de réduire les frais administratifs. Ils citent à ce titre les frais de publicité, les frais de changements de caisse et les salaires des dirigeants. Il est vrai qu'une caisse publique unique permettrait de supprimer ou de réduire certains frais administratifs. Mais la commission relève qu'en 2010 par exemple, les frais administratifs et les frais de publicité ont représenté en moyenne seulement 5,6 pour cent des dépenses de l'assurance obligatoire des soins.

La caisse publique unique remplacerait les 61 caisses-maladie existantes. Il faut compter avec des coûts de restructuration considérables qui influenceront les comptes pendant des années. Ces coûts ont été estimés à 1,75 milliard de francs par l'Institut d'économie de la santé de Winterthour, qui a été auditionné par la commission soeur du Conseil des Etats. Il faut également prendre en considération les répercussions sur les 12 527 employés que comptaient les caisses-maladie en 2011.

Une caisse-maladie qui n'est pas en situation de concurrence est moins incitée à contrôler les coûts. De plus, dans le projet, les fournisseurs de prestations auront même droit à un siège dans les organes de la caisse publique, ce qui affaiblit encore la caisse dans le cadre des négociations tarifaires avec ces mêmes fournisseurs de prestations.

Comme le Conseil fédéral, la commission estime qu'un changement de cap radical n'est pas souhaitable. Le système de concurrence incite les assureurs à faire preuve de rigueur dans la gestion des coûts et à fournir des prestations de qualité. Le système de santé est bon et les patients sont satisfaits de la prise en charge.

La commission note toutefois que des améliorations doivent être apportées. Il s'agit notamment de contrer la sélection des risques; le Parlement y répond actuellement avec le projet portant sur la compensation des risques.

Il s'agit aussi d'améliorer la transparence et la surveillance; les réponses à ces points figurent dans le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie qui fera à nouveau l'objet des discussions de la commission lundi prochain et – on l'a rappelé à plusieurs reprises – qui normalement sera sur vos bureaux lundi après-midi.

Ces adaptations peuvent être apportées, sans pour autant procéder à un coûteux et hasardeux changement de régime. Compte tenu des éléments énoncés précédemment, la commission vous invite, par 16 voix contre 7 et 1 abstention, à adhérer au projet du Conseil fédéral et donc à recommander à la population le rejet de cette initiative populaire.

En complément, j'ajouterai que, dans le cadre de ses délibérations, la commission a refusé par 16 voix contre 7 d'élaborer un contre-projet.

Pour mémoire, le Conseil des Etats a décidé, par 28 voix contre 13 et 3 abstentions, de recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH), für die Kommission:** Die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» wurde am 23. Mai 2012 mit gut 115 000 Unterschriften eingereicht. Der Bundesrat schickte einen Gegenvorschlag in die Vernehmlassung. Aufgrund der mehrheitlich ablehnenden Stellungnahmen verzichtete der Bundesrat auf diesen Gegenvorschlag. Die in den Räten bereits zur Diskussion stehende Verbesserung des Risikoausgleichs – wir werden dann am nächsten Montag darüber sprechen – soll hingegen dazu beitragen, eine Schwäche des Systems zu beseitigen. Diese Massnahme fand dann auch in der Vernehmlassung mehrheitlich Zustimmung.

Es ist nun innert wenigen Jahren die dritte Volksinitiative, die beantragt, die Vielfalt der Kassen, welche eine Zulassung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besitzen, durch eine einzige, staatliche Krankenkasse zu ersetzen. Während die beiden vormals abgelehnten Volksbegehren mit ergänzenden Massnahmen versehen waren – einkommensabhängige Prämien waren u. a. das Thema –, geht es mit dieser Initiative allein darum, die 61 privaten Kassen durch eine einzige, vom Staat geführte Kasse zu ersetzen.

Der Ständerat hat die Initiative bereits beraten und empfiehlt mit 28 zu 13 Stimmen die Ablehnung. Auch Ihre Kommission ist dem Antrag des Bundesrates und des Ständerates gefolgt und beantragt mit 16 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung die Ablehnung der Initiative.

Im Gesundheitswesen generell und im Versicherungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besonders herrscht ein stark regulierter Wettbewerb. Der Spielraum für die zugelassenen Kassen ist nicht allzu gross. Trotzdem ist auch da die Vielfalt des Angebots einem Einheitsangebot überlegen. Durch die Möglichkeit der obligatorisch Versicherten, den Versicherer zu wechseln, ist der Versicherer gezwungen, das Beste aus den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu machen. Das Interesse der Kassen ist es, am Markt bestehen zu können und möglichst günstige Prämien anzubieten. Bei einer konkurrenzlosen Einheitskasse entfällt dieser Wettbewerbsdruck. Sie würde zudem nicht von unternehmerisch orientierten Personen geleitet, sondern wäre von der Politik geprägt. Kein Verantwortlicher einer privaten Kasse kann es sich leisten, seine Unternehmung in Konkurs gehen zu lassen. Drohende Defizite und sinkende Reserven müssen mit höheren Prämien aufgefangen werden. Demgegenüber könnten oder müssten staatliche Einheitskassen mit politisch motivierten Defiziten leben, wie dies bei der Arbeitslosenversicherung und bei der Invalidenversicherung zu sehen ist. Letztlich hätte der Steuerzahler für die Fehlentwicklung aufzukommen, oder es würden der Not gehorchend Leistungskorrekturen ins Auge gefasst. Ziel der Initiative ist es laut den Initianten, einfache, effiziente, transparente und erst noch günstigere Abläufe zu realisieren. Die Bedenken des Bundesrates und der Kommissionmehrheit gehen jedoch dahin, dass sie als Folge der Initiative eher das Gegenteil sehen, nämlich steigende Prämien und Staatsbeiträge aufgrund des fehlenden Wettbewerbs. Die Umsetzungskosten der Initiative werden von einem unabhängigen Institut auf gegen 2 Milliarden Franken geschätzt. Offen ist zudem die Frage von Entschädigungsforderungen der heute zugelassenen Krankenkassen. Die Initiative sieht vor, dass Vermögen, Rückstellungen und Reserven aus der obligatorischen Versicherung auf die neue öffentlich-rechtliche Kasse übertragen werden sollen. Ob sich daraus rechtlich Entschädigungszahlungen ergeben, ist nicht geklärt. Durch die Initiative wird ein an sich funktionierendes Versicherungssystem unnötig beseitigt. Damit werden die Probleme im Gesundheitswesen wie kostentreibende Mengenausweitung usw. nicht verändert.

Diese Argumente veranlassen die Kommission, Ihnen die Zustimmung zum Beschluss des Ständerates zu beantragen, das heisst, die Ablehnung der Initiative zu empfehlen.

**Fehr** Jacqueline (S, ZH): Ich beantrage Ihnen im Namen der SP-Fraktion und im Namen des Trägervereins der Initiative, meiner Minderheit zu folgen und damit die Initiative zur Annahme zu empfehlen.

Bei dieser Frage werden die Interessengegensätze im Gesundheitswesen besonders deutlich. Auf der einen Seite sind jene, die im Gesundheitswesen vor allem das grosse Geld machen wollen – sie sind hier im Saal sehr gut vertreten –: die Versicherungen, die Privatspitäler, die Pharmaindustrie. Auf der anderen Seite sind jene, die sich im Gesundheitswesen vor allem um die Gesundheit der Patienten und Patientinnen kümmern; sie sind hier weniger gut vertreten, aber sie stehen hinter dieser Initiative. Es sind die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die Pflegenden, die Hebammen, die Patientenorganisationen und die Konsumentenorganisationen. Sie alle sind Mitglieder des Trägervereins. Weshalb? Weil sie genug haben von den leeren Versprechungen. Seit achtzehn Jahren wird gesagt, es komme dann schon noch besser; seit achtzehn Jahren wird gesagt, man bekomme den Prämienanstieg in den Griff; seit achtzehn Jahren wird gesagt, es höre dann einmal auf mit der Risikoselektion, mit den Marketingkosten, mit den Telefonanrufen. Und was passiert? Es hört nicht auf, es wird sogar immer schlimmer.

Das ist ein weiterer Grund, warum sich diese Organisationen für eine öffentliche Kasse einsetzen: Die Probleme werden immer grösser. Es gibt mittlerweile 300 000 Versicherungsprodukte. Das ist nicht Wettbewerb, das ist Chaos. Da wähle nicht ich die Versicherung, sondern die Versicherung wählt mich. Wir haben eine zunehmende Bürokratie; Hausärztinnen und Hausärzte können ein Lied davon singen. Systematisch werden Kostengutsprachen abgelehnt, sie müssen zwei- oder dreimal beantragt werden. Es gibt im System enorme Ungerechtigkeiten bei den Leistungen, bei denen die Versicherungen einen Ermessensspielraum haben, obwohl gemäss Gesetz in der Grundversicherung alle ein Anrecht auf gleiche Leistungen hätten.

Es gibt Probleme beim Medikamentenkauf. Die einen Kassen verlangen von einigen ihrer Versicherten, dass sie die Medikamente vorfinanzieren, indem sie sie direkt bezahlen; bei anderen Versicherten tun sie das nicht. Sie wissen, dass Versicherte, die Diabetes haben oder krebskrank sind, die Medikamente nicht vorfinanzieren können. Damit wird Risikoselektion betrieben; die Versicherungen wollen diese Patientinnen und Patienten loswerden.

Es gibt eine Mengenausweitung, weil der Wettbewerb immer der Mengenausweitung dient, auch bei den Krankenversicherungen. Bei den Versicherungen übernimmt niemand die Verantwortung für die Gesamtkosten. Die Versicherungen sind nur am Verhältnis zu ihrer Konkurrenz interessiert. Auf welcher Höhe sich das abspielt, ist ihnen egal.

Wir haben schliesslich 6 Milliarden Franken Volksvermögen in den Reserven der Versicherungen, ein absolutes Un Ding; es gibt zudem Wechselkosten, Marketingkosten, Werbekosten, Telefonärger.

Zusammengefasst: Die Krankenversicherungen kümmern sich mehr um ihr Business als um das Wohl der Patientinnen und Patienten. Ihr eigenes Hemd ist ihnen näher als das Wohl jener, für die sie wirklich da sein sollten, nämlich die kranken Menschen. Ein Beispiel: Im Kanton Waadt wurde vor mehreren Jahren ein Diabetes-Netzwerk gegründet. Ärztinnen und Ärzte sowie Fachpersonen aus dem Bereich der Diabetesbehandlung haben sich mit dem Ziel zusammengeschlossen, für Diabeteskranke ein besonders gutes und eben auch kostengünstiges Behandlungsangebot zu gestalten. Dieses Netzwerk ging von Versicherung zu Versicherung; keine einzige wollte mit ihm einen Vertrag abschliessen. Weshalb nicht? Weil keine Versicherung attraktiv für Diabeteskranke sein will. Das heisst nichts anderes, als dass ausgerechnet dort, wo sie sich engagieren müssten – bei den Chronischkranken, dort, wo bessere Qualität zu tieferen Kosten zu realisieren wäre –, die Versicherungen nicht präsent sind, weil sie sich für die Kranken nicht attraktiv machen wollen.

Sie, die Sie zur Initiative Nein sagen, bleiben uns Alternativen schuldig. Wenn wir auf dem jetzigen Kurs bleiben, wird das System immer noch komplizierter. Wir werden in ein paar Jahren nicht 300 000, sondern 400 000 oder 500 000 Versicherungsprodukte haben. Wir werden nicht einen besseren Risikoausgleich haben, sondern trotz aller gesetzlichen Massnahmen eine verschärfte Risikoselektion, denn das Versicherungswesen wird immer auf Risikoselektion aus sein. Es ist das Wesen der Privatversicherung, dass sie sich darum bemüht, möglichst viele Zahlende und möglichst wenige Beziehende zu haben – das ist das Businessmodell einer Privatversicherung! Darum wird sie sich immer bemühen.

Anders bei der Suva: Als öffentlich-rechtliche Kasse hat die Suva nicht nur obligatorisch Versicherte, sondern ist diesen auch obligatorisch verpflichtet, sprich: Sie wird sie nicht los. Eine öffentlich-rechtliche Kasse, die ihre Versicherten nicht loswird, muss sich um sie kümmern. Sie kann sie nicht mehr loswerden, sie muss sich um sie kümmern. Was heisst «kümmern»? Es heisst: in Prävention investieren, die Versicherten gesundpflegen, und zwar dauerhaft, denn wenn sie schlecht behandelt werden, kommen sie zurück und verursachen höhere Kosten. Deshalb ist eine öffentlich-rechtliche Versicherung wie die Suva günstiger: Sie muss sich um die Patienten und Patientinnen kümmern, und zwar langfristig,

damit sie eben geringere Kosten verursachen. Deshalb konnte die Suva die Prämien senken, im Unterschied zu ihren privaten Unfallversicherungskonkurrenten, die sie erhöhen mussten.

Aus diesen und vielen anderen Gründen bitte ich Sie, die Volksinitiative zur Annahme zu empfehlen. Es ist Zeit für einen Wechsel, es ist Zeit für ein System, das einfacher, gerechter und günstiger ist.

**de Courten** Thomas (V, BL): Die staatliche Monopol-Einheitskasse ist ein linker politischer Dauerbrenner und diese Initiative eine Zwängerei, weil das Volk schon mehrfach darüber abgestimmt und die Einheitskasse immer wieder deutlich, ja immer deutlicher abgelehnt hat. Die Einheitskasse ist zudem eine Scheinlösung, weil sie kein einziges Problem im Gesundheitswesen löst. Die wiederholte Diskussion blockiert stattdessen erfolgversprechendere Ansätze, die Kosten im Gesundheitswesen wieder in den Griff zu bekommen.

Die linke Einheitskasse bringt auch nicht, was die Initianten soeben versprochen haben – im Gegenteil: Sie führt zu einem Qualitätsabbau im Gesundheitswesen, dies zulasten der Patientinnen und Patienten; sie schafft die Wahlfreiheit ab, zulasten der Versicherten, der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortung; statt Gleichbehandlung schafft sie neue Ungerechtigkeiten. Letztendlich führt sie zu massiv höheren Kosten.

Die Monopolkasse müsste die gleiche Arbeit erledigen können wie die heute bestehenden privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen. Auch die wichtigsten Kostentreiber bleiben unverändert: der medizinisch-technische Fortschritt, die höhere Lebenserwartung der Versicherten, die höheren Ansprüche der Patientinnen und Patienten. Das Einsparpotenzial im Bereich der Verwaltung, Infrastruktur, Marketing oder Werbung wird massiv überschätzt. Selbst Bundesrat Berset hat klipp und klar erklärt – dies zur besten Sendezeit im Schweizer Fernsehen –, dass sich mit der staatlichen Einheitskasse nicht sparen liesse. Im Gegenteil: Die staatliche Monopol-Einheitskasse würde die Kosten und damit unsere Prämien weiter in die Höhe treiben. Bei einem Monopol fehlt die Konkurrenz, und damit fehlt jeglicher Anreiz zur Qualitäts- oder Effizienzsteigerung, um die Gesundheitskosten möglichst tief zu halten. Vom zu erwartenden Prämienanstieg wird vor allem der Mittelstand betroffen sein, der in der Regel keine Prämienverbilligungen erhält und schon heute einen Grossteil der Gesundheitskosten über das Steuersystem kräftig mitfinanziert. Zudem haben die Initianten den nächsten Schritt bereits geplant. SP-Nationalrat und Ratsvizepräsident Rossini hat bestätigt, dass eine Initiative zur Einführung einer einkommensabhängigen Finanzierung des Krankenversicherungswesens vorbereitet wird. Auch dies zielt frontal auf den Mittelstand und die arbeitende Bevölkerung ab.

Wer bestreitet, dass die heutigen Krankenversicherer effizient arbeiten, sollte einen vergleichenden Blick ins Ausland werfen. Bei uns können die Versicherer am Markt nur bestehen, wenn sie ein optimales Preis-Leistungs-Verhältnis offerieren. Deshalb sind sie bestrebt, mit den Leistungserbringern möglichst tiefe Preise auszuhandeln und deren Rechnungen strikt zu kontrollieren. Die Versicherer sind bereits heute die Anwälte der Versicherten, umso mehr, als sie in der Grundversorgung per Gesetz nicht gewinnorientiert arbeiten.

Der Spardruck wirkt sich auch positiv auf die Verwaltungskosten aus. Diese liegen durchschnittlich bei tiefen 5,6 Prozent. Staatlichen Sozialversicherungen, beispielsweise der Suva, fehlt dieser Sparanreiz. Die Suva ist soeben lobend erwähnt worden, aber ihre Verwaltungskosten sind fast doppelt so hoch, nämlich 11,5 Prozent. Auch die Arbeitslosenversicherung glänzt in diesem Bereich mit 9,2 Prozent nicht gerade.

Eine Monopolkasse hat auch keinen Anreiz mehr, die Versicherten wie Kunden zu behandeln; eine gute Servicequalität zu bieten verliert an Bedeutung. Kosten rasch zurückzuerstatten, innovative Versicherungsmodelle zu entwickeln oder

sich auf die verschiedenen Kundenbedürfnisse auszurichten und entsprechende Dienstleistungen anzubieten würde bedeutungslos. Unzufriedene Versicherte können den Anbieter heute wechseln. In einer Einheitskasse wären sie der staatlichen Willkür auf Gedeih und Verderb ausgeliefert. Wer heute unzufrieden ist, kann wechseln. Jährlich nutzen rund 10 Prozent der Bevölkerung diese Möglichkeit, und das ohne grosse Hürden, Kostenfolgen oder bürokratischen Aufwand. In der Regel genügt das Ausfüllen eines einfachen und online verfügbaren Standardformulars.

Eine staatliche Monopolkasse hat verschiedene Möglichkeiten, mit den steigenden Kosten umzugehen, aber keine davon ist zum Vorteil der Versicherten. Ich möchte zwei Aspekte davon aufzeigen:

Das erste Problem ist der Schuldenberg. Das Beispiel der Invalidenversicherung zeigt, dass staatliche Monopolkassen im Gegensatz zu privaten Versicherungssystemen dazu neigen, die Einnahmen beziehungsweise Prämien nicht gemäss den effektiven Kosten, sondern aufgrund politischer Opportunitäten festzulegen. Prämienhöhungen sind nicht populär. Politiker, die vom Volk gewählt sind, werden davor zurückschrecken. Das Beispiel Frankreich zeigt die Folgen: Es kommt zur Verschuldung des Gesundheitswesens. Frankreich hinterlässt der nächsten Generation einen Schuldenberg von etwa 10 Milliarden Euro. In der Schweiz haben wir mit dem Sanierungsfall der staatlich finanzierten Invalidenversicherung ähnliche Probleme. Die Invalidenversicherung ist verschuldet und muss zulasten der Betroffenen mit einschneidenden Massnahmen saniert werden.

Das zweite Problem sind die Leistungskürzungen. Staatliche Krankenversicherungssysteme führen zu Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung. Das Beispiel Grossbritannien zeigt das eindrücklich. Dort werden Finanzierungslücken auf dem Buckel der Patienten geschlossen. In Grossbritannien erhalten Patienten für eine vergleichbare Versicherungsdeckung viel weniger als Patienten in der Schweiz. Der graue Star zum Beispiel wird nur noch operiert, wenn dem Patienten oder der Patientin Arbeitsunfähigkeit droht; hinzu kommen lange Wartezeiten. Stellt der Hausarzt zum Beispiel Brust- oder Prostatakrebs fest, kann es Monate dauern, bis sich ein Facharzt um die Patientin oder den Patienten kümmert. Der Termin für eine Operation steht dann aber immer noch nicht fest. Ausserdem sind Spitalzimmer mit Mehrfachbelegungen, Männer und Frauen gemischt, nichts Ungewöhnliches.

Ein Wechsel vom heutigen System zur Monopolkasse würde auch massiv Mehrkosten verursachen und gleichzeitig viele Unsicherheiten in sich bergen. Die Umstellung wäre ein gewaltiges Unterfangen. Kosten in Milliardenhöhe wären die Folge. Viele juristische und praktische Fragen sind noch offen: Was passiert mit den Mitarbeitenden der heutigen Krankenversicherer? Werden die Fähigkeiten dann auch in der staatlichen Einheitskasse arbeiten? Was geschieht mit den Immobilien? Zudem müssten in der Übergangsphase beide Systeme parallel laufen, was verunsichernd und vor allem sehr kostspielig ist.

Die staatliche Einheitskasse nimmt den Patientinnen und Patienten aber nicht nur die Wahlfreiheit, sondern wird, wie dies heute bei der Suva der Fall ist, im Krankheitsfall die Behandlung steuern wollen und so die freie Arztwahl empfindlich einschränken. Genau das hat der Souverän mit der Managed-Care-Vorlage erst kürzlich deutlich abgelehnt. Es ist kein Zufall, dass die Initianten die Suva immer wieder als Vorzeigebispiel anführen. Sie steuert, je nach Schweregrad der Verletzung, die verunfallte Person vom Suva-Arzt zum Spezialisten, in den Operationssaal, von dort in die Rehaklinik und dann wieder zurück an die Arbeit. Übertragen auf die Krankenversicherung bedeutet dies: Der Patient verliert auch hier sein Recht auf Selbstbestimmung.

Erfahrungen und Umfragen bestätigen es immer wieder: Die überwiegende Mehrheit der Versicherten, über 90 Prozent, ist mit ihrer Krankenversicherung zufrieden, auch wegen der bestehenden Wettbewerbssituation. Die Krankenversicherer müssen die Versicherten wie Kunden behandeln und auf deren spezifische Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Eine



staatliche Monopolkasse hat das nicht nötig. Ausserdem haben die Versicherten nicht mehr die Möglichkeit, die Grund- und die Zusatzversicherung bei demselben Versicherer abzuschliessen und so von der Dienstleistung aus einer Hand zu profitieren.

Schliesslich sorgt ein gesunder Wettbewerb für Innovationen, denn nur derjenige, der ein besseres Angebot als die Konkurrenz hat, ist auch marktfähig. So haben die heutigen Krankenversicherer innovative und beliebte Modelle entworfen, Managed-Care-, Telemedizin- oder Hausarztmodelle; Sie kennen diese alle. Zudem sind die Versicherer auch offen für medizinische Neuerungen, die ein positives Preis-Leistungs-Verhältnis aufweisen.

Deshalb bitte ich Sie im Namen der SVP-Fraktion, die Schaffung einer Einheitskasse wuchtig abzulehnen.

**Pezzatti Bruno (RL, ZG):** Namens der FDP-Liberalen Fraktion ersuche ich Sie, die Initiative abzulehnen. Es ist das dritte Mal innerhalb der letzten zehn Jahre, dass der Bevölkerung eine Initiative über eine öffentliche Einheitskasse zur Abstimmung vorgelegt wird. Bei den beiden früheren Abstimmungen wurden die Initiativen jeweils deutlich abgelehnt. Auch heute ist ein grundlegender Kurswechsel nicht nötig. Die Fakten gegen eine Einheitskasse sprechen eine klare Sprache, wie ich darlegen werde.

Herr Bundesrat Berset hat selber gesagt, dass die Einheitskasse keinen einzigen Franken bei den Leistungen einsparen würde; diese machen 95 Prozent der Prämien aus. Mit der Einführung einer staatlichen Einheitskasse würde das bewährte, verlässliche, qualitativ hochstehende und schuldenfreie Krankenkassensystem aufgegeben. Das darf nicht passieren.

Das heutige schweizerische Gesundheitswesen mit mehreren Krankenkassen, die der freien Wahl von Patientinnen und Patienten ausgesetzt sind, weist gegenüber dem von der Volksinitiative angestrebten staatlichen Einheitskassenmonopol verschiedene Vorteile auf. Wenn eine Patientin oder ein Patient mit der Dienstleistung oder der Prämie der Krankenkasse nicht zufrieden ist, so kann sie oder er zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Das ist ein wesentliches Wettbewerbsmerkmal, das auch Anreiz zu kostendämpfenden und prämiensenkenden Massnahmen gibt. Dieser leistungs- und qualitätsorientierte Wettbewerb würde bei einer Einheitskasse wegfallen. Die Folge wäre, dass die Qualität der Leistungen sinken würde. Zudem würde mit den von den Initianten vorgeschlagenen kantonalen oder interkantonalen staatlichen Einheitskassenagenturen verunmöglicht, innerhalb eines Kantons Differenzierungen bei den Krankenkassenprämien anzubieten, dies, weil die Einheitskasse vorsieht, dass pro Kanton nur noch eine einheitliche Prämie definiert wird.

Wie kürzlich in einer Zentralschweizer Sonntagszeitung einem Interview mit dem Geschäftsführer einer grösseren Krankenkasse entnommen werden konnte, gibt es heute z. B. im Kanton Luzern bei dieser Krankenkasse drei Prämienregionen. Für die Bevölkerung im Entlebuch oder im Luzerner Hinterland bedeutet dies, dass sie bei Annahme der Initiative gegenüber heute wegen der Einheitskasse rund 20 Prozent höhere Prämien bezahlen müsste, obschon sie nachgewiesenermassen tiefere Kosten verursacht. Die Einheitskasse ist deshalb, wie es der Geschäftsführer dieser Kasse zu Recht feststellt, eine völlige Fehlkonstruktion. Im Weiteren werden bei einer Einheitskasse sowohl die Arzt- wie auch die Spitalwahl über die erwähnten kantonalen Agenturen vorgeschrieben und somit faktisch eingeschränkt bzw. weitgehend abgeschafft. Ein derart überreguliertes System würde in letzter Konsequenz zu einer Zweiklassen- und Staatsmedizin führen. Wir wissen auch, dass die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ein Gesundheitswesen mit ausgezeichneten Leistungen und einer freien Arzt- und Spitalwahl wünscht.

Bekanntlich hat die Schweiz weltweit eines der besten Gesundheitswesen. Die FDP/die Liberalen wollen zu diesem System Sorge tragen. Die Patientinnen und Patienten wollen ihrerseits im Gesundheitsbereich nicht bevormundet wer-

den. Die Schweizer Bevölkerung verfügt im Übrigen seit Kurzem, dies nicht zuletzt auch dank unseres Gesundheitswesens, über die weltweit höchste Lebenserwartung. Wir werden heute im Durchschnitt sogar noch älter als die Japaner, die bis anhin diese Rangliste anführten. Dass diese Leistung auch ihren Preis hat, versteht sich von selber. Im internationalen Vergleich schneiden wir, wenn wir Gleiches mit Gleichem, also Äpfel mit Äpfeln, Birnen mit Birnen, vergleichen, trotzdem recht gut ab. In der Schweiz machen die Kosten des Gesundheitssektors als Anteil am Bruttoinlandsprodukt vergleichbar mit anderen Ländern 11 Prozent aus. Dies ist deutlich tiefer als zum Beispiel in den USA, wo dann trotzdem nicht die gleich guten Leistungen wie in der Schweiz geboten werden.

Noch ein Wort zu den immer wieder kritisierten Verwaltungskosten der Krankenkassen: Der Wettbewerb unter diesen Krankenkassen befördert nachgewiesenermassen deren Effizienz. Bei der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahre 1996 machten die Verwaltungskosten, um die es den Initianten der Einheitskasse vor allem geht, fast 9 Prozent der gesamten Kosten der Grundversicherung aus. Heute liegt dieser Anteil noch bei 5 Prozent. Die Versicherten bezahlten gemäss den Zahlen der Versicherer im letzten Jahr nur 2 Franken mehr für die Verwaltungskosten als 1996, aber 130 Franken mehr für die grundversicherten Leistungen. Nicht die Verwaltungskosten verteuerten in den letzten Jahren die Krankenkassenprämien, sondern die Mengenausweitung bei den grundversicherten Leistungen, wo die Einheitskasse allerdings nicht greifen wird.

Berechnungen zeigen zudem, dass uns bei einer Einheitskasse die in der Grundversicherung verrechneten Leistungen rund 3 Milliarden Franken zusätzlich kosten würden, weil die heute dank Konkurrenz und Wettbewerb erzielten Kosteneinsparungen verloren gingen. Für eine vierköpfige Familie macht dies jährlich immerhin 1500 Franken zusätzliche Prämienkosten aus. Nicht eingerechnet sind hier die einmaligen Kosten für die Systemumstellung. Laut einer Studie der Hochschule Winterthur ist dafür einmalig mit zusätzlich rund 2 Milliarden Franken zu rechnen.

Schliesslich, so denke ich, wird eine Einheitskasse unter Spardruck über kurz oder lang medizinische Leistungen kürzen müssen. Zum Vergleich: In England mit seinem staatlich gelenkten Gesundheitswesen wird eine Operation des grauen Stars – es wurde bereits gesagt – nur noch dann bezahlt, wenn dem Patienten ansonsten Arbeitsunfähigkeit droht; im französischen Einheitskassensystem müssen Patientinnen und Patienten zum Teil monatelang auf eine Operation warten, dies im Kontrast zu unserem Land. Unsere Bevölkerung weiss es zu schätzen, dass in der Schweiz im Krankheitsfall jedermann auf eine rasche und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zählen kann, die von den Krankenkassen vergütet wird. Eine staatliche Einheitskasse stellt diese einmaligen Vorzüge infrage. Das Risiko eines Absturzes oder einer unsäglichen Schuldenwirtschaft des Gesundheitswesens ist gross. Der Vergleich mit der staatlich geführten Invalidenversicherung liegt hier nahe. Nachdem sich dort über Jahre ein Schuldenberg von enormen 14 Milliarden Franken angehäuft hat, muss nun mit schmerzlichen Eingriffen gespart werden. Wollen wir eine solche Misswirtschaft und in der Folge solche radikalen Eingriffe auch bei der Krankenversicherung riskieren? Ich denke: Nein. Das gilt es zu vermeiden.

Ich empfehle Ihnen aus all diesen Gründen namens der FDP-Liberalen Fraktion, die Volksinitiative für eine Einheitskasse abzulehnen.

**Humbel Ruth (CE, AG):** Aus den Ausführungen der Minderheitssprecherin könnte man folgern, wir hätten eine miserable Gesundheitsversorgung. Das Gegenteil ist aber der Fall: Wir haben ein hervorragendes Gesundheitswesen und werden vom Ausland darum beneidet. Der Zugang zu einer guten Versorgung ist für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt. Im internationalen Vergleich haben wir die höchste Dichte an medizinischem Personal, seien es Ärzte oder Pflegende. Wenn wir mit einer Krankenkasse oder mit



einem Arzt nicht zufrieden sind, können wir die Kasse oder den Arzt wechseln. Für Angehörige der unteren Einkommensschichten werden die Prämien verbilligt. Die Patientenzufriedenheit ist gross, und die Versicherten sind mit ihrer Krankenkasse zufrieden. Wieso also soll unser gut funktionierendes Gesundheitswesen verstaatlicht werden? Eine öffentliche Krankenkasse bedeutet nichts anderes als eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Wir haben das System des regulierten Wettbewerbs, eine Mischung von staatlicher Regulierung und Wettbewerb. Dieses System will die CVP/EVP-Fraktion nicht aufs Spiel setzen. Wir wollen und können es optimieren. Auf der Kassenseite gibt es Konkurrenz und Wettbewerb. Wir haben Wahlfreiheit: Wir können unsere Franchise wählen, wir können das Hausarztmodell wählen, und wir können die Krankenkasse wechseln. Mit meiner Fraktion will ich diese Freiheiten erhalten, was mit einer «Monokrassenkasse» nicht möglich ist. Wir fordern auch mehr Transparenz bezüglich Qualität und bezüglich Kosteneffizienz der Leistungserbringer, damit die Versicherten auch bei den Leistungserbringern eine echte Wahlmöglichkeit bekommen.

Optimieren wollen wir das System mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs, was bereits Bestandteil der Managed-Care-Vorlage war, die dann von der Linken bekämpft und vom Volk abgelehnt wurde. Bereits in der Wintersession haben wir in diesem Rat die Vorlage zur Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen; der Ständerat hat das letzten Montag ebenfalls getan, sodass diese Vorlage in die Schlussabstimmung kommen wird.

Zweifellos gibt es gewisse Ärgernisse: Leistungserbringer fühlen sich von den Krankenversicherern schikaniert, wenn Honorarforderungen begründet werden müssen, und wir alle ärgern uns über die Telefonwerbung. Daraus zu schliessen, eine Einheitskasse sei die Lösung, ist aber ein Trugschluss. Eine Einheitskasse ist schlimmer als eine bloss Scheinlösung: Sie ist eine gefährliche Therapie mit gravierenden Folgen. In der Gesundheitsversorgung richtet sich die Therapie in Form und Dosis nach der Diagnose. Eine Grippe wird nicht mit Chemotherapie behandelt. Wegen ärgerlicher Telefonanrufe oder missliebiger Werbung sollten wir nicht übertherapieren und das Gesundheitswesen verstaatlichen.

Das grösste Problem in unserem Gesundheitswesen sind die Mengenausweitung und die unverhältnismässig stark ansteigenden Kosten. Dafür bietet die vorliegende Initiative keine Lösung. Sie hat nur die Verwaltungskosten der Versicherer im Visier. Das sind gerade mal 5 Prozent der Kosten. Von 100 Franken Prämien, die wir bezahlen, gehen 5 Franken an die Verwaltung. Die Initiative will da sparen, und bei den anderen 95 Franken will sie gar nichts tun. Aber auch eine öffentliche Krankenkasse muss funktionieren, braucht Personal, kostet, ohne Verwaltungskosten funktioniert auch sie nicht.

Die Gesundheitskosten dürften mit einer Einheitskasse aber noch stärker ansteigen. Gemäss Initiativtext sind Leistungserbringer im Führungsorgan vertreten. Sie werden daher selber höhere Tarife beschliessen können und diese sicher nicht zu niedrig halten. Eine Einheitskasse wird daher kostentreibend wirken, was dazu führen wird, dass die Kantone einschränkende Massnahmen ergreifen müssen, wie eine Begrenzung der Wahl der Leistungserbringer für Patienten und hoheitlich festgesetzte Tarife für Leistungserbringer. Mit dem Verlust der Kassenwahl geht auch die freie Arztwahl verloren, und Ärzte werden zu Staatsangestellten. Die Kosten eines Systemwechsels wären enorm. Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie hat letzten Sommer Zahlen präsentiert. Alleine die Umstellung auf eine Einheitskasse würde die Schweizer Bevölkerung rund 2 Milliarden Franken kosten, also 2 Milliarden an Prämiegeldern, ohne irgendwelchen Nutzen für Versicherte und Patienten. Die Ostschweizer Kantone haben 2010 eine Studie über einen Systemwechsel zu kantonalen Einheitskassen in Auftrag gegeben. Die Wechselkosten für die Versicherten werden auf 300 Millionen Franken geschätzt. Die Studie kam dann zum Schluss, dass diese Kosten mit dem Risikoausgleich reduziert werden können, eine Einheitskasse aber

nicht zu den erwarteten Einsparungen führen würde und Effizienzsteigerungen bei Leistungserbringern gehemmt würden. Die Kantone haben in der Folge davon abgesehen, kantonale Einheitskassen zu fordern.

Regelmässig wird die Suva als Beispiel einer Einheitskasse bemüht. Die Suva ist aber keine Einheitskasse, sondern hat ein Teilmonopol für besonders unfallgefährdete Berufe. Sie versichert die Hälfte der Arbeitnehmenden, und ein Fünftel der Betriebe ist bei der Suva versichert. Die Suva steht also in Konkurrenz zu den Privatversicherern. Abgesehen davon, dass für die Unfallversicherer das Taggeld entscheidender ist als die Krankheitsbehandlung oder die Kosten für die Krankheitsbehandlungen, gibt das Unfallversicherungsgesetz den Versicherern grosse Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten betreffend die Behandlung, während das Krankenversicherungsgesetz solche Möglichkeiten den Krankenversicherern nicht gibt. Unfallversicherer haben Zugang zu wesentlichen Daten wie genauen Diagnosen und Prozeduren, während den Krankenversicherern detaillierte Informationen vorenthalten werden. Ich bin gerne bereit, den Krankenversicherern die gleichen Instrumente und Interventionsmöglichkeiten zu geben, wie sie die Unfallversicherer haben. Ich lade daher auch die Initianten ein, entsprechende Anpassungen im Krankenversicherungsgesetz zu unterstützen. Wir haben in der Schweiz nur eine Einheitskasse, nämlich die Invalidenversicherung. Die Invalidenversicherung hat immer noch 14 Milliarden Franken Schulden. Sie wird über kantonale Ausgleichsstellen abgewickelt. Der Vollzug ist trotz Einheitskasse bekanntlich je nach Kanton unterschiedlich.

Die CVP/EVP-Fraktion hat bereits in den Jahren 2003 und 2007 ähnliche Initiativen abgelehnt. Wir sind für den regulierten Wettbewerb, für die Verfeinerung des Risikoausgleichs sowie für eine funktionierende Aufsicht. Wir wollen aber keine kostspieligen Experimente zum Nachteil der Patientinnen und Patienten sowie des Gesundheitssystems und lehnen diese Initiative ab.

**Präsident** (Lustenberger Ruedi, Präsident): Ich wurde vorhin von einem Ratsmitglied darauf hingewiesen, dass es in diesem Rat Usus sei, allfällige Interessenbindungen am Anfang des Votums zu nennen. Ich danke Ihnen, wenn Sie sich daran halten. Damit können wir uns verschiedene Fragen ersparen.

**Rossini Stéphane** (S, VS): Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, un constat clair peut être posé. Si nous disposons d'un bon système de santé, sa gouvernance doit être améliorée. L'OCDE a d'ailleurs relevé dans ses rapports les problèmes inhérents à ce système fragmenté d'assureurs multiples que l'initiative «pour une Caisse publique d'assurance-maladie» reconsidère aujourd'hui.

Cette initiative propose des réponses concrètes à des problèmes réels qu'il ne sert à rien de nier et qui touchent au quotidien des assurés, des patients, des fournisseurs de prestations, des autorités de surveillance, de la Confédération, des cantons, mais aussi des caisses.

Ainsi, ce système est inutilement compliqué. 60 caisses et une foison de modèles d'assurance pour des prestations identiques font que plus personne ne s'y retrouve ou alors au prix de démarches laborieuses.

La confusion entre assurances sociale et privée génère des effets pervers inacceptables. Car, la séparation est illusoire et peu transparente entre les deux domaines, ce que confirme d'ailleurs le directeur du Contrôle fédéral des finances. L'utilisation abusive des données qui en découlent favorise une sélection illégale des risques, mais pourtant continuellement pratiquée.

Cette situation provoque des complications administratives qui coûtent des millions d'heures de travail à la population et aux acteurs de la santé, qui croulent par ailleurs sous les ennus et les chicaneries.

La compensation des risques régulant cette concurrence est compliquée et coûteuse.

Les réserves, qui sont aujourd'hui beaucoup trop élevées – à hauteur de 6 milliards de francs –, sont partiellement du gaspillage de primes! Leurs flux entre caisses et cantons sont opaques. Leur impact sur les primes produit des situations aberrantes, preuve en est la discussion que nous avons eu tout à l'heure en débattant des 2 milliards de francs de primes payées en trop ou insuffisamment dans certains cantons.

De cela découle une fixation des primes peu transparente, parfois incohérente. Chaque caisse élabore ses propres projections, en fonction de ses particularités. Les facteurs sans lien avec les coûts de la santé – on peut penser aux éléments de publicité ou aux appels d'offres – ont un impact disproportionné et inadéquat. On peut aussi penser à la question de la situation des réserves ou à la pratique de la compensation des risques qui entre dans cette catégorie des facteurs sans lien avec les coûts directs de la santé.

Socialement, les écarts de primes entre assurés sont injustes, jusqu'à 50 ou 60 pour cent au sein d'un même canton. Pour corriger cela, il faut une prime cantonale unique, ce que prévoit l'initiative.

Les changements de caisses-maladie en fin d'année sont inefficaces. La concurrence ne fonctionne manifestement pas dans ce domaine. Mais on gaspille malgré tout chaque année plusieurs centaines de millions de francs.

Et puis, la surveillance du système est complexe et insuffisante. Les caisses-maladie rechignent à disposer d'instruments de surveillance plus rigoureux; la majorité des membres du Parlement aussi, il faut bien l'admettre. J'en veux pour preuve la manière dont nous traitons la loi sur la surveillance des assurances-maladie.

La liste des problèmes liés à la concurrence entre caisses-maladie pourrait s'allonger. On pourrait évoquer les salaires indécentes, les affaires répétées de mauvaise gestion, les frais de publicité superflus, les coûts d'application élevés pour les cantons, les conflits d'intérêts.

Ces dysfonctionnements, qui contredisent les règles élémentaires de la rationalité et de l'efficacité économiques, ne peuvent se corriger que de manière systémique. La caisse publique revoit donc ce système. Elle se veut un instrument de service public, d'abord au service de la population et non pas au service d'intérêts particuliers.

J'aimerais répondre à Monsieur de Courten concernant le financement: oui, le financement de l'assurance-maladie est antisocial, mais il n'a rien à voir avec cette initiative populaire. Il faut être clair et ne pas laisser la confusion s'installer dans les esprits en faisant un mélange avec la précédente initiative sur le même sujet. A Madame Humbel, je réponds concernant le financement que le taux de cotisation à l'AI est inscrit dans la loi sur l'AI; ce n'est pas du tout le cas du système d'assurance-maladie puisque les primes sont adaptées chaque année.

**Carobbio Guscetti** (S, TI): Perché è necessario cambiare sistema e realizzare finalmente un'assicurazione malattia più giusta e più semplice e meno cara? Perché?

Perché la concorrenza tra le casse malati è una pratica sfavorevole per molti assicurati, mentre è un affare per le assicurazioni malattia. Non a caso le casse malati investono parecchie energie e molte risorse nell'acquisizione di assicurati giovani e sani, che provocano per le assicurazioni meno costi rispetto alle persone anziane e affette da malattie croniche. La concorrenza fra le casse malati, lo sapete, non verte su un'assistenza meno costosa e qualitativamente migliore, ma unicamente su una caccia ai buoni rischi.

Perché con l'attuale sistema assistiamo oggi a una riduzione mascherata di prestazioni nell'assicurazione di base e a un allargamento delle prestazioni delle assicurazioni complementari o delle prestazioni direttamente assunte e pagate dagli assicurati. La legge impone a tutti gli assicuratori malattia le stesse prestazioni. Ma in alcuni, molti, troppi casi le casse si arrogano la scelta delle prestazioni che rimborsano, nonostante la legge non conceda loro nessun margine di manovra. Molti assicurati conoscono le trappole per vedere riconosciute cure e prestazioni ammesse dall'assicurazione di

base, sanno di medicinali non rimborsati o pagati a dipendenza della cassa malattia con la quale si è assicurati o hanno vissuto direttamente le pressioni per stipulare costose assicurazioni complementari. Sono pratiche che permettono di aggirare la legge, la quale prevede le stesse prestazioni per tutti nell'assicurazione di base, e che di fatto minano ancora una volta la solidarietà.

Perché con sessanta casse malati oggi c'è un vero dispendio di soldi per campagne pubblicitarie per acquisire i buoni rischi, per il marketing, per i cambiamenti di cassa malati. Tutto questo causa costi per 300 milioni di franchi all'anno, ai quali si aggiungono i salari elevati dei dirigenti e i costi legati all'informatica per oltre sessanta casse e ha un potenziale di risparmio immediato sui premi nell'ordine dell'1,5 per cento. Grazie alla sua nuova struttura la cassa malati pubblica potrà invece introdurre dei modelli di cura innovativi e dei programmi strutturati per prendere in cura in maniera integrata i malati cronici. Sono modelli che oggi vengono rifiutati dalle casse malati – c'è un esempio conosciuto nel canton Vaud di un gruppo di personale che voleva prendere in cura dei malati diabetici e che si è visto rifiutare i contratti necessari con le casse malati – ma che permetteranno un considerevole risparmio di costi e quindi anche una riduzione dei premi.

Perché nel sistema attuale manca completamente la trasparenza: per come vengono realizzate le riserve, per la costituzione dei premi, per come si gestiscono i legami tra le assicurazioni complementari e le assicurazioni di base.

Es kann nicht sein, dass – wie mit dem heutigen System – kein rechtsgleicher Zugang zu den Leistungen gewährleistet ist, wie zum Beispiel der Zugang zu Medikamenten im Off-Label Use. Eine neue Studie des Büros Vatter zur Umsetzung des Off-Label Use durch die Krankenkassen zeigt diese Ungerechtigkeiten klar. Pro Jahr werden Tausende von Gesuchen für den Off-Label Use eingereicht, mehrheitlich für die Krebsbehandlung. Die Zuständigkeiten für die Beurteilung der Gesuche sind bei den Versicherern uneinheitlich geregelt. Als Folge davon ist die Quote der bewilligten Gesuche je nach Kasse unterschiedlich. Über die effektive Vergütung wird meistens zwischen dem Versicherer und der Herstellerfirma im Einzelfall verhandelt. Konkret: Der Zugang zu diesen Medikamenten ist sehr unterschiedlich, je nachdem, wo man versichert ist. Da hilft nur eines: eine öffentliche Krankenkasse. Sie müssen auf diese Probleme antworten, Kolleginnen und Kollegen, und die Antwort heisst eben: eine öffentliche Krankenkasse. Es trifft nicht zu, wie Frau Humbel vorhin gesagt hat, dass die öffentliche Krankenkasse eine Verstaatlichung bedeutet. Die öffentliche Krankenkasse bedeutet keine Verstaatlichung. Die Ärztinnen und Ärzte können Leistungen erbringen und weiterarbeiten wie heute, es wird für sie viel einfacher. Deshalb sind viele Ärztinnen und Ärzte, viele Physiotherapeuten und Ergotherapeuten für eine öffentliche Krankenkasse. Die öffentliche Krankenkasse ist gerechter, einfacher und günstig.

**Hess Lorenz** (BD, BE): Die BDP-Fraktion lehnt die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» entschieden ab. Wir möchten eine Verbesserung des Schweizer Gesundheitssystems mit echten Reformen ohne Verstaatlichung bewirken. Nebst der Einschränkung der Wahlfreiheit unterbindet eine Einheitskasse lediglich den Wettbewerb und die Selbstbestimmung, ohne irgendein echtes Problem zu lösen. Wie äussert sich diese Wettbewerbsbehinderung durch eine Einheitskasse?

1. Bei der Verwaltung einer Einheitskasse fehlen die effizienzsteigernden Impulse durch die Mitbewerber, also durch die Konkurrenz, wodurch Kosteneinsparungen schlussendlich natürlich verhindert werden. Konkurrenz ist wichtig, sie hat ein Kontrollelement, und sie wirkt effizienzfördernd – das gilt auch in der Privatwirtschaft.

2. Es fehlt bei einer Einheitskasse der Anreiz, Kunden – es geht schliesslich um Kunden –, sprich Patientinnen und Patienten, möglichst freundlich und kompetent zu beraten. Die verschiedenen Krankenkassen müssen, wenn sie im Wettbewerb sind, bestrebt sein, ihre Kunden möglichst optimal zu betreuen. Da kann ich an das Votum von Kollegin Fehr

anschiessen, die gesagt hat, das Wichtigste sei, sich um die Patientinnen und Patienten zu kümmern. Die Frage, ob eine staatliche Stelle sich besser um Patientinnen und Patienten kümmert als eine privatwirtschaftlich organisierte, können Sie selber beantworten.

3. Die Krankenkassen, die verschiedenen Anbieter betreiben unterschiedliche Rechnungs- und Kontrollsysteme. Sie können die Zahlen und die Jahresberichte der Anbieter anschauen: Jährlich werden x Millionen von Rechnungen kontrolliert, und es werden Forderungen mit Kosten in der Höhe von mehreren Millionen Franken dann auch zurückgewiesen. Durch diese verschiedenen ausgerichteten Kontrollsysteme der Kassen können Missbräuche schneller erkannt und verhindert werden. Bei einem einzigen Kontrollsystem, wie es in einer Einheitskasse der Fall wäre, ist diese Kontrolle zwangsläufig bedeutend geringer, und das würde den Missbrauch erleichtern.

Lediglich in einem Punkt erachtet die BDP-Fraktion es als sinnvoll, den Wettbewerb einzuschränken, nämlich bei der Abwerbung junger, gesunder Versicherter. Das Abwerben dieser sogenannten guten Risiken – es handelt sich um etwa 6 bis 8 Prozent – und vor allem der damit verbundene Kassenwechsel verursachen unnötigerweise jährliche Kosten von mehreren Hundert Millionen Franken. Diesbezüglich fordern wir eine sachgerechte, zweckdienliche Anpassung des Risikoausgleichs, um dieser berühmten Jagd nach guten Risiken entgegenzuwirken. Den effizientesten Weg dafür sehen wir im Rahmen des ordentlichen Gesetzgebungsprozesses, wie er ja auch bereits aufgeleitet ist.

Auch eine Einheitskasse ist nicht das gute Mittel, um die Gesundheitskosten zu zügeln; das wurde hier schon mehrfach erwähnt. Man braucht nur zu schauen, wo die Kostentreiber sind. Die Kostentreiber sind erkannt: Es ist die Ausweitung des Leistungsangebotes, die diese Kosten verursacht, und nicht die zwischen 5 und 10 Prozent liegenden Verwaltungskosten der Krankenversicherer. Es ist zu befürchten, dass es bei der Einheitskasse und -krankenversicherung gleich wie bei der seit eh und je staatlichen Invalidentversicherung heraustritt: Wenn die Kosten steigen, wagen es in der Regel die politischen Instanzen nicht oder nur zaghaft, die Beiträge, sprich die Prämien, zu erhöhen.

Eine Einheitskasse ist ganz klar auch der erste Schritt zu gesamtschweizerischen Einheitsprämien. Die Folge davon ist auch klar, nämlich eine noch grössere oder ungerechtere Umverteilung.

Zusammenfassend ist es klar: Eine Einheitskasse bedeutet mittelfristig eine Verstaatlichung des gesamten Gesundheitswesens. Das wäre in unseren Augen eine fatale Fehlentwicklung, und zwar zulasten der Patientinnen und Patienten.

Deshalb empfehlen wir Ihnen ganz klar die Ablehnung dieser Initiative.

**Weibel** Thomas (GL, ZH): Zuerst meine Interessenbindung: Ich lege offen, ich bin Versicherter einer Krankenkasse – nicht mehr und nicht weniger.

Die Grünliberalen empfehlen die Volksinitiative zur Ablehnung. Weshalb? Es wird versprochen, die Initiative sei das Ende des heutigen Pseudowettbewerbes. Aus unserer Sicht hat sich das heutige System mit reguliertem Wettbewerb und Wahlfreiheit trotz aller bekannten Probleme bewährt. Wenn der Wettbewerb nicht optimal läuft, darf man ihn nicht einfach verbieten. Eigentlich müsste man vielmehr die Frage stellen: Mit welchen Massnahmen können wir den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärken? Zudem ist zu berücksichtigen, dass wir von einem Wettbewerb in einem sehr stark regulierten, angebotsgesteuerten Markt sprechen. Im Zusammenhang mit dem Wettbewerb ist auch die Risikoselektion vielfach angesprochen worden. Sicher, Telefonwerbung ist ärgerlich, sie nervt. Aber muss man deshalb gleich das System ändern? Nein. Es genügt, wenn wir den Risikoausgleich verbessern, und diese Verbesserungen sind in der politischen Pipeline, daran arbeiten wir.

Es wird auch argumentiert, die Initiative bremse den Kostenschub und das Prämienwachstum. Ich postuliere, dass eine

staatlich geführte Gesundheitskasse nicht zu tieferen Gesundheitskosten beiträgt. Hauptursache für das Wachstum der Gesundheitsausgaben sind bekanntlich die wachsenden Behandlungs- und Medikamentenkosten. Im Jahr 2012 wurden gerade 5,1 Prozent der Ausgaben für die Administration aufgewendet. Sicher, es sind noch 0,9 Prozent für Akquisition und Marketing aufgewendet worden, und 0,4 Prozent der Kosten entstanden durch Wechsel von einer Kasse zur anderen. Diese beiden Budgetposten, insgesamt also 1,3 Prozent der gesamten Kosten der Krankenkassen, würden entfallen, wenn wir diesen Systemwechsel vollziehen würden. Das verleitet mich fast dazu, von einer homöopathischen Dosis zu sprechen, auch wenn ich sehr viel für Komplementärmedizin übrig habe. Ich halte auch fest, dass die steigenden Prämien der Spiegel der wachsenden Gesundheitskosten sind. Nicht berücksichtigt in der Argumentation der Befürworter sind die Kosten für die Umstellung. Die Studie der ZHAW Winterthur ist bereits angesprochen worden. Sie weist Umstellungskosten von rund 2 Milliarden Franken aus. Die Grössenordnung dieser Kosten wird auch seitens der Initianten nicht bestritten. Zudem ist der Systemwechsel nicht nur mit Kosten, sondern auch mit hohen Risiken verbunden, und es würde viel Fachwissen verlorengehen.

Ich habe gehört, die Initiative liege im Interesse der Versicherten, denn sie stärke die freie Arztwahl. Wir haben schon viele Argumente gehört, welche aufzeigen, dass die freie Arztwahl eher bedroht ist, als dass sie gestärkt wird. Auf der anderen Seite habe ich heute als Versicherter, als Konsument von Leistungen einer Krankenkasse, die Möglichkeit, die Kasse zu wechseln, wenn ich mit der Behandlung meines Problems nicht zufrieden bin. Diese Wahlfreiheit würde verlorengehen. Ebenso bin ich überzeugt, dass die Qualität der Dienstleistungen bei einer öffentlichen Krankenkasse sinken würde. Denn Kundenfreundlichkeit und Dienstleistungsverständnis nehmen in Monopolbetrieben erfahrungsgemäss eher ab.

Es wird auch argumentiert, die Initiative führe zu einfacheren und transparenteren Tarifverhandlungen. Bis vor wenigen Jahren hatten wir seitens der Krankenkassen ein Gebilde namens Santésuisse, das alle Versicherungen unter einem Dach vereinte und für sie verhandelte. Das hatten wir schon, und die Situation war nicht wesentlich anders als heute. Mehr noch: Wenn heute mehrere Verhandlungen geführt werden müssen, dann ist das ein Merkmal des Wettbewerbs, und ich bin überzeugt, dass dieser Wettbewerb in den Verhandlungen bessere Ergebnisse ermöglicht, welche im Interesse der Versicherten liegen.

Es wird postuliert, die Initiative führe zu mehr Transparenz. Aber Transparenz haben wir bereits heute. Wenn ich Prämien vergleichen will, dann habe ich unzählige Möglichkeiten. Versicherte können sich informieren, wenn sie nur wollen. Wenn es verschiedene Anbieter gibt, dann gibt es auch verschiedene Produkte. Auch in der Grundversicherung gibt es verschiedene Modelle. Ich erwähne die Managed-Care-Modelle sowie Modelle mit höherer Kostenbeteiligung. Ob und in welcher Form eine öffentliche Kasse solche Modelle weiter anbieten würde, ist nicht klar.

Zur Transparenz der Kassen selber: Bereits heute werden unzählige Parameter öffentlich einsehbar gemacht. Ich gebe zu, das ist – erlauben Sie mir diesen Ausdruck – ein Zahlenfriedhof, das ist unverständlich. Es gibt Optimierungspotenzial. Nutzen wir dieses Optimierungspotenzial, sorgen wir dafür, dass die Zahlen lesbar und verständlich werden; es braucht nicht mehr Zahlen. Insgesamt würde also eine öffentliche Krankenkasse nicht zu mehr Transparenz führen.

Es ist klar, dass wir am System der Krankenversicherung Verbesserung vornehmen müssen und können, aber die Volksinitiative weckt falsche Erwartungen. Es wird zu viel und es wird Falsches versprochen. Eine kostendämpfende Wirkung wird, wenn sie überhaupt eintritt, sehr rasch verpuffen, denn die Initiative setzt den Hebel am falschen Ort an, nämlich bei den Verwaltungskosten, welche tendenziell am Sinken sind. Besser wäre es, man würde bei den steigenden Leistungskosten ansetzen, aber das ist weniger attraktiv, denn dann müssen wir über die Leistungsmenge und über



den Leistungskatalog diskutieren. Da kann man sich die Finger verbrennen.

Die Grünliberalen wollen den verbleibenden Wettbewerb in diesem geregelten Markt erhalten und entsprechend auch die Wahlfreiheit, die Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung der Versicherten beibehalten. Entsprechend folgen die Grünliberalen dem Antrag der Mehrheit, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

**Gilli Yvonne (G, SG):** Die Grünen unterstützen eine grundsätzliche Systemänderung in der obligatorischen Grundversicherung, weg von privaten Versicherungsunternehmen, hin zu einer öffentlichen Trägerschaft. Mit einem solchen Systemwechsel sind wir noch weit, weit weg von einer generell verstaatlichten Medizin. Es gibt noch viele private Trägerschaften, sowohl im Bereich der Privatversicherer und der Leistungserbringer als auch im Bereich des Medizinalmarktes.

Unser Anliegen ist nicht neu. Das Anliegen ist berechtigt, weil es offensichtlich ist, dass das heutige System grosse Mängel aufweist, unter denen die Qualität der Versorgung leidet, und laufend Kosten generiert werden, die nichts mit einer Qualitätsentwicklung zu tun haben. Das Anliegen ist last, but not least auch deshalb berechtigt, weil es in der Grundversicherung keinen Wettbewerb gibt und es nie einen solchen geben wird: Es dürfen keine Gewinne erzielt werden, und es müssen per Gesetz punktgenau die gleichen Leistungen für alle angeboten werden.

Sie werden von einigen Rednerinnen und Rednern zu hören bekommen, welche Horrorszenarien uns erwarten: Horrorszenarien über die Kosten, die durch diesen Systemwechsel entstehen, über die Ineffizienz verstaatlichter Medizin, über Qualitätseinbussen – sie haben mit Drohungen und Ängsten zu tun. Im gleichen Zug werden Ihnen auch die Vorzüge des heutigen Systems schmackhaft gemacht werden, ebenfalls mit vielen Aussagen, die heute nicht belegt werden können. Lassen Sie mich dazu Stellung nehmen: Es wird zum Beispiel behauptet, dass die heutigen Krankenkassen sehr tiefe Verwaltungskosten hätten, jedenfalls deutlich tiefere als beispielsweise die Suva, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt. Das können Sie glauben oder nicht. Die Aussagen der Gegnerinnen und Gegner der öffentlichen Krankenkasse dazu sind so schwindelerregend, dass ich eine Wette eingehen würde, dass im Fall eines Volks-Ja zur öffentlichen Krankenkasse hier Kosten zutage kämen, von denen heute niemand spricht.

Die zweite Behauptung, wonach der Wettbewerb die Qualitätsentwicklung fördere, würde ich stehenlassen, wenn es tatsächlich einen Wettbewerb gäbe und wenn Fehlanreize mit gesetzlichen Massnahmen flankiert würden. Beides ist heute nicht der Fall. Worin der heutige Scheinwettbewerb besteht, wissen Sie selbst am besten, nämlich in der Jagd nach den guten Risiken oder im Versuch, Versicherte abzuweisen, die vermutlich hohe Kosten generieren werden.

Noch hat die Mehrheit hier im Saal die Gelegenheit, Verbesserungen des heutigen Systems voranzutreiben, was sie bis heute aber nicht getan hat. Dazu gehört eine bessere Krankenkassenaufsicht, dazu gehört ein verbesserter Risikoausgleich, und dazu gehören Massnahmen zur Flankierung der Kosten im spitalambulanten Bereich. Wenn alle diese schwerwiegenden Schwachstellen von uns hier im Parlament behoben werden, bin ich gerne bereit, mit Ihnen noch einmal Sinn oder Unsinn einer öffentlichen Krankenkasse zu diskutieren. Das ist aber heute nicht der Fall. Die Grünen unterstützen deshalb den Systemwechsel zur öffentlichen Krankenkasse und sind überzeugt, dass diese effizient und qualitätsgesteuert geführt werden kann.

Wir empfehlen Ihnen deshalb, der Minderheit zu folgen.

**van Singer Christian (G, VD):** Le groupe des Verts vous invite à recommander au peuple et aux cantons le oui à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie».

Cette initiative populaire est appuyée par les représentants des assurés, des consommateurs, des patients. Elle est ap-

puyée par les représentants d'associations de prestataires de soins – infirmiers, sages-femmes, physiothérapeutes, médecins assistants et chefs de clinique. Elle est appuyée par de nombreux partis – socialiste, évangélique, popiste, chrétien-social et, bien sûr, les Verts.

Pourquoi? Parce que nous souhaitons freiner l'augmentation des primes; augmenter l'incitation à la prévention et à la promotion de la santé; améliorer la prise en charge des maladies chroniques; faire pression pour limiter la hausse du prix des médicaments et des moyens auxiliaires; mettre fin à la chasse aux bons risques et aux tracasseries pour les malades chroniques et les personnes âgées; supprimer les changements de caisse annuels pour pouvoir bénéficier des primes les plus basses; supprimer les tracasseries du démarchage téléphonique; éviter les transferts de frais entre caisse privée et caisse publique, l'utilisation abusive des données, l'utilisation opaque des réserves. Bref, nous voulons améliorer le système actuel.

Que penser des critiques émises à l'encontre de cette initiative et des propositions qu'elle présente? Tout d'abord, il faut relever qu'elles ont souvent été émises par des parlementaires qui bénéficient directement du système actuel: ils siègent dans des conseils d'administration et n'ont même pas, pour la plupart, déclaré leurs intérêts, ce qui est contraire à la loi sur le Parlement et que je regrette vivement. J'espère que les médias vont relever ces intérêts personnels qu'ont des collègues à combattre cette initiative.

Mais que penser, sur le fond, de ces critiques? D'abord, les opposants disent que l'initiative va mettre fin à la concurrence. Mais de quelle concurrence s'agit-il? Les prestations fournies sont identiques, elles sont définies dans la LAMal. Les caisses-maladie ne peuvent offrir ni plus, ni moins de prestations que celles définies dans l'assurance de base.

D'autres critiques émises portent sur les coûts du changement. Mais avez-vous lu l'étude en question? Elle part d'hypothèses invraisemblables. Elle considère que pendant huit ans l'ancien système et le nouveau système fonctionneraient en parallèle. C'est une des incohérences parmi d'autres! Et puis, même si les coûts du passage à la caisse unique était de 1 milliard de francs, il y a 6 milliards de francs de réserves. On pourrait puiser dans ces réserves pour couvrir les coûts du changement! Après, chaque année, il y aurait des centaines de millions d'économies.

Le système actuel a du bon dans le sens que les soins offerts sont bons, mais pas dans le sens qu'il est optimal quant à son administration. J'en ai énuméré les inconvénients. Alors, j'espère que vous recommanderez, vous aussi, au peuple et aux cantons d'accepter cette initiative. Elle permettra de mettre en place un meilleur système qui pourra s'inspirer de ce qui se fait de bien en Autriche, au Japon, en Corée du Sud et bien sûr pas des mauvais exemples qu'on peut voir dans d'autres pays.

**Bourgeois Jacques (RL, FR):** Suite aux propos de Monsieur van Singer, je déclare mes liens d'intérêts: je suis directeur de l'Union suisse des paysans et propriétaire d'une caisse d'assurance-maladie qui s'appelle Agrisano.

Est-ce que l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» pourrait être l'un des remèdes, voire le remède, qui nous permettrait de réduire à terme les coûts de la santé, faire baisser nos primes d'assurance-maladie et ainsi combattre nos «maux» dans le domaine des coûts de la santé? C'est ce que veut nous faire croire l'initiative, mais force est de constater qu'en réalité, ce ne sont pas les bons remèdes qui sont prescrits. Les coûts de la santé ne vont pas être réduits compte tenu du fait qu'ils sont liés aux prestations médicales et non au type, à la structure des caisses-maladie. Au contraire, une structure avec plusieurs fournisseurs de prestations permet de mettre ces caisses en concurrence et d'offrir ainsi aux assurés la meilleure couverture de prestations possible en influant positivement sur le montant des primes d'assurance-maladie.

On parle de diminution des frais administratifs, mais que peut-on encore gagner dans ce domaine lorsqu'on sait qu'en 2010, les frais de gestion n'ont représenté que 5,3 pour cent

des primes d'assurance-maladie! Rien ne garantit qu'une valeur sera atteinte dans une caisse unique. Un organe central avec, par exemple, 26 agences cantonales n'est pas gratuit. Les frais administratifs de la SUVA, cités en exemple par les défenseurs de l'initiative, se montent quant à eux au double de ceux que nous avons dans le domaine de la santé, soit à 10 pour cent environ. Cet exemple est bien la preuve que ce n'est pas en ayant une seule caisse d'assurance-maladie obligatoire qu'on pourra faire des économies significatives au niveau des frais de gestion. Au contraire, les spécialistes estiment les coûts de mise en place du nouveau système à près de 2 milliards de francs. L'exemple de Swissgrid, qui a repris l'ensemble de la gestion de notre réseau électrique, témoigne du fait qu'une telle reprise ne peut s'effectuer sans des investissements colossaux.

Une caisse unique abolira le libre choix des assurés et ils ne pourront plus comparer ni les prestations ni les primes offertes par les caisses-maladie et choisir celle qui leur convient le mieux. Ils devront pour la plupart d'entre eux contracter auprès d'un autre assureur, une assurance complémentaire puisque la caisse unique ne couvrira que les frais remboursés par l'assurance obligatoire des soins. Est-ce cela la simplification du système exigé? Non, je ne le crois pas! Sans compter l'effet pervers par rapport aux régions. Actuellement, les régions de primes définies sont les suivantes: ville, agglomération et régions périphériques. Avec la caisse unique on aurait seulement une prime par canton, ce qui signifie que les primes pour de nombreux habitants des zones rurales prendraient l'ascenseur même si leurs besoins en prestations restent modestes!

La reprise par l'Etat de la gestion de l'assurance-maladie de base provoquera la résiliation de nombreux postes de travail. Ces personnes vivront dans l'insécurité et certaines iront timbrer au chômage, venant ainsi grever nos coûts sociaux que nous devons plutôt veiller à réduire.

Actuellement, la loi oblige les assureurs à créer des réserves afin de couvrir les imprévus.

En 2010, la limite minimale a été abaissée à 10 pour cent. Si les risques venaient à être sous-évalués, ce serait à l'Etat de combler le trou, soit par une hausse des impôts, soit en accumulant des dettes! Voulons-nous cela? Non, je ne le crois pas!

Chers collègues, pour toutes les raisons évoquées, je vous invite à recommander au peuple et aux cantons le rejet de cette initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» qui, non seulement n'est pas un remède aux maux constatés dans le domaine de la santé, mais qui, au contraire, en crée de nouveaux; des maux qui ne seront pas sans incidences sur notre porte-monnaie et qui restreindront notre liberté. Disons par conséquent clairement non à cette initiative populaire qui n'a de «populaire» que le nom.

**Candin** Martin (CE, GR): Neben meiner Arbeit als Nationalrat leite ich den Innendienst der Helsana mit neun Mitarbeiterinnen an drei Standorten in den Kantonen Graubünden und Glarus – eine schöne Aufgabe.

Einmal mehr dürfen wir über die Idee der Einheitskrankenkasse diskutieren. Die vorliegende Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» hält nicht, was sie verspricht. Weder reduziert sie die Kosten und die Bürokratie, noch steigert sie die Qualität im Gesundheitswesen. Warum?

Die Initianten versprechen, dass es einfacher und billiger wird. Ich sage Ihnen: Es wird komplizierter und teurer! Mit der Einheitskasse gibt es nur noch eine Kasse und nur noch eine Prämie pro Kanton. Der Wettbewerb zwischen den Kassen fällt weg. Es gibt dann keine günstigeren Kassen mehr, es gibt auch keine günstigeren Prämienregionen mehr, und auch interessante alternative Versicherungsmodelle entfallen. Die Konsequenz ist folgende: Wir werden erstens mehr bezahlen müssen, und zweitens könnten wir die Kasse nicht einmal mehr wechseln, wenn wir unzufrieden sind. Es besteht die Gefahr, dass der Service abgebaut wird und Innovationen auf der Strecke bleiben. Wollen wir das wirklich?

Das Schweizer Gesundheitswesen ist eines der besten der Welt. Der Zugang ist weltweit Spitze, und wir schieben keinen Schuldenberg vor uns her. Die Schweiz kann sich ein gut funktionierendes System leisten. Im Vergleich mit anderen Industrienationen hatte die Schweiz bei den Gesundheitsausgaben – gemessen am BIP – in den letzten Jahren eine der tiefsten Wachstumsraten. Das System sollte deshalb weiter optimiert und reformiert werden.

Heute haben die meisten Versicherten die Grund- und die Zusatzversicherung beim Versicherer ihres Vertrauens abgeschlossen. Sie wollen die Betreuung und den Service aus einer Hand. Mit der Einheitskasse werden alle gezwungen, die Grundversicherung bei der Einheitskasse abzuschliessen. Dadurch gehen wertvolle Synergien verloren. Für die Kunden, aber auch für die Leistungserbringer wird es dadurch kompliziert: Wo muss ich welche Rechnung einreichen? Was ist, wenn auf einer Rechnung der Grundversicherung doch Nichtpflichtleistungen auftauchen? Diese Trennung würde allein die Bürokratie fördern und niemandem etwas bringen. Allein der Systemumbau zu einer Einheitskasse würde rund 2 Milliarden Franken kosten.

Den Krankenversicherern wird immer wieder Risikoselektion und Pseudowettbewerb vorgeworfen. Ich kann Ihnen versichern, der Wettbewerb unter den Versicherern ist hart und funktioniert. Seit der Einführung des KVG ist die Anzahl Versicherer von 145 auf rund 60 zurückgegangen. Heute bearbeiten 14 national tätige Versicherungsgruppen 95 Prozent des Marktes. Rund 30 kleine Versicherer sind als Nischenplayer tätig und versichern 5 Prozent der Bevölkerung. Nebenbei darf erwähnt werden, dass viele dieser kleinen Versicherer wertvolle Arbeitsplätze in den ländlichen Regionen unseres Landes anbieten.

Nun hat auch der Ständerat eine weitere Verbesserung des Risikoausgleichs verabschiedet und damit die Weichen gestellt, dass sich die Versicherer künftig mehr um die optimale Betreuung von Chronischkranken kümmern. Die Versicherer haben in den letzten Jahren umfangreiche Case-Management-, Betreuungs- und Präventionsprogramme entwickelt. Leider wird darüber nur wenig berichtet.

Die Verwaltungskosten der Versicherer betragen heute gerade einmal 5 Prozent. 95 Prozent der Prämien sind durch medizinische Leistungen begründet. Wir diskutieren hier über die 5 Rappen vom Franken anstatt über die anderen 95 Rappen. Die 5 Rappen sind gut eingesetzt. Alle Versicherer kämpfen um einen guten Namen und investieren in die Kundenbetreuung und Kundenbindung. Davon profitieren die Kunden spürbar. Der Kunde soll frei wählen, wo er versichert sein will. Heute kann er dies; lassen wir ihm diese Freiheit, und diskutieren wir endlich über die anderen 95 Rappen vom Franken. Dort liegt das Sparpotenzial.

Darum ist für mich klar: Nein zu einer komplizierten und teuren Einheitskasse, die nur von den effektiven Herausforderungen im Gesundheitswesen ablenkt; Ja zu neuen Lösungen, welche bei den wahren Kosten ansetzen und die Qualität weiter steigern.

**Rytz** Regula (G, BE): Die Grünen unterstützen die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse». Wir teilen die ordnungspolitischen Bedenken der Gegnerinnen und Gegner nicht. Es geht hier nicht um die Frage «Markt oder Staat?», «Vielfalt oder Monopol?», sondern es geht ganz pragmatisch um die Frage «Effizienz oder Leerlauf?».

Hier ist für uns Grüne die Antwort klar: In der obligatorischen sozialen Grundversicherung gibt es keinen Markt. Hier wird mit viel unnötigem Aufwand Markt gespielt, denn Tatsache ist: Alle Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz müssen sich in der Grundversicherung obligatorisch einem Versicherer anschliessen. Jeder Versicherer muss von Gesetzes wegen das Gleiche verkaufen. Es besteht ein Gewinnverbot, und der Kanton oder der Bund genehmigen oder legen die Preise fest, und zwar für alle Versicherer nach den gleichen und transparenten Grundsätzen. Wo, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist da der Markt? Der Wettbewerb unter den Kassen besteht doch nur in der Jagd auf die guten Risiken, also auf die jungen und gesunden Versicherten, die gegenüber

älteren und insbesondere gegenüber chronisch kranken Menschen weniger Kosten verursachen. Weil diese Risikoselektion zu grossen und ungerechten Preisdifferenzen zwischen den Kassen führen kann, braucht es ein kompliziertes Korrektursystem. Der Ständerat hat am Montag eine weitere Verfeinerung dieses Korrektursystems beschlossen. Neben Alter, Geschlecht, Aufenthalt in Spitälern und Pflegeheimen sollen weitere Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko festgelegt, gezählt, gewichtet, mit Formeln berechnet, bezahlt und zurückbezahlt werden.

Alles im Griff, könnte man also sagen. Doch könnte man das nicht einfacher haben? Und wird mit diesem System die ungerechte Risikoselektion zwischen Alt und Jung, zwischen Gesunden und Kranken tatsächlich verhindert? Oder müssen wir dann im nächsten Jahr wieder neue, noch spitzfindigere Indikatoren suchen, berechnen, gewichten usw.? Und was, liebe Ordnungspolitiker, hat das alles mit einem Markt zu tun?

Der beste Risikoausgleich ist doch, ganz nüchtern und versicherungstechnisch betrachtet, die Risikogemeinschaft aller Versicherten eines Prämienraumes, eines Kantons oder einer Region. Genau diese will die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» ermöglichen, nicht weniger und nicht mehr.

Nun kann man sich auf den Standpunkt stellen: In der obligatorischen Grundversicherung gibt es zwar keinen Markt, es wird nur Markt gespielt, doch wenn es nichts nützt, dann schadet es auch nichts. Doch das sehe ich ganz anders. Der Pseudomarkt in der obligatorischen Krankenversicherung verursacht nämlich sehr viel Bürokratie und Leerlauf. Genau das ist doch eigentlich ein Problem, das von der bürgerlichen Seite in anderen Geschäften immer wieder kritisiert wird.

Ich gebe Ihnen ein Beispiel, wie sich das auswirken kann: Heute bestimmt das Gesetz, dass die Versicherer mit den Leistungserbringern wie Spitälern Tarifverträge abschliessen müssen. Doch die einzelnen Kassen haben so unterschiedliche Interessen, dass sie sich nicht einmal mehr auf einen gemeinsamen Dachverband einigen können. Als Konsequenz dieser Zersplitterung beugen sich nun Dutzende von Spitälern und Kliniken mit zahlreichen Kassen über Hunderte von Tarifverträgen, welche sich am Schluss um einige «Fränkli» unterscheiden können. Diese müssen dann erst noch vom Kanton genehmigt oder im Konfliktfall von der Kantonsregierung festgesetzt werden. Wenn das dann auch noch umstritten ist, kann der Fall vor das Bundesverwaltungsgericht gebracht werden. Die Kosten für diesen ganzen absurden Leerlauf bezahlen die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler. Es geht nämlich nicht nur um die Verwaltungskosten, die hier zu Buche schlagen, sondern um die gesamten gesellschaftlichen Kosten eines riesigen Systems, das diesen Pseudowettbewerb organisiert und im Konfliktfall dann auch entscheiden muss.

Nur mit einer öffentlichen Krankenkasse kann diese absurde Bürokratie verhindert werden. Nur mit einer öffentlichen Krankenkasse kann mehr in Prävention, in Qualität und in die Kontrolle der Leistungen investiert werden. Nur mit einer öffentlichen Krankenkasse werden unnötige Kosten für die Werbung oder den Kassenwechsel verhindert. Nur eine öffentliche Krankenkasse verhindert die unwürdige Selektion von Risiken – nach der Unterscheidung in junge und alte Menschen, in gesunde Menschen und solche mit chronischen Krankheiten –, die jetzt durch dieses komplizierte Korrektursystem einigermassen ins Gleichgewicht gebracht werden müssen.

Ich bitte Sie deshalb, diese wichtige Reform zugunsten der Patientinnen und Patienten zu unterstützen.

**Borer Roland F. (V, SO):** Ich lege meine Interessen offen: Ich bin Mitglied der Groupe de Réflexion der Groupe Mutuel. Ich bin Krankenversicherter, Grundversicherter der älteren Generation. Eigentlich sollte ich mich benachteiligt fühlen, wenn ich jetzt den Worten meiner Vorrednerin folgen würde. Dem ist aber garantiert nicht so.

Wir haben genau gehört, wohin die Reise gehen soll, damit wir tiefere administrative Kosten haben. Die Reise soll dahin gehen, dass die sogenannte Einheitskasse dann nur noch eine Zahlstelle ist. Leistungserbringer stellen Rechnung, die Krankenversicherung mit dem Namen Einheitskasse bezahlt, und dann ist für die Versicherten alles gut, dann ist für die Leistungserbringer alles gut, und dann sinken die Kosten.

Nach dem Anhören der bis jetzt gehaltenen Voten komme ich mir ins Jahr 1995 zurückversetzt vor. Damals wurde im gleichen Rat das KVG behandelt. Was haben wir damals nicht alles für Versprechungen gehört! Alle Leistungen werden besser, alle Versicherten werden zufriedener, die Spitäler und die Leistungserbringer werden effizienter, alles wird gut überwacht, und zuletzt kostet es viel weniger Geld. Und die genau gleichen Kreise, die uns dies damals schmackhaft gemacht haben, suchen jetzt die Lösung in der Einheitskasse, weil sie ihre Versprechungen nicht einhalten können. Ich sage Ihnen, die Einheitskasse wird genau gleich ein System sein, in dem die Realisierung der Anliegen scheitert, die Sie zu vertreten vorgeben. Der Vertreter der CVP hat es vorhin richtig gesagt: Wir sprechen hier über Sparmöglichkeiten im Bereich der Administrativkosten. Aber auch die Administrativkosten können wir nur zum Teil als Sparpotenzial erachten, weil Leistungsabrechnungen genau gleich gemacht werden müssen, egal, ob es sich um eine Einheitskasse oder um verschiedene Krankenversicherer handelt. Die Kosten, die in Rechnung gestellt werden, müssen genau gleich kontrolliert werden. Oder wollen Sie das abschaffen? Kann jeder in Rechnung stellen, was er will? Ich glaube, das kann doch nicht im Sinne der Sache sein. Die Rechnungen für Prämien müssen genau gleich erstellt werden, und die Rechnungen müssen bezüglich der Abrechnung genau gleich überprüft werden. Das Sparpotenzial ist im Promillebereich anzusiedeln – im Promillebereich!

Leider verpassen Sie es, dort anzusetzen, wo es tatsächlich notwendig ist, nämlich bei den Bereichen, wo 95 Prozent der Kosten verursacht werden. Sie werden nie weniger Verwaltungsaufwand haben mit einer Einheitskrankenkasse, wenn Sie verantwortungsbewusst kontrollieren, wofür eine Rechnung gestellt worden ist und ob diese Rechnung auch rechtmässig gestellt worden ist.

Wir haben ein weiteres Problem, auf das bisher auch noch niemand hingewiesen hat: Ein überwiegend grosser Teil der Versicherten hat heute in irgendeiner Form eine Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherung wird nicht die jetzt angepriesene Einheitskasse durchführen können – es wird auch nicht deren Aufgabe sein –, die Zusatzversicherung wird weiterhin bei den anderen Versicherern bleiben. Was daraus resultieren wird, ist, dass für jeden Menschen in unserem Land, der grund- und zusatzversichert ist, die Kosten tendenziell steigen werden. Machen Sie die Öffentlichkeit auch darauf aufmerksam, wenn Sie über Ihr Modell Grundversicherung diskutieren.

**Kessler Margrit (GL, SG):** Gerne lege ich meine Interessenbindung offen. Ich bin Präsidentin der schweizerischen Stiftung SPO Patientenschutz; das ist die grösste Patientenorganisation, die nicht an ein Krankheitsbild gebunden ist.

Unbestritten ist, dass im Krankenversicherungswesen Reformbedarf besteht und Verbesserungen erforderlich sind. Der verfeinerte Risikoausgleich ist überfällig, aber auch ein griffiges Aufsichtsgesetz für die Krankenversicherer ist notwendig. Trotz den beiden Aber lehnen die Grünliberalen die Einheitskrankenkasse ab. Für einen radikalen Systemwechsel besteht kein Handlungsbedarf.

Eine Studie der Ostschweizer Gesundheitsdirektoren kam zum Schluss, dass die Einführung einer kantonalen Einheitskrankenkasse die Gesundheitskosten nicht senken würde. Einsparungen können nicht durch den Umbau zu nur einer öffentlichen Krankenkasse erzielt werden. Kosten können nur durch den Abbau von Leistungen eingespart werden. Der Umbau zu einer öffentlichen Krankenkasse würde Jahre dauern und 2 Milliarden Franken kosten.



Mit der Einführung einer Einheitskasse würde der Wettbewerb unter den Krankenversicherern gänzlich wegfallen. Es sinkt der Anreiz, gute Lösungen zu finden. Ein Vergleich zwischen den verschiedenen Krankenpflegeversicherern wäre nicht mehr möglich. Dank der heutigen Konkurrenz bemühen sich die meisten Krankenkassen, gute Serviceleistungen zu erbringen und innovative Angebote zu machen. Es ist letztlich der Wettbewerb, welcher die Krankenversicherer zwingt, attraktive Angebote zugunsten der Patientinnen und Patienten, z. B. bei Managed-Care-Modellen, bereitzustellen.

Mit der Einheitskasse kann man keine Kosten sparen, die Patientinnen und Patienten wären aber auf Gedeih und Verderb den kantonalen Beamten ausgeliefert. In letzter Konsequenz bliebe ihnen nur noch übrig, den Wohnort zu wechseln. Das kann doch nicht das Ziel sein!

Die Suva als Vorbild der Einheitskasse – dieser Vergleich hinkt. Die Suva bezahlt nicht nur die Behandlungskosten bei Verletzungen, sondern bemüht sich, die Verunfallten so schnell wie möglich an den Arbeitsplatz zurückzuführen. Deshalb sind die Verwaltungskosten bei der Suva sehr viel höher als bei den Krankenversicherern. Wenn die Verletzungen nach Jahren nicht abheilen, werden die Betroffenen zur Behandlung ihrer Handicaps zur Krankenkasse «abdelegiert», dies mit der Begründung, es handle sich nicht mehr um Unfallfolgen, sondern um Abnutzung und deshalb seien die Unfallfolgen unter Krankheit einzuordnen. Die Krankenpflegeversicherer können ihre Versicherten in keine andere Institution überweisen und müssen die Kosten der früheren Suva-Versicherten übernehmen. Diese Institutionen können nicht miteinander verglichen werden.

Mit der Einheitskasse können wir die ärgerlichen telefonischen Anfragen von inkompetenten Krankenkassenmaklern auch nicht aus der Welt schaffen. Diese werden auch nach der Einführung der Einheitskasse nicht verschwinden, sondern im Privatversicherungsbereich wird das Telefon weiterklingeln.

Eine Einheitskasse wäre ein Staat im Staat, was nicht zu unserer liberalen Gesellschaft passt. Die Wahlfreiheit bei den Krankenkassen ist ein wichtiges Kriterium für die Versicherten, und das wollen wir nicht aufgeben. Deshalb verlangen wir Grünliberalen, dass die hohe Qualität der medizinischen Behandlung weiterhin im Mittelpunkt steht und die volle Wahlfreiheit für Versicherte und Patienten bestehen bleibt.

Wir bitten Sie, die Initiative abzulehnen.

**Aubert Josiane (S, VD):** L'assurance-maladie est une assurance sociale par définition, car elle s'adresse à toute personne vivant sur le territoire suisse, est obligatoire, et assure les mêmes soins à chacun et chacune.

A partir de là, l'introduction d'un système de concurrence dans l'offre de cette assurance de base est une aberration digne de la période où le dogme du libéralisme économique triomphant, sans limite et sans régulation, était de mise.

Depuis, l'eau a coulé sous les ponts; il a été possible pour chaque personne d'observer les dérives auxquelles ce dogme a conduit l'économie mondiale. Au cours de la dernière décennie, le secret bancaire a disparu, les règles de l'OCDE changent les pratiques de nos banques au-delà de ce qu'elles auraient imaginé pouvoir supporter, et le monde continue à tourner; les gouvernements des pays les plus libéraux en appellent même à des réglementations internationales pour permettre aux Etats d'assumer leurs tâches et de se financer normalement par l'impôt.

Vous devez imaginer que je me suis trompée de débat. Eh bien, pas du tout! Selon moi, il est temps de garantir enfin une réglementation claire et transparente dans le domaine de l'assurance-maladie, pour permettre à la population de s'y retrouver et de démêler les primes et factures qu'elle paie pour notre système de santé. Entendons-nous bien, il n'est pas question de remettre en question la qualité de notre système de santé, mais la manière dont celui-ci est géré, et de voir enfin clair dans les primes d'assurance pour les soins de base.

Le scandale des primes payées en trop par la population de certains cantons, les réserves mal adaptées et surfaites de certaines caisses, la chasse aux bons risques, cette valse incessante à laquelle les autorités sont contraintes d'appeler les citoyens chaque fin d'année pour passer d'une caisse chère à une caisse plus avantageuse, mais qui, par l'afflux massif de nouveaux assurés, deviendra encore plus chère l'an prochain, tout cela doit cesser.

La santé est un domaine économique important de notre société, inutile de le nier. Mais il est indécent de livrer les assurés pieds et poings liés à des assureurs qui utilisent la lassitude des clients pour leur offrir des assurances complémentaires, simplement parce qu'ils se sentent captifs de leur assureur de base et ne voient absolument plus clair dans le dédale des primes.

L'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» créera enfin la transparence nécessaire et une efficacité pour les soins de base, ceux que le peuple suisse souhaite garantir à chacune et à chacun.

La séparation claire entre assurance de base, publique, et assurances complémentaires permettra d'établir une juste et salubre concurrence dans les produits qui n'appartiennent pas aux soins de base et peuvent ainsi être choisis librement, selon le bon vouloir ou le pouvoir de chacun. Cette séparation salubre ouvrira aussi une nouvelle ère pour permettre aux multiples acteurs du domaine de la santé d'agir dans la transparence et avec une solidarité accrue, pour le plus grand bénéfice de la population, de son système de santé et du coût de celui-ci.

Je vous encourage vivement à soutenir l'initiative «pour une caisse publique d'assurance-maladie».

**Amadruz Céline (V, GE):** Pendant des années, l'absence de concurrence dans notre pays a pénalisé, non seulement les consommateurs, mais aussi l'ensemble de l'économie en réduisant sa compétitivité. Le développement d'une culture de la concurrence et une lutte accrue contre les abus en matière de concurrence ont permis de proposer aux consommateurs, ainsi qu'aux entreprises une offre plus nombreuse de biens et de services à de meilleurs prix et de meilleure qualité. Nous nous sommes engagés en direction d'un renforcement généralisé de la concurrence et nous ne voyons pas de raisons valables pour que le système de santé échappe aux bienfaits de la concurrence.

A en croire les initiants, le passage d'un marché concurrentiel, où 61 caisses-maladie pratiquent l'assurance de base des soins, vers un mastodonte bureaucratique serait la solution miracle pour enrayer la hausse des coûts de la santé. A première vue, c'est un argument attirant, mais fallacieux quand on y regarde de plus près. Les augmentations des primes sont, à juste titre, une source majeure de préoccupation pour la population qui désespère face à des hausses répétées. Mais ces hausses résultent d'une évolution de la consommation générale des soins compris dans le catalogue des prestations de l'assurance-maladie de base et non pas des assureurs qui, dans ce contexte de concurrence, s'efforcent de réduire leurs frais administratifs et leurs frais de gestion, sous peine de voir partir leurs assurés mécontents chez un autre assureur.

Le passage d'une pluralité d'acteurs à un acteur étatique unique n'influerait certainement pas pour la baisse de la consommation des soins. Il priverait en outre les personnes désireuses de partir vers une caisse-maladie plus efficiente que la leur de la possibilité de le faire.

En l'absence de concurrents, la maîtrise des coûts administratifs perdrait tout intérêt, l'acteur étatique unique pouvant retenir contre leur gré les assurés. Cette initiative populaire ne contient aucun élément conduisant à une maîtrise des coûts, mais entend, qu'importe les conséquences, passer d'une assurance-maladie sociale à une assurance-maladie socialiste.

Enfin, l'énorme administration que certains veulent mettre en place, comprenant une institution nationale qui créerait des agences cantonales, écornerait encore un peu plus l'au-

tonomie des cantons dont les autorités appliquent habituellement le droit fédéral.

Je peux vous assurer que les personnes qui ont pu faire la comparaison entre un système d'assurance-maladie étatisé et un système tel que le nôtre, où les assurés peuvent librement changer d'assureur, préfèrent de loin celui du libre passage intégral. Prenons l'exemple des travailleurs frontaliers français en Suisse, qui, selon les accords bilatéraux, disposaient de la possibilité de s'assurer soit auprès de la sécurité sociale française, soit auprès d'assureurs privés français. A 95 pour cent, ils ont opté pour une assurance-maladie privée et s'opposent fermement à tout passage vers le régime général français de la sécurité sociale que veut leur imposer leur gouvernement.

Pour ces raisons, nous ne pouvons pas donner suite à une initiative populaire voulant, d'une part, mettre fin à un régime qui garantit la plus grande efficacité aux assurés et qui, d'autre part, élude la question centrale de la hausse des coûts de la santé.

**Germanier Jean-René (RL, VS):** Notre pays est un pays prospère où les prestations de santé ont atteint un niveau d'excellence de premier ordre. Nous nous en réjouissons et les Suisses, d'ailleurs, se déclarent satisfaits de notre système de santé. Mais notre pays est aussi un îlot de cherté au cœur de l'Europe. Les cartels, les monopoles, le manque de concurrence sont des éléments qui contribuent indiscutablement à ce que les Suisses payent plus cher leur consommation. Et c'est le cas aussi pour la santé.

Si l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» aboutissait, elle générerait une grande machine étatique, remplaçant un secteur d'activité qui aujourd'hui voit une saine concurrence jouer son rôle au bénéfice des usagers.

Le modèle de caisse unique est mauvais parce qu'il introduit des conflits d'intérêts au niveau de la Confédération, qui serait à la fois législatrice, assureuse, avec des cantons responsables des prestations. Les pouvoirs publics feraient tout et les consommateurs seraient captifs d'un système étatique. Il ne serait plus possible de changer d'assurance. Ce modèle sans concurrence aboutirait automatiquement à une hausse des prix et à une baisse de la pression sur les coûts de la santé. Aujourd'hui, sur 100 francs que nous payons pour notre caisse-maladie, il y a 5 francs consacrés aux frais administratifs des assurances, alors que 95 francs, bien sûr, sont nécessaires pour couvrir les coûts des soins. En évoquant cette proportion, on constate rapidement, que la lutte pour la maîtrise des coûts se situe au niveau du contrôle des prestations – les hôpitaux, les médicaments et toutes les prestations. Et même si l'on réduisait de 20 pour cent les frais administratifs, cela ne représenterait qu'un franc sur 100 francs cotisés.

C'est la troisième fois en onze ans que nous sommes obligés de discuter d'un changement fondamental de la gestion de notre système de santé. C'est le résultat d'une vision dogmatique issue d'un programme politique du parti socialiste, une vision de la société où l'Etat est l'acteur unique et monopolistique qui tient tous les rôles. Nous ne partageons pas cette vision. Et ce dont je suis sûr, c'est qu'aucune économie n'est à attendre de ce modèle. Le Conseil fédéral le dit d'ailleurs dans son message: la caisse unique ne réduira pas les coûts. Je pense même le contraire: un oui à cette initiative serait irrémédiablement un oui à l'augmentation des coûts de la santé. C'est donc avec conviction que je m'opposerai à cette initiative.

**Gysi Barbara (S, SG):** Eine öffentliche Krankenkasse ist einfacher, gerechter und günstiger, der Systemwechsel längst überfällig. Das heutige System mit über 60 Krankenkassen und über 300 000 verschiedenen Versicherungsprodukten ist mittlerweile zu einem Macht- und Lobbyapparat mit problematischen Nebenerscheinungen geworden. Der Pseudowettbewerb in der Grundversicherung treibt unliebsame Blüten oder, um im Jargon des Gesundheitswesens zu bleiben, hat unverträgliche Nebenwirkungen: den Kampf um gute Ri-

siken. Versicherer versuchen alles Mögliche, um junge Gesunde anzulocken. Sie gründen beispielsweise Tochtergesellschaften, und die Transparenz ist dabei nicht immer gewährleistet. Dies ist auch bei der Reservepolitik so. Es kommt zu Prämienaufschlägen, die nicht nachvollziehbar sind und teils deutlich höher als der Gesundheitskostenanstieg ausfallen. Viele Leute sind unzufrieden mit dem heutigen System. Die Krankenkassenprämien fressen einen grossen Brocken des Monatsbudgets und sind insbesondere für Familien und Menschen mit kleinem Einkommen happig. Das erlebte ich gerade wieder, als ich in den vergangenen Wochen mehrfach auf der Strasse Unterschriften für eine kantonale Initiative zur Prämienverbilligung sammelte.

Dabei ist das Rezept für die Grundversicherung einfach – ich habe diesbezüglich eine andere Meinung als mein Vorredner –: eine öffentliche Krankenkasse. Denn schliesslich geht es immer um die gleiche Leistung. Da macht Wettbewerb schlicht keinen Sinn. Eine öffentliche Krankenkasse ist einfach und richtig für das Basisprodukt, die Grundversicherung. Den Wettbewerb können wir den privaten Krankenkassen getrost für die Zusatzversicherungen überlassen. Natürlich ist die öffentliche Krankenkasse keine revolutionäre Neuentwicklung, aber der endlich konsequente Schritt, das unübersichtliche System des Grundversicherungsgeschäftes der Krankenversicherung für die Kundinnen und Kunden einfacher und transparenter zu machen.

Vor gut drei Jahren haben die Gesundheitsdirektionen von fünf Ostschweizer Kantonen gemeinsam eine Studie über kantonale und regionale Krankenkassen erarbeiten lassen. Die Studie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften wurde im März 2011 vorgestellt. Die Studie zeigt breit auf, welche Vor- und Nachteile eine öffentliche Krankenkasse mit regionaler oder kantonaler Ausprägung hat, und macht dabei beachtenswerte Aussagen. Darum ist sie auch für unsere Debatte zu einer öffentlichen Krankenkasse interessant. Denn es geht ja zentral darum, ob in der Grundversicherung ein Anbieter oder Dutzende von Anbietern agieren sollen. Die gemachten Aussagen lassen sich darum durchaus auf eine schweizerische öffentliche Krankenkasse übertragen.

Zur Thematik der Gesundheitskosten: Die Studie traut einer regionalen Kasse eine globale Optik für die Effizienzsteigerung zu. Sie sagt auch aus, dass die Risikoselektion die Anreize für ein effizientes System verringert und dass bei einer regionalen oder kantonalen Kasse ein besseres Potenzial besteht. Eine rund einprozentige Prämienreduktion liess sich gemäss den Autoren der Studie dank schlankerer Strukturen und tieferer Verwaltungskosten erreichen. Grössere Einsparungen liessen sich klar mit besser abgestimmten Behandlungen erzielen, also bei den Gesundheitskosten. Für eine gute Behandlungssteuerung sei entscheidend, dass die Risikoselektion vermindert werde. Eine regionale Kasse habe höhere Anreize, sich um chronischkranke und kostenintensive Patientinnen und Patienten zu kümmern.

Die Einrichtung einer öffentlichen Krankenkasse ist ein richtiger Schritt in die richtige Richtung, um den Fokus stärker auf die Patientinnen und Patienten und somit die bestmögliche Behandlung zu legen. Auch eine umfassende Prävention und Gesundheitsförderung ist mit einer öffentlichen Krankenkasse besser gewährleistet. Darum sage ich aus grosser Überzeugung Ja zur Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse», und ich bitte Sie, das auch zu tun.

**Reimann Lukas (V, SG):** Alle Monopole haben eine gemeinsame Eigenschaft: Sie untergraben die Souveränität des Konsumenten als ultimativer Chef über alle Produzenten, der durch seine Kaufentscheidungen den Unternehmern den Kurs vorgibt. Das Monopol ersetzt den Kunden, der Produkte nach seinen Wünschen und Bedürfnissen auswählt, durch Bürokraten und Politiker, welche per Dekret darüber befinden, was der Kunde zu welchem Preis zu kaufen hat. Die hier vorgeschlagene Regelung verbietet allen Anbietern, ein Produkt anzubieten, und vergibt dieses Privileg an einen Einzelnen, an den Monopolisten. Der Staat hat als Einziger



die Macht, dieses gesetzliche Privileg zu vergeben, und gleichzeitig ist er selber der raffgierigste «Monopolprivilegist». Die lange Liste der Staatsmonopole soll um ein weiteres verlängert werden. Aber auch dieses wird dieselben Probleme hervorrufen, die es bei allen Monopolisten gibt, welche nicht der Konkurrenz anderer Anbieter und der Wahlfreiheit der Kunden ausgesetzt sind. Das unternehmerische Handeln zur Entdeckung der Kundenbedürfnisse kann durch keinen Statistiker, keinen Bürokraten und keinen Politiker ersetzt werden. Monopolistische Anbieter produzieren immer an den Kundenbedürfnissen vorbei. Da die Fehler nicht wie im freien Markt durch andere, bessere Konkurrenten aufgedeckt werden, bleibt dieses Fehlverhalten leider verborgen und wird nicht korrigiert. Der Bürokrat entscheidet nicht im dynamischen Konkurrenzumfeld, wo seine Entscheide sehr bald als richtig oder falsch enttarnt werden, sondern im Informationsvakuum des Alleinanbieters. Veränderungen haben keinen Einfluss auf den Erfolg der Monopolisten, da die Kunden ja gezwungen sind, bei ihnen einzukaufen.

Eine Beurteilung des Ausmasses des von Monopolisten angerichteten Schadens ist nicht möglich. Dieser Schaden der Monopolisierung zulasten des Konsumenten kümmert die linke Seite leider nicht. Wen interessiert es, wenn die Kosten weiter steigen? Wer die Kosten nicht bezahlen kann, bekommt Prämienverbilligung, bezahlen tut es eine andere Gruppe, die effektiven Nettosteuerzahler. Ludwig von Mises bringt es auf den Punkt, wenn er sagt: «Nur für einen Bürokraten kann die Idee vom Aufbau neuer Verwaltungen, das Verkünden neuer Verordnungen und die Erhöhung der Zahl der Staatsangestellten als nützlich und positiv beschrieben werden.» So beschreiben die Initianten den Ersatz produktiver privater Angestellter durch Staatsangestellte und die weitere Ausweitung der politisch-bürokratischen Kontrolle des Gesundheitswesens als grossen Fortschritt. In Tat und Wahrheit ist dies ineffizient und zerstörerisch, und mit der zynischen Marginalisierung der menschlichen Entscheidungsfähigkeit ist es auch menschenverachtend.

Die von der Zwangsversicherung verursachte Kostenexplosionstragödie kann nicht durch Dosiserhöhung bekämpft werden. Die Ausschaltung der Konkurrenz, der Differenzierung der Anbieter und der Wahlfreiheit ist kein Heilmittel, sondern sie ist Gift für das Gesundheitswesen. Waren bei der Einführung des Krankenkassenobligatoriums 95 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer bereits freiwillig krankenversichert, können sich heute viele Leute die explodierenden Prämien gar nicht mehr leisten. Nur wenn zu Logik- auch noch Faktenresistenz kommt, erkennt man in der Einheitskasse eine valable Alternative zur Lösung des Kostenproblems.

Die Probleme aufgrund der Staatseingriffe im Gesundheitswesen sind tatsächlich allgegenwärtig. Erlauben wir wieder Konkurrenz, und erlauben wir den Kassen, sich mit unterschiedlichen Versicherungsprodukten zu differenzieren, anstatt der «One size fits all»-Grundversicherung! Geben wir der Versicherung wieder ihre richtige Funktion zurück: der Schutz vor untragbaren Risiken, nicht der Konsumfreipass, nicht die Kostensozialisierung! Hören wir auf mit Berufsprotektionismus für Ärzte und Anbieterbeschränkung durch Numerus clausus und Lizenzierung, und lassen wir die Konsumenten über ihr eigenes Leben entscheiden, statt vorzugeben zu wissen, was für die Menschen gut ist! Sagen wir Nein zu dieser Initiative!

**Müller Geri (G, AG):** Lieber Lukas Reimann, ich habe eigentlich etwas ganz anderes vorbereitet, aber Sie haben mir hier wirklich eine Steilvorlage gegeben. Ich weiss nicht ganz genau, von welchem System Sie gesprochen haben. Das heutige System hat dazu geführt, dass die Kosten immer weiter steigen. Sie sind jetzt leicht reduziert worden, insbesondere weil man die Krankenversicherungen reguliert und ihnen gesagt hat, dass sie genau offenlegen müssen, was Grund- und was Zusatzversicherung ist. Im Ständerat will man jetzt noch versuchen, es so zu flicken, dass man eine Oberaufsicht über die Grundversicherung einrichtet, aber dort haben wir dann auch ein Problem: Diese Oberaufsicht

muss dann sechzig Kassen anschauen, das ist eine extrem schwierige Arbeit. Jeder weiss, dass Buchhaltung zwar etwas sehr Exaktes ist, aber doch etwas sehr Differentes, weil man die Bücher auf sehr kreative Weise führen kann. Wir wissen von jenen, die sich nicht konkurrieren dürfen, dass man die Buchhaltung am Schluss eben doch so macht, dass man am Schluss richtig dasteht. Ein Beispiel: Bei den Overheadkosten zwischen Grund- und Zusatzversicherung zu unterscheiden ist sehr schwierig.

Was versuchen wir heute zu machen? Heute gibt es – das ist die Terminologie, die vorhin angewendet wurde – einen Wettbewerb um Konsumenten. Die Menschen sind jedoch nicht Krankheitskonsumenten und -konsumentinnen, das ist nicht das Problem. Das Problem ist, dass die Risiken sehr unterschiedlich verteilt sind. Es gibt in diesem Land Menschen, die können tun und machen, was sie wollen, können Alkohol trinken und rauchen und werden nie krank; es gibt aber auch Menschen, die unglaublich gesund leben und trotzdem krank werden. Da sind die Karten einfach sehr ungerecht verteilt. Deshalb stand ganz am Anfang die folgende Überlegung: Man füllt eine Kasse für die Leute, die die falschen Karten gezogen haben und kränker werden als andere und dann selbstverständlich auch mehr Gesundheitsleistungen konsumieren. Damit das ausgeglichen werden kann, richtet man dafür eine Kasse ein.

Die Krankenversicherungsidee ist eine neue Idee, die ein Stück weit auch versucht hat, den neuen Liberalismus mit einzubeziehen. Grundsätzlich ist aber die Frage nach der Eigenverantwortung sehr schwierig: Was machen Sie, wenn Sie Diabetes bekommen, obwohl Sie kaum Zucker gegessen haben? Dann haben Sie schlechte Karten gezogen. Das heisst, die Versicherungskunden, die «Konsumenten», wie Sie sie nennen, gibt es eigentlich gar nicht; es gibt einfach die Situation, dass jemand krank wird und dafür dann eine Versicherungsleistung braucht. Wenn da alle gleichgestellt sein sollen, wenn alle Bedingungen gleich sein sollen, ja hallo, wo ist dann da der Wettbewerb? Wie soll ich einen Wettbewerb veranstalten, wenn alle das Gleiche machen müssen, sechzigmal bei verschiedenen Versicherern? Dann findet der Wettbewerb an einem anderen Ort statt, weil gemäss Ihrer Ideologie der Wettbewerb ja das einzig Regulierende ist.

Man sollte hier endlich mit den alten Mythen aufräumen. Sie haben die Bürokraten genannt. «Bürokraten» sind gemäss Definition Leute, die im Büro arbeiten. Sowohl Staatsangestellte wie auch Privatangestellte arbeiten im Büro; die Bürokratie bleibt die gleiche. Sie sagen, dass letztlich mehr Staatsstellen geschaffen würden. Ich weiss nicht genau, wieso das so sein sollte. Die Staatsverwaltungen haben Arbeitsstellen reduziert, es sei denn, dass das Arbeitsvolumen dort grösser geworden ist. Letztlich hätten Sie eine Organisation, die für alle Versicherungen da wäre, gemäss dem Copy-Paste-Modell. Das könnte die Suva sein. Bei der Suva gibt es dieses Modell ja offensichtlich nicht – zumindest kann das hier niemand nachweisen. Also wäre das eigentlich die Institution, die, gleich wie die Unfälle, die Krankheiten versichert.

Wenn Sie von Kostenwachstum sprechen, sprechen Sie plötzlich von den Ärzten. Das hat mit der Krankenversicherung sehr wenig zu tun; Sie könnten auch vom Pflegepersonal sprechen. Ich kann Ihnen nur sagen: Wenn man die Zukunft anschaut, sieht man, dass die Krankenversicherung mit der Einheitskasse wahrscheinlich eher billiger werden wird, weil wir weniger Ärzte und Pflegepersonal haben werden. Wenn es im Markt ist, werden diese Leute teurer werden, weil es immer schwieriger ist, Ärzte und Pflegepersonal zu bekommen. Da wird der Wettbewerb wieder spielen.

Wir müssen zum Ziel der Krankenversicherung zurückkommen: Das Ziel der Krankenversicherung war es immer, dass Menschen, die schlechtere Karten in der Hand haben, was ihre Gesundheit anbelangt, trotzdem die Möglichkeit haben, ein vernünftiges Leben zu führen. Ich kann Ihnen sagen, ich kenne aus meiner pflegerischen Arbeit Leute, die wirtschaftlich massiv eingeschränkt sind, weil für sie alles – Lebensmittel usw. – einfach teurer ist. Das sind Leute, die Eigenver-

antwortung wahrgenommen haben, aber einfach verdammt noch mal das falsche Gen erhalten haben und deshalb zum Beispiel Diabetes bekommen haben. Was wollen Sie da machen? Soll man die Leute bestrafen? Das ist eigentlich die Frage.

Die menschliche Entscheidungsfähigkeit wurde vorhin erwähnt. Ja, diese gewichte ich ganz hoch. Sie wissen, dass ich ein erzlberaler Mensch bin. Aber Sie haben keine Entscheidungsfreiheit bezüglich Ihrer Gene, Sie kriegen die Gene einfach zugeteilt.

Ich bitte Sie ausserdem, einmal die Versicherungsverträge zu analysieren und zu schauen, welche Versicherung die bessere, die kostengünstigere ist. Das werden weder Sie noch ich herausfinden. Diese Verträge sind in einem Deutsch geschrieben, das kein Mensch versteht; es stammt aber nicht von Beamten, sondern von Privatangestellten.

Deshalb bitte ich Sie, die Initiative zu unterstützen.

**Fridez Pierre-Alain (S, JU):** Je déclare mes intérêts: je suis médecin généraliste.

Notre pays a mal à son système de santé, pas au niveau de la qualité des prestations fournies, qui est remarquable, mais au niveau des coûts, d'un financement peu social et des dysfonctionnements de son système d'assurance. Et c'est avant tout sur ce dernier point que l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» prétend agir.

Selon les opposants à cette initiative, son principal défaut résiderait dans la disparition, inacceptable à leurs yeux, du principe de concurrence dans la LAMal. Mais en fait, qu'est-ce que la concurrence? Je ne vous ferai pas l'affront de croire que j'ai quelque chose à vous apprendre en la matière, mais quand même, un petit rappel me paraît opportun. Prenons l'exemple de l'achat d'une voiture. Une Renault, une Peugeot, une Opel? Comment se décider? Le choix peut porter sur la forme, la couleur, les caractéristiques techniques et, en définitive, le prix de chaque modèle, avec, pour le vendeur, la possibilité de discuter le prix, d'offrir des promotions et des reprises plus ou moins avantageuses. Cela, c'est une véritable concurrence.

Rien de tel en ce qui concerne la caisse-maladie selon les règles figurant dans la LAMal. Le tarif et la liste des prestations sont fixés sans dérogation possible. Ce n'est pas un marché libre. On pourrait parler de pseudo-concurrence encadrée. Les prestations offertes par toutes les caisses, en termes d'accès aux prestations de soins, sont parfaitement les mêmes, quelle que soit la caisse à laquelle on est assuré, mais cela à des coûts de primes différents, variant parfois de plus de 30 pour cent dans le même canton, et cela pour des conditions d'assurance équivalentes.

Les coûts sont générés par le couple médecin-patient. Pour répondre aux plaintes et symptômes de son patient, le médecin met en oeuvre, dans un souci d'économicité, selon son libre arbitre et d'entente avec le malade, différentes mesures diagnostiques et thérapeutiques. En définitive, les caisses-maladie n'ont aucune prise sur les coûts qu'elles doivent assumer et le résultat comptable d'une caisse dépend de l'état de santé moyen du collectif de ses clients.

Il correspond à l'ensemble des coûts générés par les patients affiliés à cette caisse. Des patients jeunes et en bonne santé coûteront toujours moins chers que des patients âgés et malades. Les jeunes en bonne santé sont justement appelés des bons risques. Le seul domaine où une caisse-maladie peut imposer sa griffe et se comparer à ses rivales est celui des frais administratifs et de gestion. C'est tout. Il s'agit là d'une concurrence formelle.

Les réserves qui ne suivent pas le patient en cas de changement de caisse-maladie représentent une autre aberration du système actuel. Sans aucune responsabilité de leur part, en cas de passage important de patients d'une caisse à l'autre, certaines caisses peuvent voir leur situation financière se péjorer par manque de réserves légales, alors que d'autres caisses rigolent. Un exercice fortuit, totalement artificiel.

Les caisses-maladie ne sont pas censées faire des bénéfices avec l'assurance de base. Alors pourquoi s'accrocher pareillement à cette activité? Elles s'y accrochent simplement parce qu'en s'occupant de la LAMal, les caisses disposent d'un moyen idéal pour démarcher des clients pour leurs très lucratives assurances complémentaires. C'est par ailleurs toute la motivation de la chasse aux bons risques.

Le temps me manque pour poursuivre mon réquisitoire. Face aux dysfonctionnements et aux imperfections du système actuel, la caisse publique est une opportunité pour avoir enfin de la transparence dans les coûts et les flux financiers, pour des primes par canton et par région en adéquation avec les coûts réels. Fini les primes fixées sur la base de coûts présumés de longs mois à l'avance avec plus d'inconnues que de certitudes, fini les combines des transferts de réserves d'un canton à l'autre, fini la chasse aux bons risques, fini les dépenses administratives inutiles pour des frais de courtage, les changements de caisses, la publicité, les hauts salaires des multiples directeurs et j'en passe. On parle de plusieurs centaines de millions d'économies potentielles.

A l'heure actuelle, les investissements consentis en faveur de la prévention et de la promotion de la santé sont très modestes, eu égard aux enjeux. Les caisses-maladie n'ont pas intérêt à investir dans ce secteur: pourquoi investir pour des patients qui risquent de choisir une caisse rivale l'année suivante?

Le contraire aurait lieu avec une caisse publique. La LAMal pourrait évoluer et les mesures de prévention pourraient devenir une priorité. On sait par exemple que 10 pour cent des patients, ceux qui sont les plus malades, génèrent environ deux tiers des coûts à charge de l'assurance-maladie. Investir dans un meilleur travail en réseau, en faveur de cette catégorie particulière de patients, peut être source d'économies et entraîner une amélioration de la qualité des soins. Avec une caisse publique, plaire aux bons risques ne sera pas la priorité. Il est temps d'aller de l'avant.

Je vous encourage à soutenir cette initiative.

**Herzog Verena (V, TG):** Was die Initianten 2007 mit X bezeichnet hatten und von über 70 Prozent der Stimmbürgerinnen und Stimmbürger abgelehnt wurde, wird heute, ein paar Jahre später, einfach etwas abgerundet, mit U bezeichnet und dem Souverän erneut zur Abstimmung vorgelegt. 2007 war es die Initiative «für eine soziale Einheitskasse», heute ist es die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse». In Tat und Wahrheit wird auf ganz billige Art und Weise versucht, dem mündigen Bürger etwas Altes unter anderem Namen, aber mit langfristig gleichem Ziel wie 2007 als etwas Neues unterzujubeln.

Ziel der Initiative sei es unter anderem, das Kosten- und Prämienwachstum zu bremsen. Ja, dieses Ziel habe auch ich. Die ausufernden Kosten im Gesundheitswesen sind zu stoppen. Doch durch diese Initiative wird genau das Gegenteil erreicht! Wie Berechnungen des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften zeigen, würde allein die Umstellung auf eine Einheitskasse die Schweizer Bevölkerung im Minimum 2 Milliarden Franken kosten. Eine vierköpfige Familie müsste nur für die Umstellung ohne Gegenwert rund 1000 Franken bezahlen. Noch markanter würden die jährlich anfallenden, steigenden Gesundheitskosten zu Buche schlagen. Der Wegfall des kostendämpfenden Wettbewerbs hätte eine massive Verteuerung des Gesundheitswesens zur Folge. Sollen die Gesundheitskosten tatsächlich und nachhaltig gesenkt werden, funktioniert das nur durch eine deutliche Abspeckung der Grundversicherung und durch gesunden Wettbewerb und Marktwirtschaft.

Langfristiges Ziel der Initianten ist aber in Tat und Wahrheit gar nicht die Senkung der Gesundheitskosten, sondern langsam, Schritt um Schritt, die Verstaatlichung der Medizin. Wohin das führt, sieht man im angrenzenden Ausland, z. B. in Frankreich. Dort haben sich seit dem Jahr 2000 Schulden von über 120 Milliarden Franken angehäuft. Demgegenüber ist unser Gesundheitswesen weitgehend schuldenfrei.

Aber nicht nur Schulden sind durch Einheitskassen vorprogrammiert – letztlich geht es hier um die Menschen –, gleichzeitig müssen durch den unweigerlichen Spardruck über kurz oder lang auch medizinische Leistungen gestrichen werden. So wird im schuldengeplagten England mit seinem staatlich gelenkten Gesundheitssystem eine Operation des grauen Stars nur noch dann bezahlt, wenn dem Patienten sonst Arbeitsunfähigkeit droht – stellen Sie sich das mal vor! Im französischen Einheitskassensystem müssen Patientinnen und Patienten oft monatelang auf eine Operation warten. Demgegenüber ist unser Schweizer Gesundheitssystem Weltspitze. Im Krankheitsfall können in der Schweiz alle auf eine rasche und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zählen, die durch die Grundversicherung vergütet wird.

Ja, es ist halt so im Leben: Wenn man sich ein X für ein U vormacht, das heisst sich selbst betrügt, ist das dumm, kontraproduktiv und ganz sicher nicht zielführend. Wenn aber den Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern versprochen wird, mit dieser Initiative könne das Kosten- und Prämienwachstum gebremst werden und trotzdem könne die Behandlungsqualität verbessert und die freie Arztwahl gestärkt werden – so steht es in Ihrem Argumentarium –, dann ist das nicht nur unredlich, sondern das ist bewusst mindestens dreimal den Souverän tiefrot angelogen.

Ich bitte Sie: Lehnen Sie diese Initiative wuchtig ab, unterlassen Sie es, die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger mit dieser Initiative hinters Licht zu führen, akzeptieren Sie endlich vom Volk demokratisch gefällte Entscheide!

**Meier-Schatz** Lucrezia (CE, SG): Ich lege meine Interessen offen: Ich bin Verwaltungsrätin der CSS Versicherung AG. Der Gesundheitsmarkt ist in den letzten Jahren enorm gewachsen, er ist auf 62 Milliarden Franken gewachsen; das sind 14 Prozent unseres Bruttoinlandprodukts. Wir sprechen heute von der obligatorischen Versicherung, das heisst von einem Drittel dieser Kosten; das sind etwa 22 Milliarden Franken. Dieser Markt ist aus zwei Gründen gewachsen: zum einen aus demografischen Gründen, wir haben es gehört; zum andern, weil die Medizin enorme Fortschritte gemacht hat und wir alle, wenn wir erkranken, nur die beste Medizin für uns selber wünschen.

Kein Versicherer hat ein Interesse an höheren Prämien, als sie erforderlich sind. Wer will schon die eigene Kundschaft verärgern? Jeder Versicherer hat daher ein direktes Interesse daran, die Prämien möglichst tief zu halten, um im Markt attraktiv zu bleiben. Um tiefe Prämien zu sichern, muss mit den Leistungserbringern verhandelt werden, denn nur tiefe Tarife führen zu tiefen Prämien. Würden wir aber nun die Verhandlungsmacht einer Einheitskasse übertragen, dann – dessen können wir sicher sein – würden die Prämien nicht sinken, sondern steigen. Wir müssen nur einen Blick auf die bereits mehrmals zitierte Suva werfen. Sie hat zwar kein Monopol, wie das bei der Einheitskasse der Fall wäre, aber die ausgehandelten Tarife für Spitäler und Ärzte sind um einiges höher – um ganze 10 Prozent höher – als jene, die die Versicherer im Verbund verhandelt haben.

Die Versicherer haben ein vitales Interesse an tiefen Prämien und Tarifen; deshalb überprüfen sie auch die Verhandlungsergebnisse sehr genau. Die Folgen dieser harten Auseinandersetzung mit den verschiedensten Leistungserbringern sind für die Prämienzahler spürbar, denn die Tarifverhandlungen führen jährlich zu Einsparungen von etwa 1 Milliarde Franken.

Im propagierten Modell der Einheitskasse sitzen aber alle Leistungserbringer in den Führungsgremien. Es ist kaum anzunehmen, dass diese Akteure – auch nicht jene, die heute mehrere Hüte tragen, wie die Kantone – je ein Interesse an tieferen Preisen haben. Denn jeder dieser Leistungserbringer – handle es sich um das Spital, um den Arzt, um den Physiotherapeuten usw. – verfolgt seine eigenen Ziele.

Es ist ein fundamentaler Irrtum, zu glauben, dass mit einer Einheitskasse die Kostensteigerung gebremst und der Prämienzahler eine spürbare Entlastung erfahren würde. Die

Einheitskasse löst die Probleme der steigenden Kosten nicht. Wir aber müssen gemeinsam die wahren Ursachen der hohen Prämien anpacken. Das sind die Spitalstrukturen, die Fehlanreize, die mangelnde Zusammenarbeit und Koordination über die Kantonsgrenzen hinweg oder die mangelnde Effizienz der elektronischen Patientendossiers, um nur einige Ursachen zu nennen.

Wer eine Einheitskasse befürwortet, muss wissen, dass er oder sie Privatunternehmen – denn Krankenversicherer sind nun mal Privatunternehmen – massiv schwächt, weil diese danach nur noch das Zusatzgeschäft tätigen könnten, was zu einem Abbau von Tausenden von Arbeitsstellen führen würde. Wer für nur eine Prämienregion pro Kanton ist, wie dies die Initianten fordern, muss aufzeigen, dass die Einführung von kantonal einheitlichen Beitragssätzen für viele Versicherte im betroffenen Kanton nicht zu tieferen, sondern zu höheren Prämien führen wird. Wer schliesslich, wie dies immer gemacht wird, einen Vergleich mit der Suva macht, muss wissen, dass die Suva sowohl den Arzt als auch die Behandlung und den Ort der Behandlung bestimmen kann. Wer sich an der Suva orientiert, um ein Ja zur Initiative zu begründen, muss auch aufzeigen, dass die Wahlfreiheit nicht mehr gegeben ist.

Die Einheitskasse löst keine Probleme, sie schafft aber sehr wohl neue. Ziel der Versicherer, egal ob im Gesundheitsbereich oder in einem anderen Bereich, ist es, die Kosten und somit die Prämien tief zu halten, weil ihnen sonst die Versicherten davonlaufen. Aber wenn Sie eine Einheitskasse haben, werden Sie nicht mehr davonlaufen können, wenn Sie mit den Dienstleistungen dieser einzigen Kasse nicht zufrieden sind.

Wer also die Wahlfreiheit schätzt, lässt sich nicht in ein Korsett zwängen und empfiehlt die Volksinitiative zur Ablehnung.

**Munz** Martina (S, SH): Haben Sie heute schon eine Frucht gegessen? Sind Sie heute mit dem Tram und Bus angereist, oder haben Sie die Gelegenheit beim Schopf gepackt und Ihre Gesundheit mit einem kurzen Fussmarsch gefördert? Wer kümmert sich eigentlich in der Schweiz um die Gesundheit der Bevölkerung? Sicher nicht die Krankenkassen – und genau hier liegt der Systemfehler. Es gibt erst wenige Untersuchungen zur Kostenwirksamkeit von gesundheitsfördernden Massnahmen; wir wissen aber, dass hier ein enorm grosses Potenzial besteht, das noch nicht bewirtschaftet wird. Hier liegt die Stärke der öffentlichen Krankenkasse, hier liegt auch das grosse Sparpotenzial.

Aus dem Jahr 2011 gibt es für die Schweiz eine Studie über den Return on Investment im Tabakbereich. Für jeden eingesetzten Präventionsfranken wird darin ein Nutzen von 41 Franken berechnet, ein Faktor 40 also. Ist es nicht fast sträflich, dieses Potenzial nicht zu nutzen? Die indirekten Kosten wie Arbeitsunfähigkeit sind dabei noch nicht einmal eingerechnet. Den Krankenversicherern fehlt im heutigen System der Anreiz für Investitionen in die Gesundheitsförderung. Von einem breitangelegten Förder- bzw. Präventionsprogramm einer Krankenkasse würden auch die 60 konkurrierenden Kassen mitprofitieren. Keine Krankenkasse will aber als Märtyrerin auftreten und teures Geld in die Prävention stecken.

Hier lohnt sich der Vergleich mit der Suva, die 3 Prozent ihres gesamten Prämienvolumens für Unfallverhütung einsetzt, und das mit gutem Erfolg. Ob auf Baustellen oder auf Skipisten, die Suva ist mit ihren Kampagnen präsent. Als einzige grössere Unfallversicherung profitiert sie direkt davon, wenn ihre Versicherten unfallfrei bleiben. Im Gegensatz dazu werden von der monatlichen Krankenkassenprämie gerade mal 20 Rappen für die Gesundheitsförderung eingesetzt. Damit kann keine echte Gesundheitsförderung betrieben werden. Ein anschauliches Beispiel sind die sehr erfolgreichen Lager für adipöse Kinder: Die Finanzierung solcher Lager ist immer wieder infrage gestellt. Es müsste aber ein Kernanliegen der Krankenkassen sein, motivierten adipösen Kindern den Weg zu einem gesunden Leben zu ebneten.



Entgegen der Marktlehre ist bei den Krankenkassen Konkurrenz schädlich. Ein Monopol wäre kostengünstiger und der Volksgesundheit förderlich. Wir befinden uns in einem hochregulierten Markt – da gelten andere Spielregeln. Wir brauchen ein System, in dem sich die Förderung der Gesundheit lohnt. Damit können wir Kosten sparen, und zwar massiv. Unser Gesundheitssystem mit seinen 61 Krankenkassen ist krank. Fördern Sie jetzt die Gesundheit unseres Gesundheitssystems mit einem Ja zur öffentlichen Krankenkasse!

**Mörgeli Christoph (V, ZH):** Das Krankenversicherungsgesetz bedeutete die Errichtung einer obligatorischen, einheitlichen, flächendeckenden Krankenversicherung für alle Einwohner der Schweiz. Als einzige Partei hat die SVP dieses Projekt bekämpft, mit dem Hinweis, die Prämien würden massiv steigen. Wir wurden von den damaligen Befürwortern um die damalige Bundesrätin Ruth Dreifuss als Lügner hingestellt. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes sind die Prämien um bald 100 Prozent gestiegen, und sie steigen immer weiter. Die Umsetzung einer staatlichen Zwangsversicherung führte zu gewaltigen Problemen zwischen Prämienzahlern, Leistungserbringern und Kostenträgern. Bald die Hälfte der Bevölkerung ist auf Prämienverbilligungen angewiesen.

Die Linke hat, wie immer mit Unterstützung konzeptloser Bürgerlicher, eine unsinnige Vermengung von Sozial- und Gesundheitspolitik durchgesetzt. Diese Vermengung erzeugt schwerste Verzerrungen, und sie führt die ursprüngliche Idee der Krankenversicherung, Schutz vor materieller Not im Krankheitsfalle, ins Absurde: Nicht mehr die Krankheiten, sondern das Bezahlen der Prämien führt gegenwärtig in wirtschaftliche Not.

Heute geht es nicht mehr um einen individuellen Vertrag zwischen dem Patienten und seiner Versicherung, sondern um einen Leistungskatalog, den die politischen Entscheidungsträger festsetzen. Anstelle von Arzt und Patient bestimmt der Staat, bestimmen wir in diesem Parlament darüber, welche Behandlung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Und wir Politiker wissen angesichts dieser Überforderung nichts Besseres, als den Leistungskatalog ständig durch immer neue gefällige Angebote auszuweiten.

Auch die Patienten, die Ärzte, die Pharmaindustrie und die Firmen der Medizintechnik wollen ihre Wünsche und/oder Dienstleistungen im Katalog unterbringen. Leistungen, die früher nur Selbstzahler in Anspruch nehmen durften, werden heute unter dem Vorwand der sozialen Gerechtigkeit in den offiziellen Leistungskatalog gezwängt. Haben früher Privatpatienten mit ihren Honoraren zum sozialen Ausgleich beigetragen, erfolgt dieser jetzt zwangsmässig über die Prämienverbilligung aus Steuergeldern. Die letzte Instanz, die im besten Fall noch etwas Interesse am Sparen hat, sind heute die Versicherungen im freien Markt.

Nun wollen die Linken die Grundversicherung mit einer Volksinitiative verstaatlichen, und zwar mit dem wohlklingenden Vorwand, damit den Prämienanstieg bekämpfen zu wollen, also genau das, was die Dreifuss'sche Politik der Linken erst richtig verursacht hat. Eine populistische Gesundheitspolitik mit wettbewerbsloser Grundversorgung ist in manchen Ländern durchaus schon praktiziert worden, wo gewissenlose Verführer den Massen eine billige Rundumversorgung versprochen haben. Die Folgen dieses Sozialismus sind Vernachlässigung, Verelendung, Verwahrlosung.

Das Krankenversicherungsgesetz müsste in marktwirtschaftlicher Richtung reformiert werden, nicht in die umgekehrte Richtung. Förderung der Eigenverantwortung, massgeschneiderte Versicherungsmodule mit echter Risikobeteiligung der Versicherten, Zusatzversicherungen für Wünschbares und Komfort, saubere Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden sind gefragt. Die verschlungenen Subventionswege müssen entflochten werden, damit geldbedürftige Patienten gestützt statt unnötige Spitalkosten zementiert werden. Wir investieren allzu oft nicht in Menschen, sondern in Beton. Schliesslich ist der Leistungskatalog von allem Unnötigen zu entschlacken.

Statt erneut verantwortungslose, nie im Leben einhaltbare Versprechen zu machen, sollte die Linke einen der Gründe für den Prämienanstieg bekämpfen, nämlich die Massenzuwanderung. Jedem Neuzugezogenen wird ab dem ersten Tag die volle Leistung unseres Gesundheitssystems angeboten, ohne Berücksichtigung des Umstands, dass dieses Sozialwerk – wie es für sein Funktionieren nötig ist – von Generationen durch ihre Beiträge aufgebaut wurde. Ich bitte Sie, wenigstens dieses Mal auf die SVP zu hören und eine Einheitskasse abzulehnen.

**Ingold Maja (CE, ZH):** Als einzige Mittepartei war und ist die EVP Mitglied des Initiativkomitees. Ich selbst habe an der Medienkonferenz gesagt: «Die Krankenkassen konzentrieren sich auf die Jagd nach guten Risiken und sind ansonsten eine wenig transparente Blackbox. Es braucht eine Volksinitiative.» Es sei denn – und das war für uns immer eine Alternative –, der Druck der Volksinitiative bewirke im bisherigen System entscheidende Verbesserungen, sodass ein kompletter Wechsel nicht nötig ist. Seither sind dreieinhalb Jahre vergangen, und in dieser Zeit hat sich Wichtiges bewegt.

Der Hauptvorwurf der Risikoselektion ist durch das Gesetz über den Risikoausgleich in unserer Beurteilung entkräftet. Unter dem offensichtlichen Druck von der Initiative her wird das Aufsichtsgesetz bessere Kontrollen gewährleisten über die Rechtmässigkeit von Prämien und Reserven und die Gewährleistung der Gleichbehandlung der Versicherten. Und die Verwaltungskosten haben sich fast halbiert, auf nur mehr 5 Prozent. Damit sind nicht alle Vorbehalte gegenüber der heutigen Kassenlandschaft erledigt. Aber die Debatten, Gutachten und Beurteilungen zum Modell Einheitskasse haben in der Zwischenzeit auch grosse Risiken zutage gebracht. Welches ist jetzt die Blackbox? Die intransparenten Versicherer in ihrer privaten Landschaft oder die Neuerfindung eines öffentlichen Krankenversicherungssystems als Monopol?

Bei einem solchen Systemwechsel hin zu einer faktischen Verstaatlichung, zu kantonalen oder regionalen Verwaltungszentren gibt es doch erhebliche Risiken. Erstens sind die Systemwechselkosten laut Gutachten gigantisch, infolge komplexer Parallelstrukturen in einer langen Übergangszeit. Zweitens sind bekanntlich Aufbau- und Unterhaltskosten im öffentlichen Administrativbereich mitsamt den Löhnen stets höher als in der Privatwirtschaft. Man denke nur schon an die IT. Drittens ist die Trennung von obligatorischer und Zusatzversicherung für die Versicherten eine neue administrative Krücke: eben nicht mehr aus einer Hand, sondern kompliziert, mit zwei verschiedenen Kassen. Viertens bestehen erhebliche Zweifel an den Servicequalitäten und an der Kundentreue einer Kassenmonopolistin.

Schliesslich ein paar kritische Fragen: Was hat die Einheitskasse für einen Anreiz, Prämien zu senken, wo ihr doch nie Kunden davonlaufen? Wohin gehe ich mit meinem Ärger über schlechte Erfahrungen mit der Kasse? Wohin mit dem Frust, dass sie zum Beispiel Kostengutsprachen verweigert usw.? Ich kann mit der Einheitskasse den Versicherer nicht mehr wechseln und bin definitiv meiner Wahlfreiheit beraubt. Es bleiben auch Zweifel, ob mir die Einheitskasse, die gemäss Initianten integrative Versorgungsmodelle möglichst flächendeckend aufbauen soll, nicht doch die freie Arztwahl nimmt.

Ein gutes Care, Case und Disease Management wird zwar das beste Rezept für eine wirtschaftlich bewältigbare Versorgung von immer mehr chronischkranken und alten Patienten sein. Das ist für jeden Versicherer die Herausforderung. Wir haben aber keine Garantie und nicht einmal gesicherte Anhaltspunkte, dass eine Einheitskasse das besser macht. Nein, es ist ein Blindflug! Ein radikaler Systemwechsel bedeutet nicht automatisch, dass etwas Besseres folgt.

Zusammengefasst: Die Einheitskasse würde zwar dem verärgerten Verhalten sowie den lästigen Werbeaktivitäten der Versicherer ein Ende bereiten; das rechtfertigt aber den gewaltigen Aufwand des Systemwechsels nicht. Die Volksinitiative hat genug Druck gemacht, sodass die wichtigsten



Korrekturen in Gang gesetzt werden konnten. Das Ziel wird damit besser erreicht als mit dem Riesenumbau zu einer Einheitskasse. Das entspricht der Beurteilung der EVP zum jetzigen Zeitpunkt. Ich bin deshalb daran, meine Mitgliedschaft im Initiativkomitee aufzugeben.

**Favre Laurent (RL, NE):** Pour la troisième fois au XXI<sup>e</sup> siècle, nous devons débattre d'un projet idéologique qui n'apporte pas de vraie solution. Notre système de santé fonctionne bien. Il est même souvent cité en exemple à travers le monde. Certes, il est encore perfectible, mais nous sommes en cours de traitement: pour exemple, le remboursement des primes payées en trop que l'on vient de traiter et la compensation des risques qui sera enfin améliorée lors de cette session et qui permettra de mettre fin à la chasse aux bons risques.

Les Suisses sont globalement satisfaits du système de santé. Le coût des primes représente toutefois un défi. A cet égard, dans son message quant à la caisse unique, le Conseil fédéral a averti que l'abandon de la concurrence limitant actuellement la hausse des coûts aboutirait à une hausse des primes. La caisse unique ne permet donc pas de baisser les primes, bien au contraire.

Chaque citoyen est libre de déterminer ce qui lui convient le mieux en matière de santé. Il choisit son médecin, son hôpital, son assureur-maladie, son modèle d'assurance et le montant de sa franchise. La caisse unique mettrait fin à ces libertés. Chaque assuré accède rapidement à des soins médicaux de qualité, indépendamment de ses revenus, de son âge et de son état de santé. La qualité et la solidarité sont des éléments importants du système actuel.

Notre système de santé est exempt de dettes. En comparaison, la France a accumulé des dettes s'élevant à près de 120 milliards de francs depuis l'an 2000, avec un système de caisse unique, un système étatique. Et ce n'est qu'un exemple!

La caisse unique conduit donc à un endettement ou à une augmentation des primes ou même des impôts.

Et par pitié, épargnons-nous la discussion sur les frais d'administration. La vérité est que sur 100 francs de prime, 95 francs sont déboursés pour des prestations médicales, 5 francs seulement pour des frais d'administration, y compris les frais publicitaires. Aucun système étatique comparable ne fonctionne avec des coûts administratifs aussi bas.

En matière de gestion des coûts, les cantons doivent cesser de remettre en question l'administration des caisses-maladie et prendre véritablement leurs responsabilités, puisque les structures hospitalières publiques, relevant de leur compétence, sont responsables pour moitié des coûts de la santé publique en Suisse. A ce niveau, les coûts continuent malheureusement à augmenter de manière exagérée.

Notre système de santé est l'un des meilleurs au monde, l'augmentation de l'espérance de vie le démontre mais présente aussi un défi économique.

Je vous invite à ne pas appliquer un remède de cheval à une LAMal qui vient d'atteindre sa majorité et dont les maladies de jeunesse sont soignées.

Merci dès lors de recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative, pour le bien de notre population.

**Marra Ada (S, VD):** Parmi les assurés, 3000 personnes vivent dans un ménage ayant des arriérés d'assurance-maladie et 2,5 millions de personnes sont au bénéfice de subsides de l'assurance-maladie. Cela signifie que pour toutes ces personnes les primes d'assurance-maladie sont trop lourdes, qu'avec leur revenu elles n'arrivent pas à faire face seules à ces frais fixes qui sont les mêmes, qu'elles gagnent 1000 ou 10 000 francs. Pour beaucoup de familles, le budget consacré aux primes d'assurance-maladie dépasse celui du logement et cette spirale de l'augmentation des primes continue année après année.

Le dogme chéri dans ce Parlement qui dit que la concurrence fait baisser les coûts est un échec total. Parmi tous les défauts que comporte ce système évoqué en long et en large par mes collègues, j'aimerais m'attarder sur celui qui

va fondamentalement changer avec la caisse publique, celui des réserves. Aujourd'hui, lorsqu'un assuré change de caisse, ses réserves ne le suivent pas. La nouvelle caisse est obligée d'augmenter son taux de réserve globale et, du coup, augmente ses primes afin de se mettre aux normes. Le dindon de la farce, c'est toujours l'assuré! Il a quitté une caisse trop chère pour lui et, l'année suivante, sa nouvelle caisse va à nouveau augmenter sa prime. Cette augmentation ne se justifie en aucun cas par l'accroissement des coûts de la santé. C'est juste une perversité du système contre laquelle plusieurs de mes camarades dans ce Parlement ont essayé de lutter, mais sans résultat. La caisse publique peut enfin mettre fin à cette perversité.

J'aimerais dire aux assurés qu'être le dindon de la farce n'est plus une fatalité. Avec cette initiative pour une caisse publique les choses peuvent changer très concrètement. Dans le système actuel, les primes sont différenciées en fonction des régions, des risques et des coûts estimés par région. Mais, avec l'affaire des réserves beaucoup trop importantes dans plusieurs cantons qui ont servi à maintenir bas la prime d'assurés d'autres cantons, on a vu que ce système est totalement opaque et pas transparent. Les caisses ont pu contourner allègrement les critères des régions et des coûts, et cela, pendant plus d'une dizaine d'années.

Et le peu d'empressement que met la majorité du Parlement à faire avancer le dossier de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, qui peut mettre fin à cette perversion du système, montre que le changement ne viendra pas du Parlement, mais du peuple.

Ce magnifique système de solidarité entre les bien portants et les malades mérite mieux que d'être l'otage d'intérêts privés d'assurances. La gestion du processus des soins et du financement des prestations de base doit être un service public. C'est un service qui doit être, si ce n'est entièrement géré par l'Etat, du moins entièrement contrôlé par l'Etat. On l'a vu dans le système actuel où les assurances sont reines, les assurés et les autorités publiques sont dépassés. Avec le système de la caisse publique, fini la concurrence qui augmente les primes, fini l'opacité et les petits jeux des assurances qui coûtent à l'assuré.

Oui à la caisse publique, oui à la transparence, oui à la fin des augmentations des primes, injustifiées et superficielles!

**Bugnon André (V, VD):** On change le titre d'une initiative, mais on reprend le même objectif recherché dans une autre initiative dite pour une caisse unique, pourtant rejetée en votation populaire. Avec de telles méthodes, on pourrait penser que les résultats d'une consultation populaire devraient une fois être acceptés, parfois refusés, ceci dépendant du milieu de provenance du texte de l'initiative.

Pourtant le Conseil fédéral, qui est le mieux à même de faire une analyse des avantages et des inconvénients du système actuel, confirme que celui-ci est plus avantageux pour les assurés que ne saurait l'être une caisse publique, telle que demandée par les auteurs de l'initiative. En effet, le Conseil fédéral reconnaît que la concurrence encadrée par des règles précises permet de développer des idées et des modèles qui tiennent compte des besoins des assurés. Cela constitue aussi une impulsion importante pour une amélioration de la qualité, notamment en ce qui concerne le contrôle des factures des fournisseurs de prestations. La concurrence ainsi comprise contribue également à lutter contre la hausse des coûts, car les assureurs ont intérêt à maintenir les primes à un niveau bas.

En parlant des contrôles de factures, savez-vous que des prises en charge d'un montant de 2 milliards de francs sont refusées chaque année? Le montant de la facture est contesté et adapté à la baisse, ceci sans conséquence bien sûr pour le porte-monnaie de l'assuré. Je ne pense pas qu'une caisse publique puisse obtenir ce même résultat, faute d'impulsion, puisqu'il ne sera plus nécessaire de faire pression sur les primes pour rester concurrentiel face aux autres caisses, celles-ci n'existant plus.

Quand on parle de règles précises dans le cadre desquelles les caisses-maladie peuvent évoluer, il va de soi que l'on

peut et que l'on doit encore les améliorer. Il faut intervenir sur les règles actuellement édictées de façon à améliorer encore les possibilités d'économie. Je pense par exemple à l'argent dépensé par les caisses pour faire de la publicité à grande échelle ou pour les démarchages téléphoniques. Mais ces pistes ne suffisent pas pour dire que le système actuel n'est pas performant et qu'il faut le remplacer par un système centralisateur dans lequel les gestionnaires publics de la caisse n'auraient plus de vision d'efficacité, puisqu'il n'y aura plus d'autres structures avec lesquelles faire des comparaisons.

A propos de comparaison avec une caisse publique, il suffit de voir ce qui se passe chez nos voisins français où la caisse de sécurité sociale accuse plus de 2 milliards d'euros de dettes, qu'un déficit structurel continue annuellement à faire grimper ce déficit et qu'aucune solution d'assainissement ne peut plus être trouvée. Comment cela finira-t-il?

En adoptant le même principe d'une caisse publique, nous nous engagerons fortement sur cette voie déficitaire qui aboutira soit à une augmentation des primes encore plus forte que celle que nous avons vécu ces dernières années, soit à une augmentation du financement public amenant à coup sûr une augmentation des impôts directs ou indirects, par exemple la TVA, pour financer ces augmentations de participation. De plus, savez-vous que rien que le coût du changement de système, qui risque de prendre des années, est estimé à 2 milliards de francs, ceci sans compter la mise en place de l'adaptation des systèmes d'informatisation pour gérer l'ensemble des assurés vivant en Suisse? Quand on connaît les coûts des essais périlleux de mise en place de nouveaux systèmes informatiques ces dernières années dans l'administration de la Confédération, rien que cette pensée peut faire peur.

En conclusion, le système actuel, même s'il doit continuer d'être surveillé et amélioré, est encore globalement le meilleur système que l'on puisse offrir à notre population.

Je vous recommande donc d'accepter le point de vue de la majorité de la commission et du Conseil fédéral en recommandant au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative.

**Schmid-Federer Barbara (CE, ZH):** Wir stellen uns heute die Frage, ob unsere Grundversicherung von einer einheitlichen nationalen Einrichtung, also von einer Einheitskrankenkasse, durchgeführt werden soll oder nicht. Es gibt Gründe, die dafür sprechen. Für mich persönlich wären dies in erster Linie die Werbeanrufe der Versicherungen, die ich uns allen gerne ersparen würde. Diese wären wir bei einem Ja vermutlich definitiv los.

Unter dem Strich stellt sich aber die Frage, ob wir unser Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu stabilisieren oder zu senken, mit einem Systemwechsel hin zur Einheitskrankenkasse erreichen können. Diese Frage beantworte ich klar mit Nein. Die hohen Kosten im Gesundheitswesen werden durch die Demografie, durch Verbesserungen in der Medizin und durch unser aller Verhalten bestimmt. Wir werden immer älter und konsumieren so je länger, je mehr teure und immer bessere medizinische Leistungen. Wir nehmen uns die Freiheit, bei allfälligen Bagatellerkrankungen einen teuren Arzt, ja sogar ein sehr teures Spital in Anspruch zu nehmen. Diese Freiheit, die wir uns nehmen, kostet. Und dafür bietet die vorliegende Initiative keine Lösungen.

Wenn wir einem totalen Systemwechsel zustimmen, kann niemand garantieren, dass es besser wird. Im Gegenteil, wir setzen ein gut funktionierendes Gesundheitssystem aufs Spiel. Der Vergleich mit dem Ausland hinke, wurde mir immer wieder gesagt. Das sehe ich anders. Ich habe zu lange in Frankreich gelebt und ziehe unser heutiges, privat-öffentliches Mischsystem vor, das nicht lediglich eine Verwaltung ist, sondern kreativ bleiben muss. In Frankreich muss zunehmend der Staat eingreifen, es werden zunehmend Steuern und Gebühren erhoben, und schliesslich verschuldet sich der Staat zunehmend. In der Schweiz funktioniert es schlicht und einfach besser, auch wenn es, das gebe ich zu, auch bei uns noch Verbesserungspotenzial gibt. Die Schweiz verfügt über ein hervorragendes Gesundheitssystem, und wir haben

die weltweit höchste Lebenserwartung. Die soziale Grundversicherung ist schuldenfrei und ermöglicht uns allen einen raschen Zugang zu allen notwendigen Leistungen. Das habe ich in Frankreich nicht erlebt. Unzumutbare Wartezeiten konnten bei uns bisher stets vermieden werden. Warum also einen teuren Wechsel vornehmen, der uns offenbar 1,75 Milliarden Franken kostet?

Ich gehöre zu denjenigen Patientinnen und Patienten, welche ab und zu die Kasse wechseln; ich tue es immer dann, wenn ich mit der Leistung nicht zufrieden bin. Das ist ein weiterer Grund, warum ich diese Initiative ablehne. Wenn ich Nein zur Einheitskasse sage, dann setze ich mich umso mehr für eine verbesserte Aufsicht über die Krankenkassen und für einen verfeinerten Risikoausgleich ein. Das habe ich von Anfang an getan; mit Freude stelle ich fest, dass wir diesbezüglich auf gutem Weg sind.

Ich bitte Sie, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen. Die GDK hat sie bereits abgelehnt, das ist noch nicht gesagt worden, die Kantone ebenfalls, und zwar mit deutlichem Mehr.

**Hardegger Thomas (S, ZH):** Letzte Woche habe ich als Kunde von meiner Krankenkasse Post erhalten. Mit der Bezeichnung «Kunde» suggeriert die Kasse, ich hätte bei den benötigten Leistungen in der Grundversorgung eine Auswahl und sie, die Kasse, habe die Möglichkeit, Leistungen der Grundversicherung zu bezahlen oder nicht zu bezahlen. Genau so gebärden sich die Kassen auch. Es kommt vor – und es liegt der Verdacht nahe, dass dies oft gängige Praxis ist –, dass die Bezahlung von Leistungen aus der Leistungsverordnung vorerst einmal abgelehnt wird. Erst auf Beschwerde hin wird dann bezahlt. Oder die Rückerstattung des Rechnungsbetrags wird über Wochen hinausgezögert, sodass der Bund eine Meldestelle einrichten musste. Die Patientinnen können Ihnen gerne Auskunft über das Verhalten der Kassen gegenüber ihren sogenannten Kundinnen und Kunden geben. Ich will aber nicht Kunde sein. Ich will wie viele andere in erster Linie Versicherter sein – versichert gegen Krankheits- und Unfallereignisse, die ich nicht will, nicht verhindern kann und bei denen ich in der Regel auch keine Wahl habe, ob ich die Behandlung über mich ergehen lassen will oder nicht.

Die «NZZ» schreibt am Samstag mit Bezug auf den Off-Label Use: «Die Wahl der Krankenkasse kann in der Schweiz über Leben und Tod entscheiden.» Ist das das Prinzip der sozialen Grundversicherung, die alle Kassen zu gleichen Leistungen verpflichten will? Ist das das Ergebnis des glorifizierten Wettbewerbs unter den Kassen, den es nach der Leistungsverordnung gar nicht geben dürfte? Eine öffentliche Krankenkasse würde solchen Ungerechtigkeiten ein Ende setzen.

Einen Beweis dafür, dass die Vielfalt an Kassen kostendämpfend wirkt, sind uns diese bisher schuldig geblieben. Lippenbekenntnisse genügen nicht. Die Kassen fordern grössere Eigenverantwortung der Versicherten, bezahlen aber unkontrolliert die Rechnungen der Spitäler, ohne dass die Betroffenen bestätigen, dass die Leistung tatsächlich erfolgt ist. Auf telefonische Nachfrage hin heisst es dann: «Was wollen Sie überhaupt? Die Rechnung ist doch bezahlt!» Um die Qualitätssicherung kümmern sich die Krankenkassen schon gar nicht. Oft könnten Folgekosten von Behandlungen minimiert werden, wenn der Qualitätssicherung mehr Beachtung geschenkt würde. Eine öffentliche Krankenkasse wird da viel zur Kostendämpfung beitragen, weil nicht der nächste Quartalsabschluss im Fokus steht, sondern die Entwicklung der Gesundheitskosten, die Qualitätssicherung und die Verhinderung unnötiger Behandlungen.

Indem die Krankenkassen ihre Verwaltungskosten in Prozenten der Prämiegelder angeben, entstehen sogar indirekte Fehlanreize. Sie profitieren von aufwendigeren Behandlungen und den teilweise damit verbundenen höheren Gesundheitsrisiken, auch wenn es effizientere, einfachere und risikoärmere Behandlungen gäbe. Eine solche Steigerung der Gesundheitskosten mit höheren Prämien lässt sie

besser dastehen, weil der prozentuale Anteil der Verwaltungskosten dann tiefer ist. Ein wirklicher Wille zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist nicht auszumachen. Wenn die Aufsicht sich mit der Angabe des Anteils der Verwaltungskosten in Prozenten der Prämieengelder zufriedengibt, wird das Prinzip der Wirtschaftlichkeit nicht wirklich kontrolliert.

Letztes Jahr haben 600 000 Versicherte die Krankenkasse gewechselt. Für die einzelne Prämienzahlerin und den einzelnen Prämienzahler mag ein Wechsel nützlich sein; dass diese Kassenwechsel mehrere Hundert Millionen Franken unserer Prämieengelder beanspruchen, und dies jedes Jahr, ist aber unsinnig. Schlimm sind die Wanderungsbewegungen auch für die Angestellten der Kassen: Ist eine Kasse stark betroffen, weil sie viele neue Versicherte oder viele Verluste hat, so fehlt Personal oder muss Personal abgebaut werden. Das bedeutet, dass viele Angestellte jeweils nicht wissen, ob sie im folgenden Jahr ihre Stelle noch haben werden. Das bedeutet, dass viele Angestellte jeweils nicht wissen, ob sie im folgenden Jahr ihre Stelle noch haben werden. Das bedeutet, dass viele Angestellte jeweils nicht wissen, ob sie im folgenden Jahr ihre Stelle noch haben werden. Das bedeutet, dass viele Angestellte jeweils nicht wissen, ob sie im folgenden Jahr ihre Stelle noch haben werden.

Ein Umbau durch die Einrichtung einer öffentlichen Krankenkasse verursacht einmalige Kosten, das ist richtig, sie werden aber nachhaltig geringer sein als die jährlich wiederkehrenden Mehrkosten des heutigen Systems durch Kassenwechsel, Personalfuktuation, Werbung, Verwaltungsrats honorare, Stiftungsrats honorare, Beirats honorare, Honorare des Club de Réflexion, Geschäftsleitungshonorare, repräsentative Firmensitze und vieles, vieles mehr.

Als sogenannter Kunde habe ich auch das Propagandascreiben meiner Kasse zur Bekämpfung einer öffentlichen Krankenkasse mit meinen Prämien mitfinanziert, ohne dass ich meine Einwilligung dazu gegeben hätte. Gerade darum bitte ich Sie, die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» zu unterstützen.

**Heim Bea (S, SO):** Kurz zu meiner Interessenbindung: Ich bin Präsidentin des Spital Clubs Solothurn, einer sozialen Zusatzversicherung für Solothurnerinnen und Solothurner, die sich einen Zusatzkomfort leisten möchten, und ich bin Mitglied der Patientenorganisation Patientenstellen.

Einfacher werden, wirtschaftlich günstiger werden – das sind die Gründe, weshalb Unternehmungen und auch Krankenkassen fusionieren. Effizienter und wirtschaftlich günstiger wird es, wenn wir das heutige System der 61 Krankenkassen durch ein System mit einer einzigen Krankenkasse, mit der öffentlichen Krankenkasse, ersetzen. Es wird einfacher und transparenter für die Versicherten. Sie müssen bedenken: Wir haben heute 300 000 Versicherungsprodukte allein in der Grundversicherung. Da ist die Vergleichbarkeit eine Illusion. Der Wettbewerb verkommt zum Scheinwettbewerb. Die öffentliche Krankenkasse aber bringt Klarheit, und sie bringt damit eine echte Wahlfreiheit. Die Versicherten werden wählen können, und zwar unter Angeboten, die in ihrem Interesse sind – nicht im Interesse der Krankenkassen –, die im Interesse der Patientinnen und Patienten sind.

Einfacher wird es auch für die Leistungserbringer, die angesichts der unzähligen Rückfragen und der grassierenden Willkür der Krankenkassen bei Kostengutsprachen einen Riesenaufwand an Bürokratie haben. Junge Ärztinnen und Ärzte sagen mir, es sei unter anderem dieser Kampf mit den Krankenkassen um Kostengutsprachen für medizinisch Notwendiges, der sie davon abhalte, in die Hausarztmedizin einzusteigen. Dabei gilt im Krankenversicherungsgesetz der Grundsatz: Alle Kranken haben Anspruch auf gleich gute Leistungen und auf den gleichen Leistungskatalog.

Sie haben es heute auch schon gehört: Immer öfter verweigern Kassen die Kostenübernahme, gerade auch bei älteren Menschen, wenn es darum geht, sie mit Rehabilitation, mit Physiotherapie wieder in die Selbstständigkeit zu bringen. Diese Willkür einzelner Krankenkassen kann, wenn es um die Vergütung von wichtigen Off-Label-Use-Medikamenten geht, Schwerkranken gar zum Verhängnis werden. Das ist die eine Seite der Medaille des Wettbewerbs unter den Kassen. Der rechtsgleiche Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung wird je länger, je mehr ausgehöhlt. Die an-

dere Seite ist die Jagd der Versicherungsmakler nach den guten Risiken. Ein Telefonterror zu jeder unmöglichen Zeit, nur, um gesunde Leute mit Dumpingprämien in die Krankenkasse zu locken! Das Risiko ungedeckter Kosten berappen dann alle anderen Versicherten, die Millionen für Makler und Werbung ebenfalls und auch die Millionen für den Wechsel Wahnsinn.

Die Krankenkassen haben aber den Auftrag, Menschen im Krankheitsfall finanziell zu unterstützen, und sie hätten den Auftrag, mit ihren Angeboten dem Kostenanstieg entgegenzuwirken. Sie müssten sich zum Beispiel um jene 25 Prozent Versicherte kümmern, die am meisten kosten. Es sind Menschen, die das Los tragen, schwer oder chronisch krank zu sein. Der heutige Wettbewerb aber zielt darauf ab, Versicherte, die kosten, mit schlechterer Servicequalität wie verspäteten Rückerstattungen von Rechnungen so sehr zu ärgern, dass sie zur Konkurrenz abwandern. Das ist ein fehlgeleiteter Wettbewerb. Die Hunderte von Millionen Franken Prämieengelder, die die Kassen heute für die Risikoselektion verschwenden, bräuchten wir dringend für eine gezielte Verbesserung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Genau da setzt die öffentliche Krankenkasse an: bei Qualität und Effizienz in der Versorgung von Schwerkranken, bei strukturierten Behandlungsprogrammen für Chronisch-kranken. Eine öffentliche Krankenkasse wird öffentlich an ihrer Kosteneffizienz gemessen. Darum wird sie in Prävention und Gesundheitsförderung investieren, in qualifizierte Netzwerke, in gezielte Versorgungsprogramme. Das wird jährlich Milliardenersparungen bringen. Das wollen wir doch! In der öffentlichen Krankenkasse mit ihrer tripartiten Zusammensetzung haben sich Ärztekammer und Gesundheitsdirektoren gegenüber der Bevölkerung im Vergleich zu den anderen Kantonen zu beweisen, und das ist der Wettbewerb, der wirklich Sinn macht: der Wettbewerb um die beste Qualität in Behandlung und Versorgungsstruktur, nicht zuletzt, weil auch hier am meisten Kosten gespart werden können. 61 Kassen hingegen, das bedeutet unnötige Kosten. Das heisst 61 Verwaltungen, 61 Topmanagerlöhne, 61 fürstlich honorierte Verwaltungsratsgremien mit bezahlten Politikerinnen und Politikern als Beiräten, die sich so dann den Krankenkasseninteressen verpflichtet fühlen.

Es gibt Bereiche, wo der vielgelobte Markt einfach nicht zum Gesamtwohl führen kann. Die Finanzierung der Grundversorgung ist ein solcher Bereich. Prämieengelder sind für die Gesundheit einzusetzen, nicht für 61 ineffiziente Doppelspurigkeiten, nicht für Werbung und Makler und Kassenwechsellerei, nicht für filzige Verflechtungen von Krankenkasseninteressen und Politik. Das Ziel der Initiative ist es, die Patientinnen und Patienten ins Zentrum zu stellen, die Versicherten und ihre Gesundheit ins Zentrum zu stellen; das Ziel ist Effizienz und Transparenz, gezielt und kostensparend. Dafür braucht es ein Ja zur öffentlichen Krankenkasse.

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

*Schluss der Sitzung um 13.00 Uhr  
La séance est levée à 13 h 00*



## Vierte Sitzung – Quatrième séance

Mittwoch, 5. März 2014

Mercredi, 5 mars 2014

15.00 h

13.079

### Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

### Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire

Fortsetzung – Suite

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBl 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

Ständerat/Conseil des Etats 09.12.13 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBl 2014 2849)

Texte de l'acte législatif (FF 2014 2759)

**Giezendanner Ulrich (V, AG):** Ich gebe zuerst meine Interessenbindungen bekannt: Ich bin Vizepräsident des Verwaltungsrates der KPT-Versicherungsgruppe.

Als ich heute Morgen in diesem Saal zugehört habe, konnte ich feststellen, dass die Linke wieder einmal den Sack schlägt und den Esel meint. 90 Prozent der Versicherten sind mit den Schweizer Krankenkassen zufrieden oder mehr als zufrieden. Da müssen Sie mal zuhören; Sie müssen den Umfragen glauben, auch wenn Sie sie nicht selbst gemacht haben, meine Damen und Herren von Grün und Rot!

Die Einheitskrankenkasse würde das bewährte – ich betone das –, das bewährte System zerstören, ein System, das funktioniert und das weltweit nachgeahmt werden sollte, weil wir nämlich im Krankenkassenbereich keine Schulden haben. Ich habe heute Morgen – also, ich habe mich fast totgelacht – von einer grünen Politikerin gehört, dass sich die Krankenkassen uneinig seien, wir hätten nicht einmal einen Dachverband. Ich hoffe, dass es nicht nur ein Dachverband ist, wir brauchen doch ein Konkurrenzsystem. Das ist eben nicht eine Einheit, ein Brei, den man rührt – wir wollen Konkurrenz!

Übrigens, die Dame von der Grünen Partei, die das gesagt hat – sie sitzt nicht im Saal –, musste doch zulassen, dass es eine zweite grüne Partei gibt. Es gibt noch die Grünliberale Partei neben den Grünen. Wieso denn das, sind die sich so uneinig?

Es war auch die gleiche Politikerin von heute Morgen, die von der Bürokratie der heutigen Krankenkassen gesprochen hat. Es braucht wenig, aber sehr wenig Kreativität, um zu wissen, was es bedeutet, wenn der Staat eine Krankenkasse in den Händen hält. Dann haben Sie Bürokratie! Wer diesen Staat kennt, weiss, dass wir monatlich fünfhundert Staatsangestellte mehr haben im ganzen Land. Fünfhundert, und sie getraut sich, uns von den Krankenkassen wegen der Bürokratie zu kritisieren. Das muss einem ja den Hut lüpfen!

Es wurde auch kritisiert, dass die verschiedenen Krankenkassen mit den verschiedenen Leistungserbringern einzelne Absprachen machen würden oder mit ihnen verhandeln würden. Hoffentlich machen sie das. Wer Unternehmer oder Un-

ternehmerin ist, weiss, dass es Verhandlungen braucht, um bessere Preise zu bekommen. Das weiss sie natürlich nicht, sie war halt vorher bei der Stadt, und da haben sie genommen, wer kam, und haben bezahlt, was verlangt wurde. Wir wollen das im Krankenkassenbereich eben nicht. Wir wollen mit den Leistungserbringern verhandeln und möglichst gute Preise haben. Jede Krankenkasse, jedes Unternehmen verhandelt anders. Wir wollen keine Planwirtschaft. Wenige von Ihnen werden mir auf dieser Welt ein Land nennen können, wo die Planwirtschaft nicht zum Bankrott geführt hat – nein, es sind nicht wenige, es sind gar keine.

Planwirtschaft, Sozialismus hinterlässt überall negative Spuren und führt zu Armut. Schauen Sie nur in Venezuela: Da demonstrieren die Menschen. Die haben gar keine Krankenkassen. Da gab es einen Präsidenten, der von ihnen gewählt worden war; er setzte auf Planwirtschaft, Planwirtschaft, Planwirtschaft – und das Land ist verarmt. So ist das: Sozialismus hinterlässt auf der ganzen Welt schlimme Spuren. Es gibt dann nur noch arme Leute – und wir dürfen dann helfen. Genauso wäre es mit der Einheitskrankenkasse: Wir müssten dann wieder vom Staat her sanieren, Geld zuschiessen, wie wir das beim öffentlichen Verkehr machen müssen.

Deshalb: Hütet euch am Morgarten, hüten Sie sich vor dieser Einheitskrankenkasse! Ich danke jedem verantwortungsbewussten Politiker in diesem Saal, der diesen Unsinn ablehnt.

**Vitali Albert (RL, LU):** Die Schweiz hat bekanntlich eines der besten Gesundheitswesen weltweit. Alle Versicherten haben freien Zugang zu qualitativ hochstehender Medizin. Es herrscht Wahlfreiheit bei der Krankenkasse und Wahlfreiheit bei den Ärzten. Warum wollen die Initianten eine Einheitskasse?

Lästige Telefonanrufe: Sie wurden schon eingeschränkt, und man kann sich gegen sie mit einem Sterneintrag wehren. Lästige Werbung: Sie wird aus der Zusatzversicherung finanziert, nicht aus der Grundversicherung; übrigens macht die Suva auch Werbung, und das ist richtig so. Jagd auf Risiken: Gegen den ungenauen Risikoausgleich hat der Ständerat bereits am letzten Montag ein positives Zeichen gesetzt. Zu hohe Verwaltungskosten: Die Verwaltungskosten der Krankenkassen belaufen sich gemäss Statistik auf zirka 5 Prozent, diejenigen der Suva auf zirka 8 Prozent. Es wird also mit einer Einheitskasse garantiert nicht günstiger; alles andere ist eine Illusion.

Die Initianten vergleichen eine Einheitskasse gerne mit der Suva. Dieser Vergleich hinkt aber, denn die Suva ist eine Unfallversicherung, keine Krankenversicherung. Dass sich die beiden Versicherungsarten überhaupt nicht vergleichen lassen, sagte auch der CEO der Suva, Herr Ulrich Fricker.

Was bedeutet eine Verstaatlichung der Krankenkasse für den Einzelnen? Sie bedeutet eine Einschränkung bei der Arztwahl, und der Versicherte kann nicht wechseln, wenn er unzufrieden ist. Andere Einheitskassen in Europa, zum Beispiel in Frankreich, beweisen, dass es entweder Prämien erhöhungen gibt oder dass Leistungen abgebaut werden. Da pro Kanton nur eine Agentur vorgesehen ist, fällt der heutige persönliche Kontakt des Versicherten zur Agentur weg. Sparreize gibt es keine, denn es gibt auch keine Konkurrenz. Heute haben viele Leute die Grund- und die Zusatzversicherung bei einer einzigen Krankenkasse; nachher wären sie bei zwei Kassen versichert: bei der Einheitskasse und bei einer Zusatzversicherung. Das bedeutet doppelte Prämienrechnungen, doppelte Einzahlungen, doppelte Leistungsabrechnungen usw. Die Administration wird steigen, und daher werden auch die gesamten Gesundheitskosten steigen – also Aufbau einer Bürokratie pur.

Mit der Initiative wird nichts gespart. Im Gegenteil: Ein Umbau wird einige Hundert Millionen Franken kosten, ja sogar bis 2 Milliarden Franken. Ich bin überzeugt, dass vorab die neuen Informatiklösungen grosse Summen verschlingen werden; bekanntlich hat der Bund bei der IT weiss Gott genügend Negativbeispiele. Wir müssen die wirklichen Pro-



bleme anpacken und keine Symptombekämpfung betreiben. Monopole garantieren nur eines: steigende Preise.

Aus all diesen Gründen lehne ich die Initiative ab, und ich bitte Sie, das Gleiche zu tun.

**Clottu Raymond (V, NE):** Non à une caisse unique qui va entraîner inmanquablement des frais de gestion et de fonctionnement supérieurs aux 5,6 pour cent des caisses actuelles! Pourquoi ne voulons-nous pas d'une caisse unique? Prenons l'exemple concret proche de chez nous en Europe des caisses uniques étatisées. Elles entraînent, pour la France notamment, un déficit annuel gigantesque avec néanmoins des soins qui sont de moins en moins remboursés. Les Français sont poussés à se payer des assurances complémentaires fort chères pour régler ce que la sécurité sociale ne paye plus ou que partiellement, sans pour autant réussir à combler son déficit chronique. En Allemagne, ce n'est guère mieux. La santé est réglée par des enveloppes forfaitaires qui poussent certains hôpitaux à refuser des patients ou à repousser des interventions ou des traitements à l'année suivante en raison de l'épuisement des ressources en fin d'année. Enfin, pour terminer ma liste, prenons les exemples de l'Espagne, de l'Italie ou du Portugal. La médecine y est entièrement étatisée, mais les prestations y sont tellement mal rémunérées que les médecins pratiquent essentiellement leur art en privé, créant ainsi un système inique à deux, voire trois vitesses en fonction des ressources financières de chacune et de chacun.

C'est la raison pour laquelle, confortée par ces exemples très négatifs de systèmes de caisses étatiques uniques, la population suisse reste attachée à son système mutualiste privé. Elle le démontre depuis quarante ans par ses choix lors des votations populaires, même lorsque les sondages précédant les votations s'expriment en faveur de la caisse unique. J'espère vivement que le sort de la caisse unique sera scellé lors de la future votation sur la présente initiative. Par contre, j'aimerais revenir sur le principe de mutualité. Ce mot est défini ainsi par le «Robert»: «Forme de prévoyance volontaire par laquelle les membres d'un groupe, moyennant le seul paiement d'une cotisation, s'assurent réciproquement contre certains risques (maladies, blessures, infirmités, chômage) ou se promettent certaines prestations.»

Certes, dans le système en vigueur il y a quelques problèmes à régler et notamment des corrections à apporter, car actuellement les caisses-maladie ont oublié leurs fondamentaux, à savoir la mutualité, pour devenir des entreprises économiques qui mêlent les genres avec la vente de produits dérivés ou de cosmétiques, jusqu'à des offres de voyage et, pour certaines, même des achats de vin en ligne; elles placent leurs réserves en Bourse, ont des sièges sociaux faramineux, des salaires de direction colossaux et elles diffusent des publicités onéreuses tous azimuts pour gérer en maître unique le domaine de la santé, non plus dans une optique mutualiste, mais dans la seule optique économique. Les caisses doivent impérativement se reprendre et rester mutualistes, surtout bien séparer les genres d'activités.

Pourquoi les primes augmentent-elles continuellement dans notre pays? Ne vous y trompez pas, la caisse unique ne changera rien, bien au contraire. L'augmentation provient:

1. des progrès techniques et pharmacologiques;
2. du vieillissement de la population et de son exigence quant à la prise en charge toujours plus sophistiquée, toujours plus rapide et avec les meilleurs moyens à disposition, sans considération de coûts lorsqu'il s'agit de sa propre maladie;
3. de la déresponsabilisation de notre société qui ne veut pas prendre le moindre risque et donc recourt de plus en plus aux soins médicaux;
4. du principe de précaution des gouvernants;
5. du mécanisme artificiel des réserves;
6. de l'opacité des comptes des caisses qui mêlent divers métiers et mélangent les genres, aussi dans leur comptabilité: assurance de base, assurance complémentaire, assu-

rance-vie, banque. Il est impératif d'exiger plus de transparence de la part des caisses.

Je vous invite à recommander au peuple et aux cantons le rejet de cette initiative populaire qui ne produira qu'un déficit gigantesque, avec des soins qui seront de moins en moins remboursés. Les exemples que je vous ai cités le prouvent.

**Kiener Nellen Margret (S, BE):** Ich bitte Sie mit Überzeugung, diese Initiative anzunehmen. Sie bringt Vereinfachungen, Transparenz und mehr Demokratie.

Für die Versicherten bedeutet die heutige Situation mehr Qual als Wahl. Jährlich angehalten zu sein, in der Grundversicherung unter 61 Krankenkassen und einer Vielzahl verschiedener Versicherungsprodukte, 300 000 an der Zahl, zu wählen, ist eine Zumutung. Der häufige Kassenwechsel, der ja gewünscht, gewollt, gefördert wird, führt zu einem enormen administrativen Aufwand. Viele Arbeitnehmende, viele Rentnerinnen und Rentner, auch Selbstständigerwerbende haben nicht die Zeit und nicht die Lust, sich jährlich wiederkehrend mit der Wahl neuer Angebote, neuer Kassen für die Grundversicherung herumzuschlagen.

Jede der 61 Krankenkassen beschäftigt ein Management, jede der 61 Krankenkassen beschäftigt einen Verwaltungsrat, welche die Versicherten der Grundversicherung heute zu einem beträchtlichen Teil mitfinanzieren müssen. Allein schon in den Bereichen Werbung, Marketing, Management, kumulierte Verwaltungsräte der 61 Kassen liegt ein riesiges Sparpotenzial. Die lästige und trotz gegenteiligen Beteuerungen immer noch praktizierte Kundenakquisition per Telefonwerbung und andere teure Werbemassnahmen werden hinfällig.

Anstelle von 61 Direktoren, allermeist Männer, Geschäftsleitungen, allermeist Männer, und Aufsichtsgremien, auch vornehmlich Männer, braucht es dann lediglich eine Führungsstruktur, diversifiziert zusammengesetzt aus Frauen und Männern, welche die verschiedenen relevanten Sektoren vertreten. Die öffentliche Krankenkasse vereinfacht das System. Es wird transparent, für alle gleich; es kann sich wie die Suva, die ich als Rechtsanwältin seit 32 Jahren Berufstätigkeit sehr gut kenne, auf die Gesundheitsförderung, auf eine effektiv realisierte Prävention, auf die wichtigen Serviceleistungen, auf eine echte Fallbegleitung und auf das effiziente Kostenmanagement konzentrieren.

Für alles andere braucht es jetzt den grundlegenden Kurswechsel zugunsten einer einfachen, demokratischen und vor allem transparenten und kostengünstigen Lösung. Je mehr Krankenkassen wir haben, desto mehr werden die Kosten in die Höhe getrieben; andere Länder machen das vor. Je mehr Wettbewerb in der Grundversicherung besteht, desto höher sind die Kosten. Das ist belegt.

Die Abwicklung einer Sozialversicherung über private Versicherungsgesellschaften, wie wir sie gemäss KVG für die Grundversicherung haben, ist ein Experiment, das in der Schweiz gescheitert ist. Es ist Zeit für einen grundlegenden Kurswechsel. Ich fordere Sie auf, der Initiative zuzustimmen und diesen kostentreibenden Wirrwarr und Wildwuchs mit über 300 000 Versicherungsprodukten ein für alle Mal aufzuheben. (*Beifall auf der Tribüne*)

**Präsidentin (Markwalder Christa, zweite Vizepräsidentin):** Ich bitte die Besucher, nicht zu klatschen. Frau Kiener Nellen, Herr Giezendanner möchte Ihnen eine Frage stellen.

**Giezendanner Ulrich (V, AG):** Frau Kiener Nellen, kann es sein, dass Sie einen Wirrwarr haben? Sie haben vorhin von Marketing und Reklamekosten gesprochen. Wissen Sie, dass dafür kein Geld aus der Grundversicherung kommt? Wissen Sie das? Die Einheitskasse wäre nur für die Grundversicherung. Ist es möglich, dass Sie einen Wirrwarr haben?

**Kiener Nellen Margret (S, BE):** Sie sind mein Wunschfragesteller, geschätzter Herr Kollege Giezendanner. (*Heiterkeit*) Ich habe nämlich Ihr Foto mitnehmen wollen, aber es ist nicht auf der Internetseite. Sie sitzen im Verwaltungsrat mei-

ner Krankenkasse, der KPT. (*Zwischenruf Giezendanner: Eine gute, nicht?*) (*Heiterkeit*)

Ich muss Ihnen sagen, ich mag Ihnen das Verwaltungsratsmandat gönnen, das ist nicht mein Problem, aber die Bezüge insgesamt, die Totalität der Bezüge, das geht nicht mehr. Alles Männer, alles Männer, keine Frau, fast keine aus dem Gesundheitswesen!

Die andere Frage, Herr Giezendanner, das ist eben gerade nicht transparent. (*Zwischenruf Giezendanner: Ich habe keine Antwort erhalten!*)

**Amstutz Adrian** (V, BE): Frau Kollegin, wären Sie so gut, noch die Frage von Herrn Giezendanner zu beantworten: Aus welcher Kasse werden Marketingausgaben und Werbeausgaben finanziert, aus der Grundversicherung, wie Sie behaupten, oder aus den Zusatzversicherungsverträgen?

**Kiener Nellen Margret** (S, BE): Sie werden auch aus der Grundversicherung finanziert.

**Lohr Christian** (CE, TG): Ich höre, wie Sie all Ihre Wünsche, Träume und Vorstellungen vorbringen, wie eine Einheitskasse aussehen sollte. Ich höre all Ihre Überlegungen zum Systemwechsel, der Besserung bringen soll. Ich höre all diese Botschaften. Allein, mir fehlt der Glaube, dass damit wirklich eine merkliche, wesentliche Verbesserung in unserem Gesundheitssystem erreicht werden kann.

Ich werde Ihnen empfehlen, die Volksinitiative abzulehnen, weil es für mich nicht notwendig ist, das heutige, im Grundsatz doch sehr bewährte System zu ändern. Für mich ist es wichtig, dass ich eine klare Wahlfreiheit habe, auch im Bereich der Krankenversicherung. Für mich ist es wichtig, dass ich in verschiedenen Bereichen selber entscheiden und damit eben auch Eigenverantwortung im weiteren Sinne übernehmen kann. Ich habe mich vor diesem Geschäft auch noch vertieft mit verschiedenen Gesundheitsdirektoren in den Kantonen der Ostschweiz unterhalten, und von dort kommt eine ganz klare Botschaft: Wir brauchen ein solches neues Einheitskassensystem nicht, wir wollen uns nicht auf eine Reise begeben, von der wir nicht wissen, wo sie hinführt, wo das Ziel ist. Wir wollen auch nicht im Endeffekt neue Verunsicherung bei den Versicherungsnehmerinnen und -nehmern provozieren.

Natürlich gibt es Punkte, die im heutigen System optimiert werden können. Es ist auch wichtig, dass man die ganz konkreten, die wichtigsten Punkte bei der Revision des Aufsichtsgesetzes jetzt dann anschaut und dort ganz klar an die Sachen herangeht, die nicht gut laufen. Es gibt aber auch Punkte, die ohne grosses Brimborium erledigt werden können, und da sind natürlich auch die Krankenversicherer gefordert. Ich denke an die Einhaltung und Verstärkung der Gentlemen's Agreements betreffend Werbekosten. Ich denke, dass die wirklich nachhaltigen Verbesserungen beim Risikoausgleich umgesetzt werden müssen. Ich denke, dass es auch wichtig ist, dass man Billigkassen, die den Markt durcheinanderbringen und die letztendlich auch zu einer Entsolidarisierung führen, wirklich konsequent verbietet oder ausschaltet.

Ganz wichtig ist es auch festzuhalten, dass Tarifverhandlungen, wie sie heute teilweise stattfinden, kein Basar sind, auf dem man um jeden Preis feilschen kann und die Kundinnen und Kunden zum Voraus als Verlierer feststehen. Man muss auch Überlegungen zur Abkehr vom System kantonaler Reserven anstellen, wenn wir, wie es zuletzt geschehen ist, mit den kalkulatorischen Reserven Probleme kriegen, die dann zu Unsicherheiten und zu Fehlentwicklungen führen.

Ein weiterer ganz wichtiger Punkt ist für mich, dass man die flächendeckende Einführung von Managed-Care-Modellen vorantreibt. Ich muss mich schon darüber wundern, dass die Befürworter einer Einheitskasse die flächendeckende Einführung solcher Modelle noch vor kurzer Zeit so stark bekämpft haben. Wenn man Kosten sparen will, muss man solche sinnvollen Managed-Care-Modelle eben auch unterstützen und umsetzen.

Ich bitte Sie, die Initiative mit einem klaren Signal zur Ablehnung zu empfehlen.

**Walter Hansjörg** (V, TG): Ich sage Ihnen wahrscheinlich nichts mehr, was nicht schon gesagt worden wäre. Ich gebe auch bekannt, dass ich eher die Sicht der Versicherer vertritt: Ich bin Mitglied des Stiftungsrates der bäuerlichen Krankenkasse Agrisano.

Stellen Sie sich einmal vor, in Ihrem Wohnort gäbe es überhaupt keinen Coop, keine Migros, auch keinen Volg; nichts dergleichen, es gäbe einen Einheitsladen. Und in den Regalen? Da gäbe es keine unterschiedlichen Produkte, überall nur das gleiche Produkt, also zum Beispiel ein Einheitsjoghurt – ein Laden, ein Joghurt, ein Preis! Da bräuchte ich keinen Einkaufszettel mehr, weg wäre die Qual der Wahl. Noch besser: Kosten und Qualität müsste ich nicht mehr vergleichen; das bliebe mir erspart, weil es mir keine Chancen eröffnen würde.

Aber gut, wer interessiert sich schon für die Kosten? Die Initianten für eine Einheitskasse wohl kaum. Sie selbst geben nämlich zu, dass mit einer öffentlichen Einheitskasse keine Kosten gespart werden können, geschweige denn Prämien. Den Beweis der Kosteneinsparung sind sie nämlich bis heute schuldig geblieben. Wahrscheinlich würden die Administrativkosten steigen, und es gäbe keine Kosteneinsparung. Wozu also eine öffentliche Einheitskasse? Ich meine: für gar nichts. Im Gegenteil: Eine Einheitskasse gefährdet unser Gesundheitssystem, das doch eines der weltbesten ist. Hohe Qualität, rascher Zugang im Krankheitsfall, Wahlfreiheit, Selbstbestimmung und Solidarität – das ist das Resultat des regulierten Wettbewerbs, wie wir ihn in unserem System kennen. Die Einheitskasse würde genau diese Stärken vernichten. Das leistungsstarke Gesundheitssystem der Schweiz ist keine Selbstverständlichkeit, sondern eine Errungenschaft, die mit der Einheitskasse leichtfertig aufs Spiel gesetzt würde.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie – wir haben es auch schon gehört – geht in einer Studie davon aus, dass z. B. alleine der Systemwechsel 2 Milliarden Franken kosten würde. Es wären über 20 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter davon betroffen.

Eine Staatskasse würde zu einer deutlichen Verschlechterung unseres heutigen, bewährten Systems führen, denn mit der Einführung einer Einheitskasse schafft man die Wahlfreiheit ab. Mit der Einführung einer Einheitskasse müssten die Versicherten Abstriche bei den medizinischen Leistungen hinnehmen, denn sie schränkt in der Regel die Behandlungsmöglichkeiten ein.

Staatliche Gesundheitssysteme tendieren zu Verschuldung und schlechterer Qualität. Unser Gesundheitssystem ist weitgehend schuldenfrei finanziert, im Gegensatz zu staatlichen Systemen. Frankreich z. B. hat seit dem Jahr 2000 Schulden in der Höhe von 120 Milliarden Franken angehäuft. Natürlich ist dieses Land grösser, aber diese Schulden resultieren durch dieses System. Ein Systemwechsel führt nebst hohen Umstellungskosten zu steigenden Prämien. Die Einführung einer Einheitskasse hat keine kostendämpfende Wirkung, da der Wettbewerb ausgeschaltet wäre.

Die Krankenversicherer arbeiten heute effizient. Der im Wettbewerb begründete Spardruck wirkt sich positiv auf die Höhe der Verwaltungskosten aus, die im Durchschnitt aber nur 5 Prozent betragen. Die gewichtigen 95 Prozent der Kosten werden von den Leistungserbringern verrechnet. Will man bei den Kosten tatsächlich eine Wirkung erzielen, ist der Hebel bei diesen 95 Prozent anzusetzen, wie das ja immer wieder versucht wird. Im Bereich der 5 Prozent lassen sich die Probleme im Gesundheitswesen mit monopolistischen Systemen nicht lösen. Im Gegenteil! Wohin Monopole oder Teilmonopole führen, zeigen staatliche Kassen. Sie kennen die Probleme der Arbeitslosenversicherung oder der IV – diese haben Milliardendefizite oder deutlich höhere Verwaltungskosten.

Es gibt vielleicht noch einen weiteren Grund: Gerechte Prämien sind nicht mehr möglich, denn bei der Prämienfestsetzung werden keine Unterschiede mehr zwischen der kosten-

bewussteren, ländlichen Bevölkerung und der städtischen Bevölkerung gemacht.

Klar hat das heutige System auch Nachteile, klar kann man das heutige System optimieren. Das ist unsere Aufgabe: ständig verbessern, ständig optimieren, damit unsere Gesundheitskosten auch in Zukunft bezahlbar sind.

Ich bitte Sie, bleiben Sie beim bewährten System.

**Badran** Jacqueline (S, ZH): Wir haben im Gesundheitswesen in der Grundversicherung zu 100 Prozent administrierte Leistungen, und wir haben nicht nur administrierte Leistungen, also einen vorgeschriebenen Leistungskatalog, sondern dies auch noch zu vorgeschriebenen Preisen! Bis hin zu den Medikamenten, für die der Preis festgelegt und vorgeschrieben wird. Um bei Ihrem Vergleich mit einem Laden zu bleiben: Wären dann in Ihrem Laden, für den ja angeblich so viel Konkurrenz herrscht, alle gleichen Produkte zum gleichen Preis? Oder was habe ich hier falsch verstanden?

**Walter** Hansjörg (V, TG): Ja gut, zu diesem Ladenvergleich: Ich wollte das einfach in Bezug darauf vergleichen, dass keine Differenzen mehr existieren, es gibt keine Auswahl. Es geht ja nicht nur um die Preise, sondern man fühlt sich bei der selbst ausgewählten Krankenkasse wohl und auch wohl umsorgt. Das sind natürlich auch wesentliche Vorteile, und ich bin überzeugt, dass die privaten Krankenkassen eben mehr Druck auf die Leistungserbringer, auf die Gesundheitsdienstleister machen, als wenn der Staat diese Aufgabe übernehmen müsste. Ich bin hier wirklich der Meinung, dass wir beim bestehenden System bleiben müssten. Das ist so.

**Buttet** Yannick (CE, VS): Comme la suspicion semble de mise, je me permets d'annoncer que je n'ai qu'un seul intérêt dans le domaine des caisses-maladie, celui d'assuré et de payeur de primes.

La proposition de créer une caisse unique et publique est un thème idéologique qui revient à intervalles réguliers dans le débat politique. Certains espèrent qu'à force de taper sur le clou, ils finiront par l'enfoncer.

Bien sûr, les sommes que les familles doivent investir dans la santé interpellent, et nous devons évidemment poursuivre nos efforts afin de maîtriser au mieux les coûts de la santé. Toutefois s'en prendre aux assurances plutôt qu'aux vrais problèmes, c'est un peu tuer le messenger. S'il est vrai que certains assureurs ont manqué de sensibilité dans leur comportement, nous ne devons pas laisser l'émotion prendre le dessus mais rechercher la meilleure voie pour nos concitoyennes et nos concitoyens.

Je ne veux pas revenir sur le fait que l'augmentation des coûts de la santé n'est pas à attribuer aux caisses-maladie et qu'en soutenant la création d'une caisse unique et publique, on ne verra pas les primes d'assurance-maladie baisser. Je pense que personne, même pas les initiés, ne pense sincèrement qu'une caisse unique soit le remède à l'évolution des coûts de la santé et par conséquent à l'augmentation de nos primes, bien au contraire. Notre système n'est pas parfait mais il reste l'un des meilleurs au monde et il ne mérite pas d'être totalement remis en question.

Je veux aussi mettre en avant un élément supplémentaire du débat qui concerne les places de travail dans les caisses-maladie. Accepter la création d'une caisse unique, c'est un nouveau pas dans le sens de la centralisation et de la destruction d'emplois, en particulier dans les régions périphériques et les petits cantons. Cet élément ne constitue évidemment pas le coeur de la question, mais devons-nous aussi déstabiliser cette répartition des places de travail pour passer à un système qui ne pourra pas, de toute manière, tenir ses promesses?

Je vous encourage donc, afin de ne pas désigner de bouc émissaire et surtout de ne pas prendre des engagements envers le peuple qui ne seront pas respectés, à recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative populaire.

**Grin** Jean-Pierre (V, VD): Notre système de santé est l'un des meilleurs au monde et, de ce fait, il a un certain coût. La mise en place d'une caisse publique ne va pas diminuer ces coûts, mais va exclure toute concurrence et entraîner l'homogénéisation de l'offre proposée par tous les hôpitaux. La diversité de l'offre est d'autant plus importante qu'elle permet de choisir son hôpital en fonction de ses besoins. La caisse unique, seule interlocutrice des hôpitaux, aura pour effet de standardiser les structures ainsi que les processus. Beaucoup de choses ont déjà été dites dans ce débat et pour ma part deux questions principales se posent concernant la mise en oeuvre de cette initiative.

La première question est la suivante: combien de temps faudra-t-il pour changer de système? On ne trouve ni dans le texte de l'initiative ni sur son site Internet les réponses à cette question. Le passage à la caisse unique ne peut se réaliser d'un jour à l'autre par un simple clic de souris d'ordinateur. On ne peut pas simplement fermer 60 caisses le 31 décembre d'une année et ouvrir la nouvelle caisse publique le 1er janvier suivant. Pour mettre en place le siège principal et les agences cantonales, pour transférer ou recruter le personnel et implanter les systèmes informatiques, il faudra plus de dix ans selon les spécialistes. Les deux systèmes devront donc inévitablement coexister durant plusieurs années, avec des coûts importants.

La deuxième question est précisément: combien cela va coûter et qui paiera? Là aussi, c'est le mutisme au sein des partisans de la caisse publique. On nous dit simplement que tout changement a un coût. Mais ce que l'on aimerait savoir, c'est quel coût. Les électrices et les électeurs devront donc voter les yeux fermés sur les conséquences organisationnelles et financières de cette initiative. Selon une étude de la Haute Ecole zurichoise en sciences appliquées, ce changement pourrait coûter environ 2 milliards de francs. Si cela est à la charge des assurés, bonjour l'augmentation momentanée des primes! D'une part, l'Etat ne pourra pas prendre à sa charge ces montants sans des mesures d'économie dans de nombreux secteurs. D'autre part, nous subirons aussi une augmentation permanente des frais de santé et en conséquence les structures lourdes propres à toute entreprise publique. Actuellement, les frais administratifs des assureurs-maladie s'élèvent à environ 5 pour cent du total des charges, alors que pour les monopoles d'Etat ils atteignent souvent plus de 10 pour cent. Les primes d'assurance-maladie reflètent la qualité de notre système de santé ainsi que la consommation que l'on en fait.

La caisse unique ne va pas changer cet état de faits. Celles et ceux qui s'attendent à ce que la caisse unique fasse baisser les primes se trompent. Au contraire, on aura une prime identique par canton, faisant fi des régions. Les régions rurales de certains cantons se trouveront pénalisées.

Je vous demande donc de recommander au peuple et aux cantons de rejeter cette initiative populaire.

**Schenker** Silvia (S, BS): Man will uns immer weismachen, dass die Versicherten von der aktuellen Konkurrenzsituation bei den Krankenkassen profitieren. Aber Hand aufs Herz: Gibt es wirklich einen Gewinn für die Versicherten? Wenn ja, welchen? Reissen sich die Versicherungen darum, Menschen im besten Alter, Menschen wie Sie und ich, zu versichern? Reissen sich die Krankenkassen darum, Menschen mit chronischen Krankheiten aufzunehmen und sie durch den Behandlungsdschungel zu begleiten? Locken die Versicherungen ältere Menschen mit einem guten und versichertenfreundlichen Service an? Nein, das Gegenteil ist der Fall. Regelmässig im Spätsommer werden Prämien erhöhungen angekündigt. Sind die durchschnittlichen Erhöhungen besonders markant, beginnt ein reges Werben und Vergleichen der Prämien. Wir werden telefonisch von Versicherungsmaklern kontaktiert, die uns beraten wollen und Prämienersparungen in unterschiedlicher Höhe versprechen. Ist man nicht mehr ganz so jung und dazu noch eine Frau, sind solche Telefongespräche in der Regel rasch beendet. Nimmt zufällig der Sohn, ein junger Mann im besten Alter, das Telefon ab, so dauert das Gespräch länger. Die Jagd auf



gute Risiken erreicht im Spätherbst in der Regel ihren Höhepunkt. Anfang Jahr ebbt die Diskussion um Prämien erhöhungen und deren gravierende Nebenwirkungen auf das Budget eher wieder ab.

Die Einführung eines Aufsichtsgesetzes mag Verbesserungen bringen. Doch das System unserer Grundversicherung leidet an einem grundsätzlichen Mangel. Der – notabene künstliche – Wettbewerb unter den Krankenkassen führt nicht zu guten Dienstleistungen oder innovativen Angeboten für die Versicherten, sondern einzig und allein dazu, dass sich die Krankenkassen gegenseitig die jungen und gesunden Versicherten mit allen Mitteln abspenstig machen. Auch wenn wir in ebendieser Session einer Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen zustimmen werden und auch wenn vielleicht dereinst ein griffiges Aufsichtsgesetz für die Krankenkassen kommt, wird es für die Kassen immer attraktiv bleiben, um junge und gesunde Versicherte zu buhlen.

Gegen diesen Mangel des Systems hilft nur ein Rezept: Statt fast 70 Krankenkassen mit dem genau gleichen Angebot soll für die Grundversicherung nur noch eine einzige, öffentliche Krankenkasse zuständig sein. Mit einer einzigen Krankenkasse fallen die unnötigen riesigen Kosten für Werbung, Marketing und Kassenwechsel weg. Die eingesparten Mittel können vollumfänglich für die Verbesserung von Dienstleistungen oder zum Beispiel für die Gesundheitsförderung und die Prävention eingesetzt werden. Vor allem chronisch kranke und ältere Versicherte leiden unter dem heutigen System der Krankenkassen. Sie können die Krankenkasse nicht wechseln, auch wenn das formal möglich ist. Es lässt sich zwar schwer beweisen, ist aber dennoch Tatsache: Die Krankenkassen versuchen alles, um sogenannte schlechte Risiken nicht bei sich versichern zu müssen. Chronisch kranke sind Jahre oder Jahrzehnte an ihre Krankenkasse gefesselt und müssen Prämien erhöhungen oder Dienstleistungsverschlechterungen hinnehmen.

Dank der Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» haben alle – auch die Chronischkranken und die Betagten – die Wahl: Wir können uns für ein effizientes und einfaches System entscheiden. Ich bin sicher, dass es ausserhalb dieser Mauern eine grosse Zustimmung zu einem Systemwechsel gibt.

**Cassis Ignazio (RL, TI):** Prima di esprimere le mie riflessioni desidero ricordare il mio legame d'interesse: sono presidente dell'Associazione Curafutura, che riunisce quattro assicuratori malattia: CSS, Helsana, Sanitas e CPT. Nell'ambito del sistema sanitario e dell'assicurazione malattia non può vigere il libero mercato come in altri ambiti. Vogliamo infatti garantire a tutti l'accesso a cure di buona qualità, indipendentemente dalla situazione finanziaria o dallo stato di salute individuale. Vi è dunque un interesse pubblico a regolare il sistema sanitario. Perciò parliamo di mercato regolato. Si tratta di una grande ricchezza poter dare per scontato l'accesso alle cure in caso di bisogno – una ricchezza che vogliamo preservare per noi e per le prossime generazioni. Ma non è solo per queste ragioni che occorrono paletti nell'ambito sanitario. Più volte, infatti, l'agire disinvolto di alcune casse malati ha evidenziato la necessità di una buona vigilanza sul sistema. La politica non può dunque permettersi di perdere d'occhio quest'ambito. Un problema, tra gli altri, al quale abbiamo dovuto far fronte e che è alla base dell'iniziativa sulla quale stiamo discutendo, è stato quello della cosiddetta caccia ai buoni rischi. Posso dire «è stato», perché proprio in questa sessione il Parlamento deciderà un importante miglioramento della legge federale sull'assicurazione malattie, che impedirà la caccia ai buoni rischi in futuro – un'ulteriore importante conquista.

E già quasi un anno che sono in diretto contatto con questi assicuratori malattia per aiutarli a compiere le buone scelte strategiche. Lo faccio perché sono convinto della necessità di migliorare il nostro sistema assicurativo, apportandovi le correzioni necessarie anche dall'interno. E proprio perché ora vedo il sistema anche dall'interno, resto convinto che se, come auspico, il popolo svizzero dovesse respingere l'iniziativa

popolare «per una cassa malati pubblica» la politica non avrà certo finito di occuparsi di casse malati.

Eppure sono davvero persuaso che una rivoluzione non sia ciò di cui abbiamo bisogno. Credo che la strada da percorrere sia quella del continuo perfezionamento del sistema esistente. Abbiamo un sistema sanitario tra i migliori del mondo – forse il migliore del mondo. Se vi ammalate in vacanza all'estero, non vedete forse l'ora di tornare a casa per farvi curare? Viceversa, spesso le persone di altri Paesi sono ben contente di venire in Svizzera a farsi curare da noi. Da noi l'accesso alle migliori cure lo abbiamo tutti, indipendentemente dalla nostra situazione economica e sociale. In quanti altri Paesi, magari con una cassa unica, possiamo dire lo stesso? Il nostro sistema sanitario è caro ma ogni cosa di qualità ha il suo prezzo. Vogliamo davvero rivoluzionare completamente il sistema attuale, facendo un salto nel buio? La cassa unica non diminuirebbe i premi da pagare. Lo dice, a chiare lettere, il Consiglio federale nel suo messaggio al Parlamento. E il Consiglio federale non può essere tacciato di essere di parte.

La cassa malati unica per diminuire l'aumento dei premi sarebbe costretta a introdurre progressivamente un razionamento delle prestazioni. Basta guardare cosa succede in quei Paesi che già conoscono questa realtà. Con una cassa malati unica metteremmo inoltre a repentaglio la nostra libertà di scelta. Se oggi non siamo contenti della professionalità di una cassa malati – perché, per esempio, ci sono errori nei rimborsi oppure le attese sono troppo lunghe – siamo liberi di cambiare. Con una cassa unica saremmo invece obbligati a restare nella cassa e ad accettare quel che passa il convento. Chi sostiene la cassa unica spesso dice poi che in questo modo si risparmia sulla pubblicità. E vero, chi lo sostiene ha ragione. Gli 80 milioni di franchi spesi annualmente per la pubblicità, in un sistema di monopolio statale sarebbero risparmiati. Chi ha il monopolio statale non teme concorrenza e quindi non ha nemmeno bisogno di pubblicità. Dobbiamo tuttavia fare una valutazione dei costi nel loro insieme: chi ha il monopolio non ha alcun motivo per contenere i costi amministrativi, tanto l'assicurato non ha scelta. Oggi, i costi amministrativi delle casse ammontano a circa il 5 per cento della spesa complessiva, compresi i costi della pubblicità. Con una cassa unica statale e pensando alle altre assicurazioni sociali statali indebitate, come l'assicurazione invalidità, davvero pensiamo di fare molto meglio? Sappiamo infatti già oggi che l'Al e le altre assicurazioni statali hanno costi amministrativi più elevati. Da ultimo, non dimentichiamo che una tale rivoluzione non si fa da un giorno all'altro e che soprattutto non si fa gratis. Ci costerebbe almeno 2 miliardi di franchi, che dovremmo pagare come assicurati senza ricevere alcuna prestazione. E tutto ciò aprirebbe un decennio di inquietanti incertezze.

Per queste ragioni, in armonia con il Consiglio federale e con la Conferenza cantonale dei direttori sanitari, vi invito a raccomandare di rifiutare l'iniziativa popolare «per una cassa malati pubblica» – si tratterebbe di una rivoluzione inutile e pericolosa.

**Rusconi Pierre (V, TI):** Visto che il collega ha dichiarato bene la sua appartenenza, forse mi sa dare qualche delucidazione sui posti di lavoro – qua non se n'è mai parlato – che sono più o meno a rischio nel caso di un cambiamento dal modello privato a quello statale.

**Cassis Ignazio (RL, TI):** Oggi, nelle circa sessanta casse malati lavorano poco più di 12 000 dipendenti. Sono essenzialmente attivi dove ci sono i centri dei quartieri generali delle casse malati, cioè Lucerna, Zurigo, un po' meno Berna e il Vallese con il Groupe Mutuel. Con la nuova organizzazione, ogni cantone dovrà avere la sua agenzia cantonale. Quindi, a Zurigo, le stesse persone che oggi lavorano in una assicurazione privata potrebbero trovare lavoro in un'agenzia statale. Ma a Ginevra, in Ticino o in altri cantoni dove oggi non ci sono case madri assicurative, bisognerebbe reclutare il personale necessario, a meno che chi abita in Vallese sia disposto ad andare a vivere in Ticino. Di sicuro que-



ste 12 000 persone che lavorano oggi nelle casse malati avranno la possibilità di lavorare nell'agenzia statale – il problema è che non sarà a casa loro.

**Büchel Roland Rino (V, SG):** Die Volksinitiative will eine Einheitskasse des Bundes einrichten. Die heute gut sechzig Krankenkassen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sollen ersetzt werden. Was würde das bedeuten? Es wäre ein grundlegender Kurswechsel weg von einem System des regulierten Wettbewerbs, hin zu einer Staatsmedizin. Schenkt man den Worten der Sprecherin der SP-Fraktion, Marina Carobbio Guscetti, Glauben, so müsste man denken, dass es nur der Staat richten könne. Eine solche Verstaatlichung kann man natürlich wollen. Rein theoretisch gesehen könnte sie sogar Sinn machen – aber eben: rein theoretisch.

Ich jedoch bin überzeugt, dass es der falsche Weg ist, von einem sozialen zu einem sozialistischen Modell zu wechseln, wie es Céline Amaudruz so schön gesagt hat. Wenn wir gerade bei den Voten unserer Ratskolleginnen sind: Ich war schon überrascht, als Kollegin Yvonne Gilli als Sprecherin der grünen Fraktion ausführte, das neue System sei «weit, weit weg» von einer Staatsmedizin. Diese Aussage, Frau Gilli, ist weit, weit weg von der Realität. Deshalb bin ich froh, dass der Bundesrat die Initiative ohne Gegenvorschlag ablehnt. Auch der Ständerat und die SGK unseres Rates sind mit einer Zweidrittelmehrheit gegen diese weitere Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Die Initiative ist ein völlig untaugliches Mittel, um die Kostensteigerung im Gesundheitswesen einzudämmen. Weshalb? Der Leistungswettbewerb unter den Krankenversicherern würde abgeschafft, und – ganz wichtig – mit einer Monopolkasse wäre es für die Patienten mit der Wahlfreiheit vorbei. Der Übergang zu einem System mit Einheitskasse wäre dafür mit Kosten in Milliardenhöhe verbunden. Es ist klar, dass ein solcher Wechsel nicht von heute auf morgen geschehen könnte. Kollege Cassis hat es soeben auf Italienisch gesagt: Dieser Wechsel würde sich über mindestens ein Jahrzehnt hinziehen. Während dieser Zeit müssten das alte und das neue System teilweise parallel betrieben werden. Alles andere als wirtschaftlich ist auch die Verlagerung von Personal. Eine solche würde durch die Konzentration auf kantonale Agenturen nötig – das war gerade Teil der Antwort von Herrn Cassis.

Die Suva habe doch gezeigt, dass es mit einer Einheitskasse funktionieren könne, war auch heute in den Voten der Befürworter immer wieder zu hören. Aber die vorgesehene Einheitsversicherung entspricht eben gerade nicht dem Modell Suva. Jene ist erstens kein echter Monopolist; sie muss sich mit privaten Anbietern messen. Zweitens sind die gesetzlichen Grundlagen und die Art der Kundenbetreuung absolut nicht vergleichbar. Ich nenne nur ein Beispiel: Für die Suva gilt das Sachleistungsprinzip; die Krankenversicherer unterliegen jedoch dem Kostenerstattungsprinzip.

Vom eher Technischen noch einmal zum Grundsätzlichen: Unser zuverlässiges Gesundheitssystem trägt wesentlich zur hohen Lebensqualität in der Schweiz bei. Das kann Ihnen jeder bestätigen, der Erfahrungen mit Modellen in anderen Ländern gemacht hat. Ich gehöre zu diesen. Dass bei uns die Kosten in den letzten Jahren weiter gestiegen sind, hat vor allem zwei Gründe: Erstens steigen die Ansprüche, zweitens werden die Menschen immer älter. Diese Entwicklungen können auch international beobachtet werden. Es nützt also nichts, die hiesigen Krankenkassen als Sündenböcke hinzustellen. Sie eignen sich dafür nicht wirklich. Und das ist gut so.

Kollegin Kiener Nellen, Sie haben es tatsächlich geschafft, die Krankenkassenfrage zur Gender-Frage zu machen und den Kassen den Schwarzen Peter zuzuschieben. Das war fast schon eine rhetorische Meisterleistung.

Jetzt aber im Ernst: Wir sollten kein weiteres Mal auf die gesundheitspolitischen Ideen der SP hereinfliegen. Beim Krankenversicherungsgesetz versprach die SP tiefere Krankenkassenprämien. Das Volk sagte Ja. Die Entwicklung bei den Prämien haben wir alle zu spüren bekommen, und wir sehen

sie immer wieder, wenn wir die Rechnungen bezahlen. Wenn wir die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff bekommen wollen, brauchen wir mehr Wettbewerb und weniger Staatsmedizin. Die Rechnung der Initianten wird nicht aufgehen. Das ist auch logisch, denn bei einer Einheitskasse wäre die disziplinierende Form des Wettbewerbs ausgeschaltet. Die Kontrolle der Leistungserbringer würde geschwächt, und die Gesundheitskosten nähmen zu.

Ich bin überzeugt, dass Wettbewerb mehr bringt als Gleichmacherei und Vereinheitlichung. Deshalb empfehle ich die Initiative zur Ablehnung.

**Hadorn Philipp (S, SO):** Das Unterschriftensammeln für die vorliegende Initiative war kurzweilig. Eine junge Frau erzählte mir, wie sie und ihre Familie von einer Krankenkasse aktiv umworben wurden: Telefonanrufe, Terminvereinbarung, Besuch mit kleinen Geschenken für die Kinder, eine gute Beratung, ein Vertragsabschluss. Auch ein Zusatzpaket hätten sie genommen, weil dieses gemäss Empfehlung für verantwortungsbewusste Eltern fast zwingend sei. Zwei Wochen später fragte sie für eine Offerte für ihre betagte Mutter an. Sie rief wieder an – noch heute wartet sie auf ein Angebot, trotz mehrfachem Nachfragen.

Unzählige Geschichten wurden mir erzählt. Die Aussage von Kollege Giezendanner, wonach die Bevölkerung mit der gegenwärtigen Situation der Krankenkassenwelt zufrieden sei, steht in krassm Widerspruch zu meinen zahlreichen Gesprächen. Der Kampf um die guten Risiken ist offensichtlich. Der Druck, Zusatzprodukte zu verkaufen, lastet unverkennbar schwer auf den Mitarbeitenden des Aussendienstes. Ich will keine Grundversicherungsanbieter, welche Jagd nach guten Risiken machen, mit einem Ziel, dem Verkauf von Zusatzprodukten an Menschen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach kaum Kosten verursachen. Wettbewerb in der Grundversicherung ist eine Phrase. Welche Interessen werden in diesem Raum vertreten? Ist es legitim, als Söldner der Versicherer hier dem Volk von der Chance abzuraten, das Erfolgsmodell Suva angepasst zu kopieren? Unbestritten sind in diesem Saal verschiedene staatliche Monopole. Gerade im Sozial-, Sicherheits-, Bildungs-, Energie- und Gesundheitswesen kann der schrankenfreie Wettbewerb garantiert niemals zur erforderlichen Versorgungssicherheit führen.

Eine öffentlich-rechtliche Einrichtung kann kundennah und effizient zustehende Leistungen erbringen, ohne Gewinnfokus durch Zusatzprodukte. Ja, das ganze Marketing kann wegfallen, und selbst das Leistungsangebot muss nicht durch den einheitlichen Versicherer ergänzt werden. Auch heute ist ja im Grundversicherungsangebot nichts, gerade gar nichts durch den Versicherer zu definieren. Die regionalen Prämienunterschiede blieben erhalten. Die Gesundheitsförderung würde in keiner Weise beeinträchtigt, sie könnte allenfalls gar vereinheitlicht werden.

Welche Haltung man generell zu Wettbewerb und all seinen Auswüchsen auch haben mag, mit Sicherheit kann niemand glaubhaft die Vorteile darlegen, die das Angebot vollständig identischer Produkte durch mehrere Anbieter für die Versicherten haben kann – erst recht nicht, wenn die unterschiedlichen Prämienhöhen noch dazu führen, dass Tausende von Menschen jährlich zu einem Wechsel motiviert, wenn nicht wirtschaftlich gezwungen werden. Haben wir den Mut, eine sinnvolle Massnahme zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen einzuleiten! Ersparen wir unseren Mitmenschen das jährliche Vergleichen der Prämien, das Unbehagen, Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen privaten Anbietern beziehen zu müssen. Heute wird Scheinwettbewerb zelebriert. Die jährlichen Wechsel könnten wegfallen, ebenso die völlig unnötig produzierte, kostspielige Bürokratie. Nebst den sozial gesinnten Menschen kann nach meinem Verständnis auch ein liberaler Mensch nicht ernsthaft diese aufgeblasenen Doppelspurigkeiten in einem gänzlich überflüssigen, riesigen Administrationsapparat aufrechterhalten wollen.

Wagen wir einen sinnvollen Schritt zur Gesundung des Gesundheitswesens, zu einem Gesundheitswesen mit Transpa-

renz und ohne überrassene Managerlöhne! Empfehlen wir dem Volk die vorliegende Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» zur Annahme!

**Giezendanner Ulrich (V, AG):** Geschätzter Kollege Hadorn, Ihnen ist bewusst, dass die Zusatzversicherung, die Zusatzgeschäfte, die Zusatzprodukte weiterhin bei den Privatversicherern bleiben? Das würde alles genau gleich bleiben. Sind Sie mit mir einverstanden, wenn ich sage, dass in der Einheitskasse keine Zusatzprodukte vorhanden sind?

**Hadorn Philipp (S, SO):** Ich bin mit Ihnen einverstanden, dass es in der Einheitskasse keine Zusatzversicherungen gibt. Entsprechend kann dies auch nicht als Werbung missbraucht werden.

**Gmür Alois (CE, SZ):** Bis vor drei Wochen war ich Präsident eines Kleinspitals mit siebzig Betten, das ich zwanzig Jahre lang strategisch geführt hatte. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen habe ich immer wieder miterlebt. Ich habe nie einen Pseudowettbewerb festgestellt, wie er hier teilweise unterstellt worden ist. Mit den verschiedenen Krankenkassen wurde hart verhandelt. Es wurde um Preise gefeilscht, und es wurde um Mengenrabatte und Rückvergütungen gestritten. Vor allem in den letzten Jahren hat der Wettbewerb zugenommen. Man merkte, dass die Krankenkassen alles daransetzten, die Kosten zu dämpfen. Die Rechnungen wurden regelmässig kontrolliert, und Leistungen wurden hinterfragt. Dass dieser von den Versicherungen eingeleitete Kostendruck lästig ist und nicht bei allen Leistungserbringern, z. B. Spitälern und Ärzten, gut ankommt, ist nachvollziehbar. Das ist nach meiner Ansicht auch der Grund dafür, dass von Spitalreisen und von vielen Ärzten eine Einheitskasse begrüsst würde.

Der preisliche Wettbewerb spielt, und man hat eine Auswahl von Versicherungsmodellen. Wir haben in der Schweiz die freie Arztwahl, die freie Spitalwahl, und wir können auch die Krankenkasse auswählen. Ist man mit dem Service und dem Angebot nicht mehr zufrieden, kann man die Krankenkasse wechseln. Dieses privatwirtschaftliche System funktioniert sehr gut, es funktioniert zugunsten jeder und jedes Versicherten.

Die Prämien steigen nicht wegen den Versicherungen, sondern weil man, wenn man ein «Bobo» hat, nicht wie früher zuerst Selbstsorge betreibt, sondern sofort einen Arzt oder die Notfallstation eines Spitals oder eine ähnliche Institution aufsucht. Das Geschäft mit der Gesundheit boomt. Die medizinischen Möglichkeiten werden vielfältiger und besser. Dank besseren medizinischen Möglichkeiten wird die Bevölkerung älter. Wir haben das beste, aber auch eines der teuersten Gesundheitswesen der Welt. Das Gesundheitswesen ist eine der grössten Wachstumsbranchen. Auch mit einer Einheitskasse kann das Kostenwachstum nicht gebremst werden – im Gegenteil, die Anspruchshaltung der Bevölkerung wird noch grösser. Monopole führen zu höheren Preisen, zu schlechterem Service, und mit ihnen kann Missbrauch getrieben werden. Eine Einheitskrankenkasse müsste deshalb genau überwacht und kontrolliert werden.

Mit dem heutigen System schliesst der zu Versichernde in der Regel die Grundversicherung und die Zusatzversicherung bei der gleichen Krankenkasse ab. Er erreicht damit, zwei Fliegen auf einen Strich zu schlagen. Bei einer Einheitskasse wäre die Grundversicherung staatlich geregelt, und die Zusatzversicherung müsste bei einer privaten Versicherung abgeschlossen werden. Das führt unter dem Strich zu höherem Aufwand.

Lassen wir den Wettbewerb weiterhin spielen. Eine Einheitskrankenkasse bringt für niemanden eine Verbesserung. Ein solcher Systemwechsel in der Grundversicherung ist nicht angebracht. Das heutige System funktioniert. Ich bitte Sie, empfehlen Sie diese Initiative zur Ablehnung!

**Nidegger Yves (V, GE):** Une caisse unique d'Etat, une «Sécu» suisse, c'est une réponse émotionnelle et par conséquent mauvaise à une question qui, elle, est ration-

nelle et légitime, qui est celle de savoir pourquoi les primes augmentent chaque année de manière aussi stratosphérique. Quel est le noyau du Mal dans la LAMal? C'est une question que l'on doit se poser, mais la réponse n'est ni la pluralité des caisses chargées de servir les usagers, ni le fait que ce service soit rendu par des professionnels d'une branche avec un intérêt pour les entreprises pour lesquelles ils travaillent à conserver le client, puisqu'ils peuvent vendre à ce client des assurances complémentaires également. Il y a là des incitations au contraire à bien travailler que l'on ne retrouverait pas dans une étatisation et une fonctionnarisation d'une caisse qui serait unique.

Le noyau du Mal, il faut le chercher dans la LAMal elle-même. En 1994, on a instauré une obligation d'être assuré que les citoyens de ce pays ressentent aujourd'hui comme une chaîne à leurs chevilles, liée à un boulet qui pèse chaque année plus lourd, et dont ils souhaitent avec une émotion de plus en plus forte se faire libérer. Je vous rappelle qu'en 1994 il y avait moins de 3 pour cent de personnes qui n'étaient pas assurées volontairement. C'était des gens riches qui pensaient pouvoir faire face à leurs factures de médecin tout seuls, des gens en bonne santé qui avaient trop peu de moyens pour s'assurer, mais au final moins d'un pour cent du coût des soins tombait à charge de la collectivité faute d'une couverture d'assurance. Vingt ans plus tard, en 2014, ce sont les assurés qui tombent à charge de la collectivité et précisément parce qu'ils sont assurés, et ceci de manière obligatoire. Ce sont 2,5 millions de personnes ne peuvent pas faire face à la cherté des primes sans subsides étatiques. Et ceux qui n'ont pas droit aux subsides étatiques se retrouvent à payer en primes d'assurance pour une famille de quatre ou cinq personnes autant que pour leur loyer. Or, c'est humain, personne ne débourse le prix d'un loyer en échange de rien du tout et la seule cherté des primes qui augmenteront encore l'an prochain instaure une spirale, personne ne voulant être, dans tout le pays, le seul à ne pas tirer, par sa non-consommation de frais médicaux, quelque avantage d'un système qui semble profiter à tous les autres.

La caisse unique résoudra-t-elle ce malaise? Evidemment pas, car ce malaise ne sera résolu que si les primes devaient baisser; or, la consommation de soins médicaux, qui est l'essentiel de la prime, ne baissera pas par le seul fait que l'on ait centralisé le travail dans une caisse étatisée.

Quant aux coûts de fonctionnement, on sait qu'une entité peuplée de fonctionnaires payés comme des fonctionnaires et travaillant comme des fonctionnaires n'est généralement pas plus performante qu'une entité privée qui a une incitation économique à conserver ses clients. La caisse unique, c'est simplement la garantie que les coûts administratifs augmenteront, que la rapidité du service et des remboursements diminuera tandis que la rigidité administrative augmentera, le tout au détriment de la qualité des services, avec des assurés qui seront encore plus captifs qu'avant parce qu'ils seront enchaînés non seulement au système de la LAMal, dont ils ne pourront jamais se libérer, mais en plus à une caisse unique et obligatoire. Contrairement à l'esclave de l'Antiquité qui pouvait espérer être affranchi par son maître, l'assuré de la LAMal n'a pas cet espoir. Voter pour la caisse unique, c'est vouloir se faire plaisir sur un plan émotionnel. Parce que ce sont les caisses qui ont le lourd fardeau d'apporter la facture en augmentation année après année, c'est en conséquence contre elles que se dirige le ressentiment. Mais ce ressentiment ne s'arrêtera pas, il va au contraire se diriger contre l'Etat et contre ceux qui veulent aujourd'hui une Sécu – pour citer le modèle français – en Suisse et qui sont – curieuse coïncidence – les mêmes que ceux qui veulent un SMIC – pour citer un autre exemple français – en Suisse. Ils devraient se méfier des références qu'ils choisissent et s'attendre, si le citoyen devait les suivre, à voir le ressentiment des assurés se diriger contre eux d'ici une dizaine d'années, voire avant.

Pour toutes ces raisons nous avons intérêt à refuser et à inciter à refuser la caisse unique.

**John-Calame** Francine (G, NE): Je vais commencer par déclarer mes liens d'intérêt: je suis une «consom'actrice» de prestations de caisse-maladie. Je soutiendrai l'initiative «pour une caisse publique d'assurance-maladie» parce que la concurrence entre les caisses n'existe que sur le papier et pas entre les différents acteurs qui doivent fournir les mêmes prestations.

Cette soi-disant concurrence engendre en plus une course aux bons risques, qui a des conséquences désagréables lorsqu'elle se traduit par l'engagement de «call centers» pour du démarchage téléphonique de nouveaux clients, axé principalement sur la recherche de jeunes en bonne santé. Ce procédé hautement contestable a le don d'exaspérer les personnes appelées, ce d'autant plus lorsque les astérisques figurant dans l'annuaire téléphonique signifiant que les personnes ne souhaitent pas être victimes d'appels non désirés, ne sont pas respectés.

Une autre raison pour laquelle nous estimons qu'il faut changer de système est liée au fait que les assurés de certains cantons ont payé beaucoup trop de primes – on en a encore parlé ce matin – pendant plusieurs années alors que les coûts de la santé étaient stables voire en régression dans leur région. Même si une solution a enfin été trouvée pour remédier à cette injustice et qu'un montant de 800 millions de francs va leur être rétrocédé, de nombreux assurés des cantons concernés ne sont pas satisfaits de la solution proposée, car ils ne vont pas récupérer l'entier du trop-payé. La confiance dans ce système, qui est censé établir le montant des primes en fonction des coûts de la santé, n'est plus crédible puisque, cette année à nouveau, il semble que certains cantons payeront des primes trop élevées!

Par ailleurs, les caisses-maladie font preuve de beaucoup d'imagination pour proposer des systèmes d'assurance alternatifs qui permettent d'obtenir des rabais de primes. Je pense ici plus particulièrement aux systèmes appelés du «médecin de famille» ou de «télé-médecine» dont j'ai pu personnellement tester le fonctionnement. Je peux vous dire que toute la réglementation imposée à l'assuré pour qu'il puisse bénéficier de la baisse de prime n'est pas simple à gérer. Ces systèmes ne sont donc pas à la portée de chacun.

Même lorsque l'assuré respecte le fait d'appeler le service de télé-médecine avant de se rendre chez le médecin, il n'est pas sûr que ses frais lui seront remboursés. En effet, au bout du fil on lui signale que pour des questions de standard de qualité, l'appel sera enregistré. L'assuré se dit que tout va bien et qu'ainsi il pourra prouver qu'il a bien téléphoné avant de consulter, mais que nenni. Même si vous donnez la date de votre appel, le service de télé-médecine peut dire qu'il n'a jamais reçu cet appel et, par conséquent, exiger de l'assuré qu'il paie la prime de l'assurance standard et, cerise sur le gâteau, souvent avec un effet rétroactif!

S'il est envisagé qu'un tel système perdure, il faudrait pour le moins que la charge de la preuve ne soit plus du côté de l'assuré, mais bien de l'assurance. En effet, comment voulez-vous qu'un simple assuré puisse apporter la preuve du contenu de l'entretien, alors que son installation téléphonique ne lui permet pas d'enregistrer la conversation? C'est impossible! La télé-médecine devrait donc être soit interdite, soit modifiée dans le sens où ce devrait être à l'assurance de prouver le contenu de la conversation téléphonique et non à l'assuré. De plus, toujours dans le cas de la télé-médecine, je ne comprends pas sur quelles bases le personnel médical qui répond aux appels téléphoniques pourrait contester la pertinence d'un examen prescrit par un confrère. Cela reste pour moi un grand mystère et prouve que l'analyse des cas par téléphone a ses limites.

Concernant le système du médecin de famille, les assurés se trouvent devant le même genre de difficultés. Même s'ils envoient à l'assurance tous les avis de délégation dûment établis par le médecin de famille, pour les examens qu'il prescrit ou pour une consultation chez un spécialiste, il n'est pas rare que certains de ces documents se perdent ou qu'ils soient mal interprétés, entraînant un travail conséquent de la part de l'assuré – faut-il le préciser – pour obtenir des copies

de ces documents, ce qui prolonge d'autant les délais pour se faire rembourser les frais médicaux, tout ceci sans tenir compte des pertes de temps pour le médecin de famille qui doit faire les copies, alors qu'il croule déjà sous la papeterie.

Actuellement, l'assuré a l'impression d'être le dindon de la farce, juste bon à payer des primes qui ne lui garantissent même pas, au final, d'avoir la certitude d'être remboursé correctement. Dans ces circonstances, une caisse publique ne peut être qu'une meilleure solution. Le fonctionnement de la SUVA, assurance publique contre les accidents, prouve qu'il est possible de gérer une assurance publique avec efficacité et économie tout en faisant de la prévention. Pour la caisse-maladie cela sera aussi le cas, je n'en doute aucunement!

**Friedl** Claudia (S, SG): In einer langen Diskussion ist schon über viele Bilder gesprochen worden. Eines der schönsten Bilder war sicher das von Herrn Walter, er sprach vom Dorfäden. Nach der Ansicht von Herrn Walter sollte es sechzig Dorfäden geben, die absolut das gleiche Sortiment zum gleichen Preis anbieten. Seien wir ehrlich – das ist eine unvernünftige Lösung. Aber es ist die heutige Situation. Heute haben wir sechzig Versicherer, die in der Grundversicherung um unsere Gunst buhlen, ohne dass sie etwas Unterschiedliches anbieten könnten. Wir zahlen mit unseren Prämien sechzig verschiedene Verwaltungsstellen, sechzig Verwaltungsräte mit ihren CEO. Ausser zu mehr Unkosten hat diese Pseudowahlfreiheit zu keiner nachweisbaren Verbesserung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung geführt.

Die jährliche Aufforderung, die Prämien der Krankenkassen zu vergleichen und bei Unterschieden zu einer günstigeren zu wechseln, weckt bei immer mehr Leuten nur noch ein müdes Lächeln. Das scheinbar so einfache Wechseln ist doch mit erheblichem Aufwand verbunden. Wer chronisch krank oder sogar schwerkrank ist, wartet deutlich länger auf seinen neuen Versicherungsausweis. Für die Kassen macht es viel aus, welche Krankheitsrisiken ihre Versicherten haben. Mit sogenannten guten Risiken können sie Prämien senken. Schlechte Risiken kosten sie, und deshalb wollen sie diese lieber wieder loswerden. Es ist halt einfach auch ein Business. Anstatt auf Gesundheitsprävention setzen die Kassen auf Risikoselektion. Das kann auch ein Risikoausgleich nicht aus der Welt schaffen.

Viele Leute verwerfen einen Kassenwechsel auch aus praktischen Gründen. Sie besitzen beim gleichen Versicherer neben der Grundversicherung auch eine Zusatzversicherung für Alternativmedizin, für zusätzliche ambulante Leistungen oder für Spitalpflege in Privatabteilungen. Das ist lukrativ für die Kassen. Aber hier ist für die Versicherten der Haken, denn Zusatzversicherungen zu wechseln ist oft ein schwieriger Schritt. Durchlebte Krankheiten werden beim neuen Versicherer als Vorbehalt aufgenommen und von Leistungen ausgeschlossen. Es ist zwar möglich, Grundversicherung und Privatversicherung bei verschiedenen Kassen zu haben. Aber die wenigsten Leute tun dies, weil ihnen das Ganze ja meist als Paket verkauft wurde und sie deshalb Angst vor Leistungsverlusten haben.

Mit einer öffentlichen Krankenkasse gibt es – das ist klar – eine hochstehende Gesundheitsversorgung für alle. Die Leistungen der Grundversorgung sind für alle gleich und werden von den Kassen übernommen. Die Prämien werden für jeden Kanton, wie das Schweizer Manier ist, separat festgelegt. Der Leistungskatalog wird wie heute von der Politik vorgeschrieben. Und das ist wichtig, damit wir zu keiner Zweiklassenmedizin kommen. Aber endlich kann eine Entflechtung zwischen dem obligatorischen und dem privaten Bereich gemacht werden. Die Kundinnen und Kunden haben volle Transparenz, und die Versicherer sind frei, was sie zusätzlich anbieten wollen – hier kann dann der Wettbewerb spielen.

Mit einem Systemwechsel zur öffentlichen Krankenkasse können jährlich 300 bis 330 Millionen Franken gespart werden, dies nur schon durch weniger Werbeausgaben, weni-



ger Verwaltungskosten und weniger Wechselkosten; schliesslich kostet jeder Wechsel etwas. Insgesamt bedeutet das auch einen Bürokratieabbau. Das ist auch der Grund, warum viele Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, also Ärzte, Therapeutinnen, die Initiative unterstützen. Hören wir auf mit diesem Pseudowettbewerb, unterstützen wir diese Initiative für mehr Gesundheitsvorsorge und mehr Gesundheitsförderung!

**Giezendanner Ulrich (V, AG):** Vorbemerkung: Die Werbekosten kommen aus dem Privatversicherungsbereich, das bleibt gleich – damit Sie das jetzt auch lernen! Die Frage: Wie viele Arbeitsplätze wollen Sie als Sozialdemokratin abbauen, wenn die Einheitskasse kommt?

**Friedl Claudia (S, SG):** Wir sind sicher, dass wir viele Arbeitsplätze aufbauen können, denn mit der öffentlichen Krankenkasse werden andere Gesundheitssysteme gefördert. Wir wollen das Geld in der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitsvorsorge, nicht in der Verwaltung!

**Aeschi Thomas (V, ZG):** Die SVP steht für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ein. Was mit der Einheitskrankenkasse gefordert wird, ist jedoch genau das Gegenteil: Das bisschen Wettbewerb, das es heute trotz einheitlichem Leistungskatalog und Risikoausgleich noch gibt, soll ganz eliminiert werden. Stattdessen soll ein neuer staatlicher Moloch geschaffen werden, was in einem Umfeld ohne Konkurrenz zwingend zu mehr Kosten und weniger Effizienz führen wird. Was sind die Forderungen der SVP im Gesundheitswesen?

1. Eine Forderung der SVP ist die Beseitigung der bestehenden Fehlanreize:

Ein erster Fehlanreiz ist der sogenannte Moral Hazard. Das bedeutet, dass sich eine versicherte Person anders verhält als eine nichtversicherte Person. Sobald also eine Person die Franchise und den Selbstbehalt, welcher maximal 700 Franken beträgt, erreicht hat, werden sämtliche Gesundheitsrechnungen von der Krankenkasse bezahlt. Aufgrund dieser Anreizstruktur ist davon auszugehen, dass Leistungen nachgefragt werden, welche in einem anderen Umfeld nicht nachgefragt würden. Was sind Vorschläge zur Reduktion dieses Fehlanreizes? Einerseits dürfte das Franchise-System nicht bei 2000 Franken beschränkt werden, und andererseits dürfte auch die Selbstbeteiligung nicht mehr nach oben beschränkt sein.

Ein zweiter Fehlanreiz hat mit der konstanten Ausweitung des Leistungskatalogs zu tun. Als Beispiel sei hier das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) genannt. In diesem Manual wird beschrieben, welche mentalen Krankheiten existieren. Im neuesten Band finden sich zum Beispiel folgende neue Krankheiten: Die Trauer heisst neu «klinische Depression», bei Vergesslichkeit liegt wohl eine «kognitive Beeinträchtigung» vor, bei Sorgen könnte eine «Beeinträchtigung durch somatische Symptome» vorliegen, und bei Wutanfällen von Kindern spricht man von einem «disruptive mood dysregulation disorder». Was sind Vorschläge zur Reduktion dieses Fehlanreizes? Solange der Leistungskatalog durch Ärzte und Patienten gemeinsam festgelegt wird, währenddem die Kosten durch den Steuer- und Prämienzahler beglichen werden, kann dieser Trend nicht gebrochen werden. Aus diesem Grund muss die Schweizer Politik einen neuen Mechanismus zur Unterscheidung von notwendigen und wünschbaren Behandlungen finden und den Leistungskatalog in Zukunft viel stärker beschränken.

Der dritte Fehlanreiz sind die Prämienverbilligungen. Auch hier besteht ein Moral Hazard, denn je mehr Gesundheitsleistungen jemand bezieht, desto mehr Prämienverbilligungen erhält er.

Der vierte Fehlanreiz ist die Tatsache, dass der Arzt den Anreiz hat, mehr Behandlungen durchzuführen, als vielleicht nötig sind, da die Kosten nicht vom Patienten, sondern von der Versicherung getragen werden. Während dieses Problem in den Spitälern mit der Einführung der Diagnosis Re-

lated Groups (DRG) teilweise gelöst wurde, muss für die anderen Fälle noch eine Lösung gefunden werden.

Der fünfte Fehlanreiz besteht bei den Kantonen, die oft ineffiziente, das heisst zu kleine und unterbelegte Spitalstrukturen aufrechterhalten. Nur wenige Kantone haben sich zu einer radikalen Zusammenlegung des Spitalangebots entschieden, so zum Beispiel der Kanton Zug. Es müssten also auch Massnahmen ergriffen werden, damit Kantone weniger Anreize haben, ineffiziente Spitalstrukturen fortzuführen.

2. Eine zweite Forderung der SVP ist die Entflechtung der Leistungserbringer und die Trennung von Gesundheits- und Sozialpolitik: Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen – Ärzte, Spitäler, Kantone und Krankenkassen – ziehen im heutigen System nicht am gleichen Strick. Auch wird Gesundheits- und Sozialpolitik immer wieder vermengt, was zu starken Verzerrungen und entsprechend höheren Kosten führt. Hier müssen wir als Parlament in Zukunft unbedingt eine Entflechtung herbeiführen.

3. Schliesslich fordert die SVP grundsätzlich mehr Wettbewerb und mehr Transparenz. Auch wenn es die Linke nicht glauben will: Der Wettbewerb um Kunden führt zu mehr Effizienz und zu tieferen Kosten. Gleichzeitig soll aber auch die Transparenz bezüglich Qualität und Preise im Gesundheitswesen verbessert werden, damit alle Akteure über ausreichende Informationen verfügen.

Die SVP-Fraktion lehnt eine Einheitskasse einstimmig ab, da damit kein einziges der eben erwähnten Probleme gelöst wird. Im Gegenteil, eine Einheitskasse hätte mehr Ineffizienzen, mehr Kosten, weniger Qualität und höhere Preise im Gesundheitswesen zur Folge. Wir danken Ihnen für die Ablehnung dieser Initiative.

**Wermuth Cédric (S, AG):** Ich wollte eigentlich die Frage Herrn Giezendanner stellen, aber er hat vorhin nicht gesprochen. Sie haben jetzt das Gleiche gesagt. Ich habe nur eine Frage: Sie erklären uns hier in der Debatte ja einmal mehr, wie Volkswirtschaft funktioniert. Jetzt haben Sie vorhin gesagt, eine Einheitskasse sei ineffizient, der Wettbewerb sei effizienter. Herr Giezendanner behauptet aber, mit der Einheitskasse würde es weniger Arbeitsplätze geben, es wäre also effizienter. Können Sie mir erklären, welches Modell Sie benutzen und was genau Sie unter Effizienz verstehen?

**Aeschi Thomas (V, ZG):** Sie sehen ja selbst, wie Herr Giezendanner den Kopf schüttelt. Sie zitieren ihn hier vollkommen falsch. Das Problem ist, dass wir heute ein bisschen Wettbewerb haben. Was Sie machen wollen, ist, den Wettbewerb ganz zu eliminieren. Die SVP sagt: Wir brauchen im Gegenteil viel mehr Wettbewerb, als wir heute haben, und deshalb ist die Einheitskasse abzulehnen.

**Steiert Jean-François (S, FR):** Bevor ich meine Argumente erläutere, möchte ich doch ganz kurz Kollege Aeschi antworten – ich werde nicht auf alles antworten, das wäre etwas ausführlich. Herr Aeschi hat den Wettbewerb als Bedingung für ein effizientes und günstiges Gesundheitssystem quasi mantraartig – ich sehe, wir haben bei uns Gebetsmühlen – erläutert. Wenn man schaut, welches das am stärksten am Wettbewerb orientierte Gesundheitssystem der Welt ist, sieht man, dass es das der Vereinigten Staaten ist; und wenn man schaut, welches das teuerste Gesundheitssystem der Welt ist, sieht man, dass es auch das der Vereinigten Staaten ist. Ihr Modell funktioniert offensichtlich nicht ganz. Sie haben auch gesagt, dass man als Patient umso verantwortlicher ist, je mehr man bezahlt, weil es sonst den Moral Hazard gibt, mehr Medizin konsumiert wird und wir alle freudvoll zum Arzt gehen, auch wenn wir gesund sind, weil wir nichts anderes zu tun haben. Das kostet dann verflüxt viel. Interessant ist, dass die Schweiz OECD-weit das Land mit der höchsten Beteiligung ist, die der Patient und der Versicherte aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen muss. Trotzdem haben wir bei Weitem nicht das günstigste System. Ihr Modell funktioniert auch hier nicht, Sie müssen ökonomisch etwas über die Bücher.



Zum Prinzip: Die Schweizer Krankenversicherer vergeuden jährlich Millionen Franken von Prämiegebern ihrer Versicherten, um die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» zu bekämpfen, obwohl der bestehende gesetzliche Rahmen laut einer kürzlich veröffentlichten Antwort des Bundesrates verlangt, dass Krankenkassen angesichts ihrer besonderen Stellung in Wahrnehmung ihrer öffentlichen Aufgabe zu politischen Fragen zurückhaltend und ausgeglichen informieren sollten.

Unser Gesundheitssystem ist in vielen Aspekten hervorragend. Die Leistungen unserer Spitäler, der Ärzte, der Pflegenden und ganz allgemein der Leistungserbringer gehören weltweit zur Spitze, und sowohl bei der mittleren Lebenserwartung wie bei den Lebensjahren mit ansprechender Lebensqualität wird die Schweiz stets unter den Weltbesten aufgeführt, auch wenn die Leistungen des Gesundheitssystems nur zwischen 10 und 20 Prozent der unterschiedlichen Lebensdauern erklären. Aber der exzessive Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern bedroht heute diese gute Situation. Viele haben bereits die Hunderte von Millionen Franken Werbekosten, Verwaltungskosten, Kosten bei Kassenwechseln, für Marketing usw. erwähnt, die mit unseren Prämien bezahlt werden, damit wir selber am Abend oder am Samstag noch telefonisch belästigt werden. Ob dies das Beste unseres versicherungsmässigen Erfolgsmodells ist, kann man tatsächlich diskutieren. Statt am Telefon von unmöglichen Leuten geplagt zu werden, sähe ich es lieber, wenn diese jährlich 300 bis 400 Millionen Franken für die Pflege gebraucht würden – dort würde es dringender gebraucht –, damit ältere Menschen länger daheimbleiben können.

Die Kassen und die meisten ihrer Vertreter hier im Parlament verlangen die freie Kassenwahl; das ist die Freiheit des Bürgers, nicht wahr? Aber die gleichen Kassen und die gleichen Vertreter setzen sich hier mit allen Mitteln gegen die für mich und für die Patientinnen und Patienten in der Schweiz sehr viel wichtigere freie Arztwahl ein, und dies, obwohl die meisten Schweizerinnen und Schweizer ihren Arzt frei wählen möchten. Eine öffentliche Kasse hätte es nicht nötig, so gegen die Interessen der Patienten vorzugehen. Die Kassen setzen sich zulasten der Patienten für die Streichung von Leistungen ein, um dann die gestrichenen Leistungen mit kostspieligen Zusatzversicherungen wieder zu decken, natürlich gegen teures Geld, so die Patienten solches denn haben.

Die Krankenkassen haben kürzlich beschlossen, sogar den bescheidensten Schutz der Versicherten gegen die Makler, den wir haben, wieder aufzuheben. Letzte Woche lobbyierten sie gegen den vom Nationalrat und inzwischen auch vom Ständerat geforderten gerechten Zugang zu Medikamenten. Ein entsprechender Bericht des Bundesrates zeigt, dass die intransparente und nach Partikularinteressen orientierte Politik der Versicherer heute dazu führt, dass der wohnorts- und finanzunabhängige Zugang zu Medikamenten, insbesondere in Bereichen wie der Onkologie und der Pädiatrie, heute nicht mehr gewährleistet ist. Es darf nicht sein, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern dazu führt, dass in unserem Schweizer System die Chancengerechtigkeit für Behandlungen nicht mehr gewährleistet werden kann.

Und etwas Grundsätzliches: Über Beteiligungen und vertragliche Partikularbindungen organisieren heute die meisten grossen Versicherer zum Teil gemeinsam mit privaten Akteuren der Leistungserbringer ein System der vertikalen Integration, das die Handlungsspielräume der demokratisch gewählten Behörden von Bund und Kantonen, mit ihrer gesetzlichen Verantwortung für qualitativ und von der Erreichbarkeit her ausreichende Leistungsangebote, untergräbt. Damit werden das Volk und seine Vertreter nach und nach auf dem kalten Weg ihrer politischen Rechte der Mitbestimmung über die Zukunft unseres Gesundheitssystems beraubt. Das ist unschweizerisch.

All diese versichertenfeindlichen und teuren Folgen des übertriebenen Wettbewerbs zwischen den Kassen würden mit einer öffentlichen Kasse wegfallen – zum Wohl der Versi-

cherten und der Patienten. Ich empfehle Ihnen deshalb die Initiative zur Annahme.

**Stahl Jürg (V, ZH):** Nach dieser dramatischen Pauschalschelte gegenüber sämtlichen Institutionen, welche unser Gesundheitswesen zu dem gemacht haben, was es heute ist, möchte ich wieder zur Sachlichkeit zurückkommen.

Seit heute Morgen um 8 Uhr liegt das Gesundheitswesen auf dem Behandlungsbett, in der Praxis des Bundeshauses, mit dem Namen «Gesundheitspolitik». Es ist aber eher eine Behandlung in der plastischen, kosmetischen Chirurgie, denn ich muss leider einmal mehr feststellen, dass zwar intensiv diskutiert wird, aber die wirklichen Probleme der Kostensteigerung, der Volumenvergrößerung, der Fehlreize, des Konsumverhaltens und der Anspruchsmentalität generös ausgelassen werden. Diese Volksinitiative ist eine Fehldiagnose. Diese Fehldiagnose, welche die Initianten innerhalb eines Jahrzehnts bereits dreimal gemacht haben, können wir mit einem Nein korrigieren – noch bevor die Bevölkerung die gravierenden finanziellen Folgen tragen muss. Wenn ich Versicherte frage – da spreche ich jetzt über meine operative Tätigkeit und folglich auch über meine Interessenbindungen; ich bin Mitglied der Geschäftsleitung eines der grössten Krankenversicherungsunternehmen der Schweiz –, dann bekomme ich oftmals die Antworten, in dieser Reihenfolge, zu hören: tiefere Preise, tiefe Prämien, freie Arztwahl, schnelle Rückerstattung, Freizügigkeit, Kostenkontrolle und ein stabiles, schuldenfreies System. Das sind Kundenbedürfnisse, welche das heutige System erfüllt. Hunderte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kontrollieren täglich Tausende von Arzt- und Spitalrechnungen. Sie vergleichen Kosten und Medikation, besprechen komplexe Fälle mit Vertrauensärzten, welche wiederum versuchen, Fehltherapien und Überversorgung zu korrigieren.

Diese Massnahmen sind auch wichtig für die Leistungserbringer. Ich zweifle daran, dass eine Einheitskasse diese Massnahmen auch treffen kann. Wo steht die Motivation der Mitarbeitenden, dies alles auch so gewissenhaft und so gut zu tun wie heute die privaten Anbieter? Es gibt Unterschiede, wir stellen das fest. Die Folge davon sind höhere Prämien. Die Freizügigkeit erlaubt es dann jedem Kunden, sich in der Grundversicherung dort zu versichern, wo diese Kostenkontrolle auch durchgeführt wird.

Der Moloch Einheitskasse, eine unsteuerbare «Titanic», hat diese Instrumente nur zum Teil, bzw. es fehlt die Motivation, diese Instrumente auch anzuwenden. Die Einheitskasse als ein Rezept zur Gesundung auszustellen ist nicht nur falsch, sondern auch unehrlich gegenüber den Prämienzahlenden. Vergessen Sie dabei nicht: Es zahlen heute nicht alle Prämien. Der Ausbau des Prämienverbilligungssystems hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass heute rund ein Drittel nicht mehr die vollen Prämien zahlen muss. Dies hat gravierende Konsequenzen für die anderen Prämienzahlenden, da sie dann die Differenz bezahlen müssen.

Ein Wechsel des Systems, geschätzte Initiantinnen und Initianten, wäre gegenüber den künftigen Generationen unverantwortlich. Es ist schwer nachvollziehbar, weshalb die Befürworter die gleichen Fehler machen wollen wie uns nahestehende Länder wie Schweden, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien und andere, welche die entstandenen Löcher dann mit milliardenschweren Subventionen und Zuschüssen stopfen müssen.

Bitte bewahren Sie unserer Bevölkerung ein System, in welchem die Freizügigkeit gegeben ist, die Kostenkontrolle seriös durchgeführt wird, die freie Arztwahl gewährleistet ist und auch die regionalen Gegebenheiten respektiert werden. Ich bin erstaunt über die unsachlichen Fehlbehauptungen, die hier einfach platziert wurden: Hunderte von Millionen Franken für die Jagd auf gute Risiken, schlechte Versorgung, Bezahlung der Werbekosten aus der Grundversicherung usw. Neben dieser Verwunderung ergab sich auch ein Lichtblick, dass nämlich eine Initiantin in Betracht zieht, aus dem Initiativkomitee auszutreten.

In diesem Sinn bitte ich Sie, beim bestehenden, schuldenfreien System zu bleiben und zum erneuten Versuch der Einrichtung einer Einheitskasse klar Nein zu sagen.

**Glättli** Balthasar (G, ZH): Wir Grünen sind mit Überzeugung für diese Volksinitiative. Ich möchte aber doch kurz mit einer Bemerkung zu Kollege Stahl einleiten: Er hat vorher gesagt, man solle bitte mithelfen, die Freizügigkeit zu erhalten. Das kann ich in anderem Kontext Kollege Stahl gerne zurückgeben.

Was wir heute im Bereich der Krankenkassen haben, ist das, was Mathias Binswanger treffend in einem Buchtitel als «sinnlosen Wettbewerb» beschreibt. Wir haben, und das ist gut so, ein Obligatorium der Krankenversicherung. Wir haben, und das ist gut so, einen klaren Leistungskatalog, den wir auch politisch aushandeln; wir sagen hier, was zu einer Grundversorgung, die jedem Menschen in der Schweiz zusteht, gehört. Wir haben, weil wir diese ganze Landschaft mit verschiedenen Kassen haben, auch eine extreme Markteinschränkung. Jede Kasse hat nämlich die Pflicht, alle Menschen mit dieser Grundversicherung zu versorgen, wenn sie denn bei ihr anklopfen. Ein Zwangskonsum, ein Zwangsangebot und eine Verpflichtung, jedes Risiko zu nehmen – wo da noch der Wettbewerb spielen soll, das verstehe ich nicht.

Ich möchte aber noch auf einen Punkt eintreten, der bis jetzt nicht gross zur Sprache gekommen ist: Es gibt auch Kosten, die nicht in den Kassen entstehen. Es gibt Kosten, Opportunitätskosten im Zusammenhang mit dem Wechsel, die bei jedem und jeder von uns entstehen. Die Krankenkasse zu wechseln bedeutet nicht einfach, ein Formular auszufüllen und zu sagen, man würde gerne zu der Kasse gehen, die für einen am billigsten sei, man solle das für einen ausrechnen. Das wäre ein Modell, zu dem man meines Erachtens Ja sagen könnte. Nein, es ist so: Man muss zwanzig Minuten oder eine halbe Stunde investieren, man muss seine eigenen Arztbesuche anschauen und verschiedenste Modelle vergleichen, um am Schluss allenfalls verschiedenste Offerten zu erhalten, zusätzlich zu denen, die man ungefragt kriegt, um dann zu entscheiden, wem man zusagt.

Dass es sich bei diesem Prozess nicht um einen funktionierenden Wettbewerb handelt, bei dem alle das auswählen, was für sie am besten ist, sieht man typischerweise daran, dass nur 6,8 Prozent – so eine Studie von Comparis für das Jahr 2012 – überhaupt wechseln. Nur 6,8 Prozent wechseln, obwohl man im Schnitt eine Einsparung von fast 1000 Franken im Jahr für sich herausholen könnte, wenn man denn diese Stunde investiert hätte, um herauszufinden, welches das billigste Angebot für einen ist.

Ich habe fast das Gefühl, heute wird bei den Krankenkassenprämien von allen, die sich weigern, diesen sinnlosen Wettbewerb mitzumachen, auf gleich unfaire Art und Weise zu viel bezahlt wie im Dschungel der Mobilfunktarife. Dort hat man ausgerechnet, dass die Schweizerinnen und Schweizer für ihre Mobilfunkabonnements jährlich 3,1 Milliarden Franken zu viel bezahlen – nicht weil sie nicht wählen könnten, hier besteht sogar ein Wettbewerb mit Hunderten unterschiedlichen Angeboten –, und trotzdem ändern sie es nicht, weil es zu komplex ist. Weshalb etwas komplex machen, das so einfach ist? Wir wissen, was die Grundversicherung beinhaltet: Jeder Versicherer muss sie anbieten, jeder Versicherte darf sie erhalten. Darum ist eine Einheitskasse auch volkswirtschaftlich mit den gerechneten und mit den nichtgerechneten Kosten, die als Arbeitszeit in der Freizeit bei allen Schweizerinnen und Schweizern anfallen, die geschickteste Lösung.

Zum Schluss ist zu Recht gesagt worden, dass diese Einsparungen, die wir erwarten, nicht etwa 10 oder 20 Prozent ausmachen. Aber so habe ich es doch gelernt: Wer den Rappen nicht ehrt, ist des Frankens nicht wert. Machen wir diesen mutigen, sinnvollen, vernünftigen Entscheid!

Wir Grünen beantragen Ihnen, die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse» zur Annahme zu empfehlen.

**Tschümperlin** Andy (S, SZ): Die Initiative trägt den Titel «Für eine öffentliche Krankenkasse». Es heisst «öffentlich», weil die Krankenversicherung seit 1996 eine regulierte Sozialversicherung ist. Die Aufgabe dieser regulierten Sozialversicherung ist es, alle Einwohnerinnen und Einwohner unseres Landes für die Heilungskosten bei Krankheiten zu versichern. In der Grundversicherung sind die Versicherungspflicht, die Organisation, die Leistungen und die Leistungserbringer geregelt – Punkt, Schluss, so steht es in der Gesetzgebung.

Aktuell ist es so, dass über sechzig Krankenkassen die regulierte Grundversicherung anbieten. Die gleiche geregelte Leistung wird also in einem Pseudowettbewerb angeboten. Eigentlich ist das doch absurd. Über sechzig Kassen bieten die gleichen regulierten Leistungen an. Mir kommt es jeweils so vor wie das, was ich vor dreissig Jahren bei meiner Reise durch das damalige Jugoslawien erlebte, wo in allen Läden eines Dorfes genau die gleichen paar Produkte angeboten wurden.

Die Folge dieser Fehlkonstruktion: Die Kassen stehen im Wettbewerb um die guten Risiken. Je gesünder die Versicherten im Durchschnitt sind, desto weniger Kosten verursachen sie. Je jünger die Versicherten im Durchschnitt sind, desto tiefer fallen die Kopfprämien aus. Ist dieses Modell, das mit dem KVG seit zwanzig Jahren umgesetzt wird, für Sie wirklich eine regulierte Sozialversicherung? Heute müssen wir doch ernüchtert feststellen, dass der regulierte Wettbewerb unter den über sechzig Krankenversicherungen weder zu mehr Effizienz noch zu Qualitätsverbesserungen geführt hat.

Besser zu erreichen sind die Ziele einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung mit einer öffentlichen Krankenversicherung. Nur eine öffentliche Krankenversicherung setzt dem Pseudowettbewerb ein Ende; es ist Zeit, das Experiment Marktwirtschaft in der Sozialversicherung zu begraben. Nur mit einer öffentlichen Krankenkasse können rund 25 Prozent der Verwaltungskosten durch den Wegfall der Akquisitions-, Werbe- und Wechselkosten eingespart werden; das sind rund 300 bis 350 Millionen Franken pro Jahr. Nur mit einer öffentlichen Krankenkasse ist das Problem der Risikoselektion auf einen Schlag gelöst. Wettbewerb bedeutet doch nicht, dass die Versicherungen eine Selektion zwischen jüngeren und älteren Menschen veranstalten. Solidarität zwischen den Generationen ist ein Grundelement von Sozialversicherungen.

Nur eine öffentliche Krankenkasse kann chronisch kranke Versicherte gezielt behandeln. Damit können die Qualität und die Effizienz der Versorgung mit strukturierten Behandlungsprogrammen verbessert werden. Wenn die 5 Prozent der Versicherten, welche die intensivste und teuerste Betreuung benötigen, konsequent von ihrem Hausarzt oder ihrem Pflegefachmann in einem strukturierten Behandlungsprogramm betreut werden, kann bei einem Effizienzgewinn von 10 Prozent rund eine Milliarde Franken eingespart werden.

Nur eine öffentliche Krankenkasse hat den Anreiz, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen. Mit Prävention kann eine öffentliche Krankenkasse später von Kosteneinsparungen profitieren. Die Suva investiert insgesamt ja etwa 3 Prozent ihres Prämienvolumens in Massnahmen zur Unfallverhütung. Damit setzt sie deutlich mehr Mittel für Präventionsmassnahmen ein als Krankenkassen. Das Engagement für Prävention zahlt sich für die Suva dann direkt aus.

Ich bitte Sie, die Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» zu unterstützen, weil ich überzeugt bin, dass wir ein einfacheres und effizienteres Finanzierungssystem für unser gut ausgebautes Gesundheitsnetz verdienen.

**Giezendanner** Ulrich (V, AG): Herr Kollege Tschümperlin, bei praktisch jeder Gewerkschaft, aber auch in Berufsverbänden gibt es AHV- und IV-Abrechnungsstellen, die für den Verwaltungsaufwand natürlich entschädigt werden wollen. Ich glaube, es sind deren 160 in der Schweiz, aber ich muss ehrlich sagen, dass ich es nicht genau weiss. Es geht also

um genau das Gleiche. Warum wollen Sie nicht eine Einheitseintreibungskasse für die AHV?

**Tschümperlin Andy** (S, SZ): Weil wir mit einer öffentlichen Krankenkasse genau diese administrativen Aufwände vereinfachen und sie so ausgestalten können, dass erstens einmal alle Menschen die Bestimmungen richtig verstehen und auch umsetzen können und dass zweitens die Effizienzsteigerung den Leuten, den kranken Menschen, zugutekommt und das Geld nicht in der Administration verschwindet, wie das heute eben der Fall ist.

**Brunner Toni** (V, SG): Zu meinen Interessenbindungen: Ich bin weder Versicherungsvertreter, noch sitze ich in einem Verwaltungsrat eines Spitals; ich bin auch nicht Lobbyist irgendeiner Gesundheitsorganisation. Ich bin lediglich Präsident einer grösseren Volkspartei mit vielen Prämienzahlern; ich selber bin noch recht gesund und ebenfalls fleissiger Prämienzahler, der monatlich bei dieser Umverteilungsübung mitmacht. Wenn man selber mal einen Arztbesuch hat, der ansteht, dann bezahlt man diesen selbstredend noch aus dem eigenen Sack.

Was heute hier im Parlament diskutiert wird, interessiert darum. Schliesslich geht es im schweizerischen Gesundheitsmarkt um über 60 Milliarden Franken. Ich habe also klare Interessen, ich habe Interesse an einer bezahlbaren, kostengünstigen und effizienten und natürlich an einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung.

Ist nun die Einheitskasse die Lösung, die hin zu einem kostengünstigeren Gesundheitswesen führt? Das ist für mich die Kernfrage des Ganzen. Können die Prämienexplosionen gestoppt werden? Werden Anreize für kostenbewusste Menschen gesetzt? Bekommen wir die kostentreibenden und rasant wachsenden Leistungserbringer in den Griff? Diese Fragen muss man sich stellen.

Wenn ich sehe, in welchem Umfeld wir uns bewegen, ist es für mich schon klar, warum man auf die Idee einer staatlichen Monopolkasse kommen kann. Betrachten wir die heutige obligatorische Krankenversicherung, so finden wir einen äusserst regulierten, ja überregulierten Bereich vor. Wo ist heute der Wettbewerb in der Grundversicherung? Es gibt einen vorgegebenen Leistungskatalog, es gibt administrierte Preise. Will ich eine schlanke Grundversicherung, bekomme ich sie nicht, weil alles vorgegeben ist – geschweige denn die Wahlfreiheit, ob ich überhaupt eine Krankenversicherung will oder nicht. Freiheit ade! Über diese Fragen wird heute gar nicht mehr diskutiert.

Man darf sich auch hier drin natürlich fragen: Ist der Wille und sind die Anreize da, dass die Kassen effektiv und kostengünstig arbeiten? Auch diese Fragen darf man sich stellen. Lässt man einen Pseudowettbewerb zu, oder lässt man einen Wettbewerb nur bedingt oder viel zu wenig zu, so verwundert es mich wirklich nicht, dass der Ruf nach einem staatlichen Monopol erklingt.

Es ist auch logisch, dass die politische Linke konsequenterweise ihr Heil in einer Verstaatlichung sucht. Der Sozialismus beruht ja schliesslich auf mehr Staat und weniger Freiheit – staatliches Regime, und alles wird besser. Streichen wir noch den letzten kleinen verbleibenden Wettbewerb, und alles wird besser. Ich glaube, dies ist halt trotzdem weit gefehlt. Ich glaube nicht, dass Politiker eine Gesundheitskasse besser führen als Unternehmer.

Ich glaube auch nicht daran, dass die Prämien tatsächlich sinken werden, wenn wir in der Grundversicherung den letzten Rest Wettbewerb ausschalten. Ich glaube aber daran, dass der Staat schon sehr schnell ausbaden muss, was ihm eingebrockt wird, wenn die Politiker eine Einheitskasse installieren. Zuerst wird der Druck für effizientes Arbeiten weg sein, und dann werden mehr Forderungen Gehör finden, weil man ja alles in eine staatliche Kasse packen kann. Die Prämien werden steigen. Nach dem Prämienzahler wird dann auch noch der Steuerzahler gerufen werden, weil steigende Staatsbeiträge als Folge von Fehlentwicklungen, die die Politik nicht zu stoppen vermag, die Folge sein werden.

Es ist also absehbar: Das wird in die Hose gehen! Mehr Wettbewerb und nicht staatliches Monopol wäre die Lösung. Aber ich weiss, dass ich hier wohl auch die Illusion begraben muss, dass dieses Parlament die Kraft aufbringen wird, mehr Wettbewerb ins Gesundheitswesen zu bringen. Darum müssen wir uns vorerst darauf beschränken, diese schrecklichen Ideen der Verstaatlichung des Gesundheitswesens zu beerdigen.

**van Singer Christian** (G, VD): Avant de peindre cette image terrible de la caisse publique, vous nous aviez assuré que vous n'avez rien touché des sociétés d'assurance. Pouvez-vous nous assurer également que ni votre parti, ni d'éminents représentants de votre parti ne touchent personnellement ou pour des campagnes politiques de l'argent de ces assurances?

**Brunner Toni** (V, SG): Nein, auf diese Frage muss ich nicht antworten. Wenn Sie Fragen an einzelne Ratsmitglieder hier drin haben, wenn Sie wissen wollen, wer in einer Krankenkasse, zum Beispiel im Verwaltungsrat, sitzt, dann müssen Sie nur das von den Parlamentsdiensten publizierte Interessenregister konsultieren. Und wenn Sie noch wissen wollen, wer wie viel erhält, dann fragen Sie die Leute doch direkt!

Aber eines muss ich Ihnen sagen: Die Kostentreiber sind nicht unsere Leute, die in den Verwaltungsräten dieser Kassen sitzen, sondern es sind die Anspruchsmentalität und die Tatsache, dass man den Wettbewerb in der Grundversicherung nicht zulassen will und immer mehr hineinpackt. Haben Sie doch den Mut, lassen Sie zu, dass diejenigen Leute, die auch mit einer minimalen Grundversicherung einverstanden sind, einen solchen Wettbewerb bekommen. Heute haben wir zu viel Staat und zu wenig Wettbewerb, und Sie wollen nur noch Staat!

**Berset Alain**, conseiller fédéral: Je dois vous dire que j'ai rarement entendu aussi souvent qu'aujourd'hui que notre système de santé était le meilleur au monde. On peut s'en réjouir, mais je pense qu'une certaine prudence ainsi qu'un peu de modestie ne peuvent pas faire de mal non plus. En tout cas, comme chef de département, il est toujours bon de faire attention avant de prétendre que le domaine dont on s'occupe est le meilleur au monde.

Cela dit, c'est vrai, nous pouvons compter sur un très bon système de santé. Nous pouvons compter sur un système de santé qui nous donne la garantie qu'en cas de besoin, nous pourrions être traités dans de bonnes conditions. Ceci est évidemment apprécié, c'est important pour la cohésion de notre pays, et c'est quelque chose à quoi nous devons veiller à l'avenir.

L'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie», dont vous débattiez aujourd'hui, prévoit un changement de cap dans l'assurance obligatoire des soins. Son but est que l'assurance-maladie sociale soit mise en oeuvre par une institution nationale unique de droit public. Les organes de la caisse publique seraient des représentants de la Confédération, des cantons, des fournisseurs de prestations et des assurés. Il pourrait y avoir des agences cantonales ou intercantionales qui seraient chargées de fixer et d'encaisser les primes et de payer les prestations. L'initiative populaire dont vous débattiez aujourd'hui propose dans le fond de remplacer par une caisse publique l'assurance obligatoire des soins telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui par les 61 assureurs-maladie.

Le Conseil fédéral estime que ce changement de cap ne s'impose pas. Il considère qu'un système composé, comme aujourd'hui, d'une pluralité d'assureurs présente des avantages.

Premièrement, les assurés disposent grâce à cette pluralité d'une grande liberté dans le choix de leur assureur. Ils peuvent en changer s'ils le souhaitent. L'importance du libre choix en matière de fournisseurs de prestations, mais également en matière d'assureurs, a d'ailleurs été confirmée à plusieurs reprises par le peuple lors de différentes votations.



Deuxièmement, le système que nous avons aujourd'hui comporte des éléments de concurrence qui doivent inciter les assureurs à prendre des mesures d'amélioration des offres d'assurance, par exemple proposer des modèles particuliers, proposer aussi de renforcer la qualité des prestations, mais également une concurrence pour la maîtrise des coûts, notamment en ce qui concerne le contrôle des factures des fournisseurs de prestations. Pour que cela marche, il faut que la concurrence s'applique là où elle a été souhaitée par le législateur en 1996, à savoir sur la qualité des prestations et sur l'innovation. Elle ne doit pas s'exprimer sur la sélection des risques. C'est la raison pour laquelle vous avez déjà décidé de différentes mesures qui améliorent la situation dans ce domaine. De l'avis du Conseil fédéral, d'autres mesures doivent encore être débattues et élaborées.

Enfin, troisième élément, le Conseil fédéral pense que la diversité des intérêts économiques et politiques des différents organes qui dirigeraient la caisse publique, telle qu'elle est proposée par l'initiative, pourrait conduire à créer des conflits d'intérêts et à perdre de vue les efforts à fournir en vue de maîtriser les coûts.

Le Conseil fédéral est d'avis qu'il faut maintenir un régime de concurrence régulée entre plusieurs assureurs. Mais il est clair aussi – je le dis et je le répète car c'est central – que cette concurrence doit pouvoir s'exercer là où le législateur le voulait à l'origine, c'est-à-dire sur la qualité des offres d'assurance, sur les prestations, et sur le contrôle des coûts et non pas sur la sélection des risques. On peut considérer aujourd'hui que ce n'est de loin pas toujours le cas. A cet égard, le Conseil fédéral a plusieurs projets, qui visent à renforcer la confiance en notre système actuel d'assurance-maladie et à améliorer sa crédibilité.

Vous connaissez ces projets, ils font débat ici. Il faudra aussi que nous puissions améliorer la situation là où c'est nécessaire, si nous voulons maintenir le système tel qu'il existe aujourd'hui. Il s'agit d'une part de renforcer la surveillance de l'assurance-maladie sociale. C'est un élément important, nous avons eu l'occasion d'aborder cette question ce matin et nous aurons l'occasion de l'aborder encore prochainement. Nous pensons qu'il faut faire un pas aujourd'hui, de manière à garantir une surveillance aussi efficace que possible au système d'assurance-maladie. C'est pour cela que je m'attends aussi à ce que, après la discussion de ce jour, il soit possible de débattre sur le fond de l'amélioration de la surveillance de l'assurance-maladie sociale et de trouver une solution qui nous permette d'améliorer réellement cette surveillance.

Point suivant, le Conseil fédéral considère que la sélection des risques doit être encore plus limitée. C'est aussi une question qui touche à la concurrence. La concurrence doit s'exercer dans le domaine dans lequel elle a été prévue et pas ailleurs. Le Conseil fédéral a proposé d'atteindre cet objectif d'une part par l'amélioration de la compensation des risques – que vous avez déjà adoptée –, et d'autre part par une séparation plus claire entre l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires en limitant les échanges d'informations entre ces deux branches d'assurance.

Vous avez lu que le Conseil fédéral vous propose de recommander au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie» et que le Conseil fédéral a également proposé, à l'issue de la consultation réalisée au début 2013, de ne pas opposer de contre-projet à l'initiative populaire. Le Conseil fédéral a ainsi répondu au vœu d'une forte majorité des milieux consultés. Il a également souhaité respecter la volonté du Parlement qui a accepté en 2013 cinq motions qui chargeaient le Conseil fédéral d'organiser rapidement la votation sur l'initiative. Je vous rappelle à ce sujet que le Conseil fédéral doit pouvoir agir librement dans le cadre de ses compétences, qu'ensuite le Parlement doit pouvoir lui aussi agir dans le cadre des siennes, mais que, évidemment, lorsque le Parlement envoie un signal, celui-ci peut aussi être compris.

Le Conseil des Etats a déjà traité le projet relatif à l'initiative populaire, de même que votre commission, dont la majorité propose de recommander le rejet de l'initiative. Tout semble démontrer que l'on peut s'attendre à une votation durant l'année en cours. Je souligne que le nombre important de chantiers ouverts actuellement, qu'il faudrait achever pour créer de la clarté dans ce domaine, ne facilite pas les choses.

J'aimerais revenir sur quelques remarques formulées au cours du débat. Le Conseil fédéral a été cité. Selon certains, il aurait déclaré que l'initiative populaire n'avait pas d'influence directe sur les coûts de la santé en tant que tels. C'est vrai. L'initiative populaire a pour sujet l'organisation des assureurs-maladie, mais elle n'aborde pas ce qui constitue l'essentiel des 26 milliards de francs dépensés chaque année pour l'assurance obligatoire des soins, à savoir les prestations de santé.

Je crois que vous avez touché à un point essentiel en disant aujourd'hui que notre système de santé était excellent, mais cher. Oui, il coûte cher, et il faut dire aussi qu'il va le rester. Il y a des raisons à cela: notre espérance de vie augmente – ce qui est réjouissant en soi, évidemment –, mais ce qui accroît également le besoin en prestations de santé; nous voulons toutes et tous pouvoir profiter des innovations médicales et d'un système de santé qui soit à la pointe dans le pays. Personne ne serait vraiment d'accord d'être traité aujourd'hui avec la médecine des années 1940 ou du siècle passé, ce qui serait pourtant beaucoup moins cher.

C'est vrai que si nous voulons maîtriser ces coûts, il faut agir, comme vous avez été nombreux à le souligner. Vous avez également été nombreux à dire ici que l'un des problèmes était l'augmentation des coûts et des quantités. Après le débat d'aujourd'hui, je ne peux que souhaiter pouvoir compter sur votre soutien à l'avenir chaque fois qu'il s'agira de maîtriser les coûts et les dépenses de l'assurance-maladie.

J'aimerais vous rappeler ici les principaux éléments générateurs de coûts.

Ce sont d'abord les prestations évidemment. Plus de 20 pour cent des coûts de l'assurance obligatoire des soins sont liés au prix des médicaments. Le Conseil fédéral a agi l'année dernière pour diminuer leur prix: 240 millions de francs en 2013, 480 millions de francs en 2014, 720 millions de francs en 2015. J'aimerais vous rappeler que c'est ici, devant le Conseil national, qu'il y a eu des motions qui tentaient de bloquer cette évolution. Je veux bien vous entendre dire qu'il faut contrôler et diminuer les coûts, mais j'espère aussi à l'avenir pouvoir bénéficier de votre soutien lorsque le Conseil fédéral prendra des décisions fortes pour aller dans cette direction.

Il y a un deuxième élément, essentiel, qui nous a occupés en 2013 et qui ne représente pas, comme les médicaments, environ 22 pour cent des coûts, mais 38 pour cent des coûts: le domaine ambulatoire du système de santé. Il s'agit non seulement des médecins en cabinet mais également du domaine ambulatoire hospitalier. Dans ce domaine-là, le Conseil fédéral vous a également proposé de donner aux cantons la possibilité de mettre en place une régulation là où cela est nécessaire. Vous avez accepté la prolongation pour trois ans de cette possibilité. Nous sommes maintenant à la recherche d'une solution plus durable et je souhaite pouvoir véritablement compter – après le débat de ce jour – sur votre soutien pour mettre en place une véritable régulation et un véritable contrôle des coûts, là où c'est efficace. C'est ensemble que nous pourrions le faire et je souhaite vraiment que nous puissions aller dans cette direction.

Ainsi, en espérant pouvoir compter sur votre soutien pour l'amélioration de la surveillance; en espérant pouvoir compter sur votre soutien pour une compensation des risques, qui soit vraiment efficace; en espérant pouvoir compter sur votre soutien pour un débat sur une séparation plus claire entre assurance de base et assurances complémentaires; en espérant pouvoir compter sur votre soutien lorsqu'il sera question d'agir là où véritablement nous pouvons contrôler l'évolution des coûts; avec ce soutien qu'il souhaite et qu'il



espère, le Conseil fédéral vous invite, avec les arguments que j'ai développés précédemment, à recommander le rejet de cette initiative populaire.

**Bortoluzzi Toni (V, ZH), für die Kommission:** Kurz zu drei Punkten, die in der Debatte verschiedentlich Erwähnung fanden:

1. Zum Vergleich mit der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) ist vorweg zu sagen: Unfall ist nicht gleich Krankheit. Vor allem sind Ursache und Folgen nicht vergleichbar, auch wenn die Leistungserbringer oftmals dieselben sind. Die Suva ist geprägt von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Sie führen diese Versicherung. Die Bemühungen um Prävention und Rehabilitation im Interesse der Arbeitsplätze stehen in dieser Versicherung im Vordergrund. Darum kann ein Vergleich von Suva und Einheitskasse kaum standhalten. Zudem ist zu erwähnen, dass auch da eine gewisse Konkurrenz zu anderen Anbietern der Unfallversicherung besteht.

2. Zur Risikoselektion: Wir haben als Kommissionssprecher bereits eingangs der Debatte darauf hingewiesen, dass die Frage der Risikoselektion in dieser Session noch Thema sein wird. Man muss aber immer auch darauf hinweisen, dass die Erlaubnis der Kassen, für die obligatorische Versicherung tätig zu sein, mit der Pflicht verbunden ist, die Versicherten aufzunehmen. In Artikel 4 Absatz 2 des Krankenversicherungsgesetzes heisst es klar: «Die Versicherer müssen in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person aufnehmen.» Das gilt ohne Wenn und Aber; leider wird es zu wenig durchgesetzt.

3. Auch der Wettbewerb wurde verschiedentlich erwähnt; es finde ein ungenügender oder überhaupt kein richtiger Wettbewerb statt. Es ist an sich richtig, dass aufgrund der Gesetzgebung der Wettbewerb stark eingeschränkt ist. Er ist reglementiert. Trotzdem: Der Verwaltungsaufwand der Kassen ist unterschiedlich. In Tarifverhandlungen, im Entschädigungssystem bringen sich die Kassen in verschiedener Art und Weise ein. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, die Kostenkontrolle sind Dinge, die wettbewerblich stattfinden. Die Prämien für junge Erwachsene und Kinder sind unterschiedlich. Die ganze Bemühung um Prävention wird von den Kassen im Interesse ihrer Versicherten unterschiedlich gehandhabt. Es findet also durchaus ein Wettbewerb statt, wenn auch in eingeschränkter Form.

Aufgrund dieser Situation sieht die Kommissionmehrheit nicht, dass mit der Initiative eine Verbesserung unseres Gesundheitswesens zu erwarten ist. Sie beantragt Ihnen – der Entscheidung fiel mit 16 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung –, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen, das heisst, dem Beschluss zuzustimmen, der Bevölkerung die Nein-Parole zu empfehlen.

**Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission:** J'aborderai pour ma part quatre points.

Le premier concerne la SUVA, qui a été évoquée à plusieurs reprises ici. Je rappelle que la SUVA a la possibilité de limiter la liberté de choix du médecin spécialiste, puisqu'elle peut choisir le spécialiste auprès duquel devra se rendre l'assuré, ou la clinique de réadaptation. C'est un des risques de la caisse publique d'assurance-maladie, qui non seulement limitera entièrement la liberté de choix de la caisse, puisqu'il n'y en aura plus qu'une, mais qui pourrait également limiter, comme la SUVA, la liberté de choix du médecin et de l'hôpital.

Le deuxième point concerne les coûts de transition, qui ont été évoqués précédemment. L'Institut de l'économie de la santé de Winterthour, qui a été auditionné par la commission soeur du Conseil des États, a relevé trois points en particulier au sujet de la transition. Premièrement, les locaux: il faudra des locaux pour toutes les agences cantonales. Deuxièmement, le système informatique: on ne peut pas passer du jour au lendemain de 61 systèmes informatiques à un seul et migrer en un seul jour 8 millions d'assurés. Troisièmement, les employés: cet institut estime que plus de la moitié des employés des caisses-maladie actuelles devraient être

licenciés et qu'il faudrait en engager tout autant. Ceci notamment pour des raisons géographiques, parce qu'on ne peut pas envoyer par exemple les employés du Groupe Mutuel qui sont actuellement en Valais dans le canton du Jura ou d'Appenzell Rhodes-Intérieures, et également parce que la répartition des compétences professionnelles est différente lorsque l'on regroupe tout le monde dans le cadre d'une seule caisse d'assurance-maladie. Il faut également mentionner le temps que prendrait la transition. Je rappelle qu'il a fallu six ans pour mettre en place le Tribunal administratif fédéral de Saint-Gall.

J'en viens au troisième point de mon intervention – qui a aussi été évoqué précédemment –, celui des coûts de la santé et des frais administratifs. Je rappelle que de 1996, date de l'introduction de l'assurance obligatoire de soins, à 2013 environ, les coûts de la santé ont doublé et que par conséquent les primes ont également doublé. Il est donc faux de dire que les primes ont augmenté plus rapidement que les coûts de la santé. Si vous consultez les coûts de 1996 à 2013, selon les statistiques de l'OFSP, le remboursement des prestations constitue 94,5 pour cent des primes encaissées. Les 5,5 pour cent restants sont composés de frais administratifs et d'autres frais, comme par exemple les médecins-conseils et la constitution de provisions et de réserves.

Si je m'attache uniquement à la question des frais administratifs: lors de l'introduction de l'assurance obligatoire des soins, les frais administratifs, y compris les amortissements, s'élevaient à plus de 8 pour cent des dépenses et ils ont constamment diminué pour qu'en 2012 ils s'établissent désormais à 5,2 pour cent des dépenses. Et on a parlé des frais de marketing, eh bien, sur les 5,2 pour cent des dépenses que constituent ces frais administratifs, la grande majorité de ces frais, soit 85 pour cent, correspondent en fait à des charges de personnel. Les frais de marketing, commissions et publicité, s'élèvent eux à 7 pour cent seulement de ces frais administratifs. En clair, commissions et publicité, c'est 7 pour cent des 5,2 pour cent des dépenses en matière de santé.

En conclusion, notre système de concurrence régulée est un bon système, parce qu'il y a une concurrence qui permet de faire pression sur les coûts de la santé et c'est un système qui doit être régulé. Pourquoi? Parce que notre santé, ce n'est pas comme simplement acheter des chaussures. Il faut plus de surveillance, plus de transparence, et ce n'est pas en changeant le système, avec les nombreux défauts qui ont été évoqués tout au long de cette journée, que vous permettrez de résoudre les problèmes évoqués. Bien au contraire, c'est dans le cadre de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie que vous pourrez vous défouler en proposant de nombreuses solutions ciblées aux problèmes que vous avez relevés.

Pour toutes les raisons que Monsieur Bortoluzzi et moi-même avons déjà évoquées dans notre première intervention, la commission vous propose, par 16 voix contre 17 et 1 abstention, de proposer au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative populaire.

*Eintreten ist obligatorisch*

*L'entrée en matière est acquise de plein droit*

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse»**

**Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie»**

*Detailberatung – Discussion par article*

**Titel und Ingress, Art. 1**

*Antrag der Kommission*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

**Titre et préambule, art. 1***Proposition de la commission*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Angenommen – Adopté***Art. 2***Antrag der Mehrheit*

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

*Antrag der Minderheit*

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

... die Initiative anzunehmen.

**Art. 2***Proposition de la majorité*

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

*Proposition de la minorité*

(Fehr Jacqueline, Carobbio Guscetti, Heim, Rossini, Schenker Silvia, Steiert, van Singer)

... d'accepter l'initiative.

*Abstimmung – Vote*(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 13.079/9885)

Für den Antrag der Mehrheit ... 124 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 61 Stimmen

(1 Enthaltung) **siehe Seite / voir page 54****Präsident** (Lustenberger Ruedi, Präsident): Da Eintreten obligatorisch ist, findet keine GesamtAbstimmung statt.*Abschreibung – Classement**Antrag des Bundesrates*Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse  
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte*Proposition du Conseil fédéral*Classer les interventions parlementaires  
selon lettre aux Chambres fédérales*Angenommen – Adopté*

13.079

**Für eine öffentliche  
Krankenkasse.  
Volksinitiative****Pour une caisse publique  
d'assurance-maladie.  
Initiative populaire***Schlussabstimmung – Vote final*

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBl 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

Ständerat/Conseil des Etats 09.12.13 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBl 2014 2849)

Texte de l'acte législatif (FF 2014 2759)

---

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse»****Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie»***Abstimmung – Vote**(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 13.079/161)*

Für Annahme des Entwurfes ... 27 Stimmen

Dagegen ... 12 Stimmen **siehe Seite / voir page 55**  
(3 Enthaltungen)

13.079

## Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

### Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire

#### Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBI 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

Ständerat/Conseil des Etats 09.12.13 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Fortsetzung – Suite)

Ständerat/Conseil des Etats 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBI 2014 2849)

Texte de l'acte législatif (FF 2014 2759)

**Fehr** Jacqueline (S, ZH): Wir befinden mit der heutigen Schlussabstimmung über drei Geschäfte, die das Gesundheitswesen betreffen: die öffentliche Krankenkasse, den Prämienausgleich über das KVG und den Risikoausgleich. Ein viertes Geschäft fehlt auf dieser Liste, das Geschäft über die Krankenkassenaufsicht: Einmal mehr gelang es nämlich den Krankenversicherungen mit einem Störmanöver, die parlamentarischen Beratungen zu diesem Geschäft auszutricksen. Hand aufs Herz: Auch die anderen Vorlagen, der Risikoausgleich und der Ausgleich der Prämien, waren nur unter dem Druck der Initiative «für eine öffentliche Krankenkasse» möglich, sonst hätten wir diese beiden Vorlagen heute ebenfalls nicht.

Was diese Initiative will, sieht man dann, wenn man schaut, wer auf welcher Seite steht. Auf der einen Seite stehen jene, die im Gesundheitswesen das grosse Geld machen: die Versicherungen, die Pharmaindustrie, die Spezialärzte, die Privatspitäler. Auf der anderen Seite stehen jene, die sich um die Gesundheit kümmern: die Hebammen, die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die Hausärztinnen und Hausärzte, die Pflegefachleute, all jene, die sich um uns kümmern, wenn wir krank sind. Deutlich wird das auch, wenn man die Ärztekomitees beider Seiten vergleicht: Auf der einen Seite engagieren sich hauptsächlich die Spezialistinnen und Spezialisten, auf der anderen Seite hauptsächlich die Hausärztinnen und Hausärzte.

Mit dieser Initiative wollen wir einen Systemwechsel: Wir wollen weg vom Business hin zu den Patientinnen und Patienten, weg von der Risikoselektion hin zu einem System, das sich um die Patientinnen und Patienten kümmert und nicht alles tut, um sie loszuwerden, wenn sie krank sind. Wir wollen weg von einem komplizierten, chaotischen System hin zu einem System, das einfacher, gerechter und günstiger ist.

Nach zwanzig Jahren KVG, nach zwei Jahrzehnten unerfüllter Versprechen, frustrierender Kleinarbeit und ständig steigender Krankenkassenprämien ist es Zeit für einen Systemwechsel: Es ist Zeit für die öffentliche Krankenkasse.

**Weibel** Thomas (GL, ZH): Die GLP-Fraktion empfiehlt die Volksinitiative zur Ablehnung. Sie sei, wurde uns versprochen, das Ende des heutigen Pseudowettbewerbs. Wir sind aber überzeugt, dass sich das heutige System mit dem regulierten Wettbewerb und der Wahlfreiheit trotz aller bekannten Probleme bewährt. Zudem rufe ich in Erinnerung, dass wir von einem Wettbewerb in einem sehr stark regulierten und angebotsgesteuerten Markt sprechen. Auswüchse wie die Telefonwerbung, die zugegebenermassen nerven, sind die Folgen der falschen Anreize in der heutigen Regelung. Der ungenügende Risikoausgleich macht die Jagd nach guten Risiken attraktiv. Mit der Verbesserung des Risi-

koausgleichs befassen wir uns bei anderen Geschäften, wir gehen das Problem also aktiv an.

Die steigenden Prämien sind ein Spiegel der wachsenden Kosten für immer zahlreichere, aufwendigere und somit teurere Behandlungen und Medikamente. Deshalb kann die öffentliche Krankenkasse den Kostenschub und damit das Prämienwachstum gar nicht bremsen. Im Gegenteil, ein Systemwechsel würde uns rund zwei Milliarden Franken zusätzlich kosten.

Es ist klar: Das System der Krankenversicherung können und müssen wir verbessern; dazu gehört, dass wir die Aufsicht über die Krankenversicherung verbessern und Lücken bei der Aufsicht schliessen. Auch die Frage der Aufsicht rechtfertigt einen Wechsel zur öffentlichen Krankenkasse aber nicht, denn die Diskussion über das Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz ist in der Kommission noch für dieses Quartal traktandiert.

Die Volksinitiative weckt falsche Erwartungen: Es wird zu viel und es wird Falsches versprochen. Wir Grünliberalen wollen den in diesem geregelten Markt verbleibenden Wettbewerb erhalten und auch die Wahlfreiheit, die Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung der Versicherten pflegen. Entsprechend empfehlen wir die Initiative dem Volk zur Ablehnung.

**Humbel** Ruth (CE, AG): Wir haben ein gutes Gesundheitswesen. Es ist solidarisch finanziert und schuldenfrei. Die Patientenzufriedenheit ist gross, und die Versicherten sind mit ihrer Krankenkasse zufrieden. Wer nicht zufrieden ist, kann sowohl den Krankenversicherer wie den Arzt wechseln.

Mit der Einheitskasse gibt es keine Wahlmöglichkeit mehr. Wir haben dann nur eine Kasse, und die wird auch den Arzt bestimmen. Eine Einheitskasse, ob nun kantonale oder national organisiert, führt in die Staatsmedizin. Wir haben ein Problem im Gesundheitswesen, und das sind die stark ansteigenden Kosten. Dagegen bietet eine öffentliche Krankenkasse keine Lösung. Mit einer Einheitskasse dürften die Kosten vorerst noch stärker ansteigen, was unweigerlich in die Rationierung führen wird. Zwei Milliarden Franken würde alleine die Systemänderung kosten, zwei Milliarden Franken ohne jeglichen Mehrwert für Patienten und Versicherte. Die CVP/EVP-Fraktion will nicht zwei Milliarden Franken für eine radikale Änderung unseres bewährten und verbesserungsfähigen Systems investieren. Mit der soeben beschlossenen Verfeinerung des Risikoausgleichs tun wir einen wichtigen Schritt zur Systemoptimierung zum Nutzen der Patienten. Das Rezept öffentliche Krankenkasse ist eine schädliche Therapie und beruht auf einer falschen Diagnose.

Die CVP/EVP-Fraktion sagt klar Nein zur öffentlichen Einheitskasse.

**Huber** Gabi (RL, UR): Mit einer sogenannten einheitlichen öffentlich-rechtlichen Krankenkasse wollen die Initianten eines der weltweit besten Gesundheitssysteme auf den Kopf stellen. Auch wenn die Kasse neu eine öffentliche sein und geheissen werden soll, ist sie schlechte Medizin für das Gesundheitswesen, denn erstens werden alleine die Kosten einer Umstellung vom heutigen System zu einer Monopolkasse auf etwa zwei Milliarden Franken geschätzt – hier ist ein mögliches oder gar wahrscheinliches IT-Debakel noch nicht mit eingerechnet. Eine staatlich zentralisierte Kasse schafft zweitens die Wahlfreiheit der Bürgerinnen und Bürger ab. Bei schlechtem Service können heute unzufriedene Kunden die Kasse wechseln. Eine Monopolkasse hingegen macht aus Kunden Bittsteller. Das wollen wir nicht. Eine Einheitskasse setzt unser hervorragendes und vor allem schuldenfreies Gesundheitssystem aufs Spiel. Ein Blick ins Ausland zeigt, dass wir an unserem System und damit an der hohen Qualität der Dienstleistungen festhalten sollten. Gewiss, auch unser System ist nicht perfekt. Verbessern wir aber das Gesundheitssystem lieber mit gezielten Reformen wie der soeben verabschiedeten Verfeinerung des Risikoausgleichs und nicht mit einer staatlich zentralisierten Kasse.



Die FDP-Liberale Fraktion empfiehlt die Volksinitiative für eine öffentliche Krankenkasse zur Ablehnung.

**Hess Lorenz** (BD, BE): Die BDP lehnt die Initiative zur Einführung einer einheitlichen öffentlichen Krankenkasse ab. Sie spricht sich gleichzeitig für einen verfeinerten Risikoausgleich aus, weil das ein Bereich ist, wo der Hebel am richtigen Ort angesetzt werden kann. Zwei zentrale Punkte, nebst vielen anderen, stehen dabei im Vordergrund:

Der erste Punkt ist folgender: Hoch zu gewichten ist die Wahlfreiheit, die die Patientinnen und Patienten haben. Die Zahlen belegen, dass die Patientinnen und Patienten, also die Kunden der Krankenversicherer, von diesem Recht auch Gebrauch machen.

Der zweite Punkt, der ganz wichtig ist und oftmals nicht genügend hervorgehoben wird, ist folgende Tatsache: Durch das aktuelle System sind die privaten Krankenversicherer nicht nur in der Lage zu sparen, vielmehr sparen sie tatsächlich auch Millionen von Franken, indem sie eine starke Kontrolle über mehrere Mechanismen ausüben und so jährlich in grossen Millionenbeträgen eben auch Leistungen schlussendlich nicht vergüten oder nicht akzeptieren. Das ist eine wichtige Kontrollfunktion, die die privaten Krankenversicherer haben. Wenn wir das Problem der Kostenexplosion bekämpfen wollen, machen wir es besser dort, wo es Sinn macht, und nicht in einem Bereich wie demjenigen der privaten Krankenversicherer, die für die Administration 5 bis 10 Prozent ihrer Aufwendungen ausgeben; da ist der Hebel am falschen Ort angesetzt. Wir haben andere Möglichkeiten, gewinnbringend oder positiv auf die Entwicklung des Gesundheitswesens einzuwirken, nutzen wir sie, einen ersten Schritt haben wir in der vergangenen Session gemacht.

**van Singer Christian** (G, VD): Il est quand même significatif, et étonnant, que certains d'entre nous qui siègent dans des conseils d'administration, par exemple celui de Comparis – et il faut savoir que Comparis ne pourra plus comparer les primes des caisses-maladie si le peuple choisit la création d'une caisse publique –, prennent la parole sans annoncer leurs liens d'intérêts. Il y a également des collègues qui siègent dans des conseils d'administration de caisses-maladie et qui ne le disent pas, je trouve cela regrettable.

Le projet de caisse publique d'assurance-maladie permettra de renoncer à des dépenses d'administration considérables; des dépenses faites non seulement par les caisses, mais également par tous les prestataires de services. Choisir la caisse publique permettra aussi de mettre fin à la chasse aux bons risques et, surtout, d'améliorer la prévention. Aujourd'hui, aucune caisse-maladie n'a vraiment intérêt à dépenser pour la prévention. Pourquoi? Elle deviendrait plus chère et les assurés choisiraient une autre caisse-maladie.

Nous avons vu ces derniers mois les manoeuvres des caisses-maladie pour ne pas être mieux surveillées. Elles veulent continuer à encaisser des primes trop élevées, à jouer avec les réserves; elles veulent éviter la surveillance des groupes de caisses-maladie. La seule manière de mettre fin à ces défauts de notre système, c'est d'accepter l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie».

C'est pourquoi le groupe des Verts vous invite à rejeter la proposition de la majorité de la commission et vous prie de recommander au peuple et aux cantons d'accepter cette initiative.

**Bortoluzzi Toni** (V, ZH): Ohne auch noch auf Details einzugehen: Für uns ist es erstaunlich, dass man immer wieder versucht, den Staat mit Monopolen und mehr Planwirtschaft zu beauftragen. Das ist auch hier mit dieser Einheitskasse wieder der Fall. Es gibt ja schon verschiedene Projekte, die bewiesen haben, dass diese Art der Staatsmonopolaufgabe scheitert und sich nicht bewährt hat. Das Gesundheitswesen in unserem Land leidet nicht an zu grosser Vielfalt und an zu viel Wettbewerb, sondern schlicht und einfach an viel zu viel

staatlicher Reglementierung. Mit einer solchen Initiative wird diese Reglementierung noch ausgedehnt, und wir lehnen das ab – innerhalb von wenigen Jahren übrigens zum dritten oder vierten Mal. Ich hoffe, es wird das letzte Mal sein, dass eine solche Einheitskasse gefordert wird.

### **Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine öffentliche Krankenkasse»**

#### **Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «pour une caisse publique d'assurance-maladie»**

*Abstimmung – Vote*

*(namentlich – nominatif; Beilage – Annexe 13.079/10 143)*

Für Annahme des Entwurfes ... 132 Stimmen

Dagegen ... 62 Stimmen **siehe Seite / voir page 56**  
(2 Enthaltungen)

**Geschäft / Objet**

13.079-1 Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative: Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»  
 Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire: Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»

**Gegenstand / Objet du vote:**

Art. 2

**Abstimmung vom / Vote du: 05.03.2014 17:17:17**

Aebi Andreas	+	V	BE	Fischer Roland	+	GL	LU	Kaufmann	+	V	ZH	Reimann Lukas	+	V	SG
Aebischer Matthias	-	S	BE	Flach	+	GL	AG	Keller Peter	+	V	NW	Reimann Maximilian	+	V	AG
Aeschi Thomas	+	V	ZG	Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kessler	+	GL	SG	Reynard	-	S	VS
Alleman	-	S	BE	Fluri	0	RL	SO	Kiener Nellen	-	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH
Amarelle	-	S	VD	Français	+	RL	VD	Killer Hans	+	V	AG	Riklin Kathy	+	CE	ZH
Amaudruz	+	V	GE	Frehner	+	V	BS	Knecht	+	V	AG	Rime	+	V	FR
Amherd	+	CE	VS	Freysinger	+	V	VS	Landolt	+	BD	GL	Ritter	+	CE	SG
Amstutz	+	V	BE	Fridez	-	S	JU	Lehmann	0	CE	BS	Romano	+	CE	TI
Autert	-	S	VD	Friedl	-	S	SG	Leuenberger-Genève	-	G	GE	Rossini	-	S	VS
Baader Caspar	+	V	BL	Galladé	-	S	ZH	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Rösti	+	V	BE
Badran Jacqueline	-	S	ZH	Gasche	+	BD	BE	Leutenegger Oberholzer	-	S	BL	Rusconi	+	V	TI
Barazzone	-	CE	GE	Gasser	+	GL	GR	Lohr	+	CE	TG	Rutz Gregor	+	V	ZH
Bäumle	+	GL	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Rytz Regula	-	G	BE
Bernasconi	-	S	GE	Germanier	+	RL	VS	Lustenberger	P	CE	LU	Schelbert	-	G	LU
Bertschy	E	GL	BE	Giezendanner	+	V	AG	Mahrer	-	G	GE	Schenker Silvia	-	S	BS
Binder	+	V	ZH	Gilli	-	G	SG	Maier Thomas	+	GL	ZH	Schilliger	+	RL	LU
Birrer-Heimo	-	S	LU	Girod	-	G	ZH	Maire Jacques-André	-	S	NE	Schläfli	+	CE	SO
Blocher	0	V	ZH	Glanzmann	+	CE	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schmid-Federer	+	CE	ZH
Böhni	+	GL	TG	Glättli	-	G	ZH	Marra	-	S	VD	Schneeberger	+	RL	BL
Borer	+	V	SO	Gmür	+	CE	SZ	Masshardt	-	S	BE	Schneider Schüttel	-	S	FR
Bortoluzzi	+	V	ZH	Golay	=	V	GE	Meier-Schatz	+	CE	SG	Schneider-Schneiter	+	CE	BL
Bourgeois	+	RL	FR	Gössli	+	RL	SZ	Moret	+	RL	VD	Schwaab	-	S	VD
Brand	+	V	GR	Graf Maya	-	G	BL	Mörgeli	+	V	ZH	Schwander	E	V	SZ
Brunner	+	V	SG	Graf-Litscher	-	S	TG	Moser	+	GL	ZH	Semadeni	-	S	GR
Büchel Roland	+	V	SG	Grin	+	V	VD	Müller Geri	-	G	AG	Sommaruga Carlo	-	S	GE
Büchler Jakob	+	CE	SG	Gross Andreas	0	S	ZH	Müller Leo	+	CE	LU	Stahl	+	V	ZH
Bugnon	+	V	VD	Grossen Jürg	+	GL	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Stamm	+	V	AG
Bulliard	+	CE	FR	Grunder	0	BD	BE	Müller Thomas	+	V	SG	Steiert	-	S	FR
Buttet	+	CE	VS	Gschwind	+	CE	JU	Müller Walter	+	RL	SG	Stolz	0	RL	BS
Candinas	+	CE	GR	Guhl	+	BD	AG	Müller-Altmet	+	CE	SO	Streff	+	CE	BE
Carobbio Guscetti	-	S	TI	Gysi	-	S	SG	Munz	-	S	SH	Thorens Goumaz	-	G	VD
Caroni	+	RL	AR	Hadorn	-	S	SO	Mürli	+	V	LU	Tornare	-	S	GE
Cassis	+	RL	TI	Haller	+	BD	BE	Naef	-	S	ZH	Trede	-	G	BE
Chevalley	+	GL	VD	Hardegger	-	S	ZH	Neiryneck	+	CE	VD	Tschäppät	-	S	BE
Chopard-Acklin	-	S	AG	Hassler	+	BD	GR	Nidegger	+	V	GE	Tschümperlin	-	S	SZ
Clottu	+	V	NE	Hausammann	+	V	TG	Nordmann	-	S	VD	van Singer	-	G	VD
Darbella	+	CE	VS	Heer	E	V	ZH	Noser	+	RL	ZH	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CE	FR	Heim	-	S	SO	Nussbaumer	-	S	BL	Vischer Daniel	-	G	ZH
de Courten	+	V	BL	Herzog	+	V	TG	Pantani	-	V	TI	Vitali	+	RL	LU
Derder	+	RL	VD	Hess Lorenz	+	BD	BE	Pardini	-	S	BE	Vogler	+	CE	OW
Egloff	+	V	ZH	Hiltbold	+	RL	GE	Parmelin	+	V	VD	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Huber	+	RL	UR	Pelli	+	RL	TI	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Humbel	+	CE	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	E	S	VD
Fässler Daniel	+	CE	AI	Hurter Thomas	+	V	SH	Pezzatti	+	RL	ZG	Walter	+	V	TG
Favre Laurent	+	RL	NE	Hutter Markus	0	RL	ZH	Pfister Gerhard	E	CE	ZG	Wandfluh	+	V	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Ingold	+	CE	ZH	Pieren	+	V	BE	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Jacqueline	-	S	ZH	Jans	-	S	BS	Piller Carrard	-	S	FR	Weibel	+	GL	ZH
Feller	0	RL	VD	Joder	+	V	BE	Quadranti	+	BD	ZH	Wermuth	-	S	AG
Feri Yvonne	-	S	AG	John-Calame	-	G	NE	Quadri	-	V	TI	Wobmann	+	V	SO
Fiala	+	RL	ZH	Jositsch	-	S	ZH	Regazzi	+	CE	TI	Zürjen	+	BD	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	GL	CE	BD	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	11	27	8	1	26		51	124
-	Nein / non / no		1		14		44	2	61
=	Enth. / abst. / ast.							1	1
E	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4	1	1				1	2	5
0	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto		1	1		4	1	1	8
P	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes		1						1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Antrag der Mehrheit (Empfehlung auf Ablehnung der Initiative)

Bedeutung Nein / Signification du non: Antrag der Minderheit Fehr Jacqueline (Empfehlung auf Annahme der Initiative)

**Geschäft / Objet:**

13.079-1 Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative  
 Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire  
 Per una cassa malati pubblica. Iniziativa popolare

**Gegenstand / Objet du vote:** Schlussabstimmung**Abstimmung vom / Vote du:** 21.03.2014 08:41:42

Abate	Fabio	+	TI
Altherr	Hans	+	AR
Baumann	Isidor	+	UR
Berberat	Didier	-	NE
Bieri	Peter	+	ZG
Bischof	Pirmin	+	SO
Bischofberger	Ivo	+	AI
Bruderer Wyss	Pascale	E	AG
Comte	Raphaël	=	NE
Cramer	Robert	-	GE
Diener Lenz	Verena	=	ZH
Eberle	Roland	E	TG
Eder	Joachim	+	ZG
Egerszegi-Obrist	Christine	=	AG
Engler	Stefan	+	GR
Fetz	Anita	-	BS
Föhn	Peter	+	SZ
Fournier	Jean-René	+	VS
Germann	Hannes	P	SH
Graber	Konrad	+	LU
Gutzwiller	Felix	+	ZH
Häberli-Koller	Brigitte	+	TG
Hêche	Claude	-	JU

Hefti	Thomas	+	GL
Hess	Hans	+	OW
Imoberdorf	René	+	VS
Janiak	Claude	-	BL
Keller-Sutter	Karin	+	SG
Kuprecht	Alex	+	SZ
Levrat	Christian	-	FR
Lombardi	Filippo	+	TI
Luginbühl	Werner	+	BE
Maury Pasquier	Liliane	-	GE
Minder	Thomas	+	SH
Niederberger	Paul	+	NW
Rechsteiner	Paul	-	SG
Recordon	Luc	-	VD
Savary	Géraldine	-	VD
Schmid	Martin	+	GR
Schwaller	Urs	+	FR
Seydoux-Christe	Anne	+	JU
Stadler	Markus	+	UR
Stöckli	Hans	-	BE
Theiler	Georges	+	LU
Zanetti	Roberto	-	SO

Legende	Tot.
+ Ja / oui / si	27
- Nein / non / no	12
= Enth. / abst. / ast.	3
E Entschuldigt gem. Art. 44a Abs. 6 GRS / excusé sel. art. 44a al. 6 RCE / scusato se. art. 44a cpv. 6 RCS	2
0 Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto	0
P Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part au vote / La/il presidente non partecipa al voto	1

Bedeutung Ja / Signification du oui:

Annahme des Bundesbeschlusses

Bedeutung Nein / Signification du non:

Ablehnung

**Geschäft / Objet**

13.079-1 Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative: Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»  
 Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire: Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»

**Gegenstand / Objet du vote:**

Schlussabstimmung

**Abstimmung vom / Vote du:** 21.03.2014 09:11:16

Aebi Andreas	+	V	BE	Fischer Roland	+	GL	LU	Kaufmann	+	V	ZH	Reimann Lukas	+	V	SG
Aebischer Matthias	-	S	BE	Flach	+	GL	AG	Keller Peter	+	V	NW	Reimann Maximilian	+	V	AG
Aeschi Thomas	+	V	ZG	Flückiger Sylvia	+	V	AG	Kessler	+	GL	SG	Reynard	-	S	VS
Allemann	-	S	BE	Fluri	+	RL	SO	Kiener Nellen	-	S	BE	Rickli Natalie	+	V	ZH
Amarelle	-	S	VD	Français	+	RL	VD	Killer Hans	+	V	AG	Riklin Kathy	+	CE	ZH
Amaudruz	+	V	GE	Frehner	+	V	BS	Knecht	+	V	AG	Rime	+	V	FR
Amherd	+	CE	VS	Freysinger	+	V	VS	Landolt	+	BD	GL	Ritter	+	CE	SG
Amstutz	+	V	BE	Fridez	-	S	JU	Lehmann	+	CE	BS	Romano	+	CE	TI
Aubert	-	S	VD	Friedl	-	S	SG	Leuenberger-Genève	-	G	GE	Rossini	-	S	VS
Baader Caspar	+	V	BL	Galladé	-	S	ZH	Leutenegger Filippo	+	RL	ZH	Rösti	+	V	BE
Badran Jacqueline	-	S	ZH	Gasche	+	BD	BE	Leutenegger Oberholzer	-	S	BL	Rusconi	+	V	TI
Barazzone	-	CE	GE	Gasser	+	GL	GR	Lohr	+	CE	TG	Rutz Gregor	+	V	ZH
Bäumle	E	GL	ZH	Geissbühler	+	V	BE	Lüscher	+	RL	GE	Rytz Regula	-	G	BE
Bernasconi	-	S	GE	Germanier	+	RL	VS	Lustenberger	P	CE	LU	Schelbert	-	G	LU
Bertschy	=	GL	BE	Giezendanner	+	V	AG	Mahrer	-	G	GE	Schenker Silvia	-	S	BS
Binder	+	V	ZH	Gilli	-	G	SG	Maier Thomas	+	GL	ZH	Schilliger	+	RL	LU
Birrer-Heimo	-	S	LU	Girod	-	G	ZH	Maire Jacques-André	-	S	NE	Schläfli	+	CE	SO
Blocher	+	V	ZH	Glanzmann	+	CE	LU	Markwalder	+	RL	BE	Schmid-Federer	+	CE	ZH
Böhni	+	GL	TG	Glättli	-	G	ZH	Marra	-	S	VD	Schneeberger	+	RL	BL
Borer	+	V	SO	Gmür	+	CE	SZ	Masshardt	-	S	BE	Schneider Schüttel	-	S	FR
Bortoluzzi	+	V	ZH	Golay	=	V	GE	Meier-Schatz	+	CE	SG	Schneider-Schneiter	+	CE	BL
Bourgeois	+	RL	FR	Gössli	+	RL	SZ	Merlini	+	RL	TI	Schwaab	-	S	VD
Brand	+	V	GR	Graf Maya	-	G	BL	Moret	+	RL	VD	Schwander	+	V	SZ
Brunner	+	V	SG	Graf-Litscher	-	S	TG	Mörgeli	+	V	ZH	Semadeni	-	S	GR
Büchel Roland	+	V	SG	Grin	+	V	VD	Moser	+	GL	ZH	Sommaruga Carlo	-	S	GE
Büchler Jakob	+	CE	SG	Gross Andreas	-	S	ZH	Müller Geri	-	G	AG	Stahl	+	V	ZH
Bugnon	+	V	VD	Grossen Jürg	+	GL	BE	Müller Leo	+	CE	LU	Stamm	+	V	AG
Bulliard	+	CE	FR	Grunder	+	BD	BE	Müller Philipp	+	RL	AG	Steiert	-	S	FR
Buttet	+	CE	VS	Gschwind	+	CE	JU	Müller Thomas	+	V	SG	Stolz	+	RL	BS
Candinas	+	CE	GR	Guhl	+	BD	AG	Müller Walter	+	RL	SG	Streiff	+	CE	BE
Carobbio Guscetti	-	S	TI	Gysi	-	S	SG	Müller-Altarmatt	+	CE	SO	Thorens Goumaz	-	G	VD
Caroni	+	RL	AR	Hadorn	-	S	SO	Munz	-	S	SH	Tornare	-	S	GE
Cassis	+	RL	TI	Haller	+	BD	BE	Müri	+	V	LU	Trede	-	G	BE
Chevalley	+	GL	VD	Hardegger	-	S	ZH	Naef	-	S	ZH	Tschäppät	-	S	BE
Chopard-Acklin	-	S	AG	Hassler	+	BD	GR	Neiryneck	+	CE	VD	Tschümperlin	-	S	SZ
Clottu	+	V	NE	Hausammann	+	V	TG	Nidegger	+	V	GE	van Singer	-	G	VD
Darbella	+	CE	VS	Heer	+	V	ZH	Nordmann	-	S	VD	Veillon	+	V	VD
de Buman	+	CE	FR	Heim	-	S	SO	Noser	+	RL	ZH	Vischer Daniel	-	G	ZH
de Courten	+	V	BL	Herzog	+	V	TG	Nussbaumer	-	S	BL	Vitali	+	RL	LU
Derder	+	RL	VD	Hess Lorenz	+	BD	BE	Pantani	-	V	TI	Vogler	+	CE	OW
Egloff	+	V	ZH	Hiltbold	+	RL	GE	Pardini	-	S	BE	von Graffenried	+	G	BE
Eichenberger	+	RL	AG	Huber	+	RL	UR	Parmelin	+	V	VD	von Siebenthal	+	V	BE
Estermann	+	V	LU	Humbel	+	CE	AG	Perrinjaquet	+	RL	NE	Voruz	E	S	VD
Fässler Daniel	+	CE	AI	Hurter Thomas	+	V	SH	Pezzatti	+	RL	ZG	Walter	+	V	TG
Favre Laurent	+	RL	NE	Hutter Markus	+	RL	ZH	Pfister Gerhard	+	CE	ZG	Wandfluh	0	V	BE
Fehr Hans	+	V	ZH	Ingold	+	CE	ZH	Pieren	+	V	BE	Wasserfallen	+	RL	BE
Fehr Jacqueline	-	S	ZH	Jans	-	S	BS	Piller Carrard	-	S	FR	Weibel	+	GL	ZH
Feller	+	RL	VD	Joder	+	V	BE	Quadranti	+	BD	ZH	Wermuth	-	S	AG
Feri Yvonne	-	S	AG	John-Calame	-	G	NE	Quadri	-	V	TI	Wobmann	+	V	SO
Fiala	+	RL	ZH	Jositsch	-	S	ZH	Regazzi	+	CE	TI	Zürjen	+	BD	ZH

	Fraktion / Groupe / Gruppo	GL	CE	BD	G	RL	S	V	Tot.
+	Ja / oui / si	10	29	9	1	30		53	132
-	Nein / non / no		1		14		45	2	62
=	Enth. / abst. / ast.	1						1	2
E	Entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4 / excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4	1					1		2
0	Hat nicht teilgenommen / n'a pas participé au vote / non ha partecipato al voto							1	1
P	Die Präsidentin/der Präsident stimmt nicht / La présidente/le président ne prend pas part aux votes		1						1

Bedeutung Ja / Signification du oui: Annahme der Vorlage  
 Bedeutung Nein / Signification du non: Ablehnung der Vorlage



# Bundesbeschluss über die Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

vom 21. März 2014

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 139 Absatz 5 der Bundesverfassung<sup>1</sup>,  
nach Prüfung der am 23. Mai 2012<sup>2</sup> eingereichten Volksinitiative  
«Für eine öffentliche Krankenkasse»,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 20. September 2013<sup>3</sup>,  
beschliesst:*

## Art. 1

<sup>1</sup> Die Volksinitiative vom 23. Mai 2012 «Für eine öffentliche Krankenkasse» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

<sup>2</sup> Sie lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

*Art. 117 Abs. 3 (neu) und 4 (neu)*

<sup>3</sup> Die soziale Krankenversicherung wird von einer einheitlichen nationalen öffentlich-rechtlichen Einrichtung durchgeführt. Deren Organe werden namentlich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Kantone, der Versicherten und der Leistungserbringer gebildet.

<sup>4</sup> Die nationale Einrichtung verfügt über kantonale oder interkantonale Agenturen. Diese legen namentlich die Prämien fest, ziehen sie ein und vergüten die Leistungen. Für jeden Kanton wird eine einheitliche Prämie festgelegt; diese wird aufgrund der Kosten der sozialen Krankenversicherung berechnet.

1 SR 101  
2 BBl 2012 6631  
3 BBl 2013 7929

## II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt geändert:

*Art. 197 Ziff. 8<sup>4</sup> (neu)*

*8. Übergangsbestimmungen zu Art. 117 Abs. 3 und 4  
(nationale öffentlich-rechtliche Krankenkasse)*

<sup>1</sup> Nach der Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 durch Volk und Stände erlässt die Bundesversammlung die notwendigen gesetzlichen Bestimmungen, damit die Reserven, die Rückstellungen und die Vermögen aus dem Bereich der sozialen Krankenversicherung auf die Einrichtung nach Artikel 117 Absätze 3 und 4 übertragen werden.

<sup>2</sup> Erlässt die Bundesversammlung nicht innert drei Jahren nach Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 ein entsprechendes Bundesgesetz, so können die Kantone auf ihrem Gebiet eine einheitliche öffentliche Einrichtung der sozialen Krankenversicherung schaffen.

**Art. 2**

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen.

Ständerat, 21. März 2014

Der Präsident: Hannes Germann  
Die Sekretärin: Martina Buol

Nationalrat, 21. März 2014

Der Präsident: Ruedi Lustenberger  
Der Sekretär: Pierre-Hervé Freléchoz

<sup>4</sup> Die endgültige Ziffer dieser Übergangsbestimmung wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt.

# Arrêté fédéral relatif à l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»

du 21 mars 2014

---

*L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,*  
vu l'art. 139, al. 5, de la Constitution<sup>1</sup>,  
vu l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie»  
déposée le 23 mai 2012<sup>2</sup>,  
vu le message du Conseil fédéral du 20 septembre 2013<sup>3</sup>,  
*arrête:*

## Art. 1

<sup>1</sup> L'initiative populaire du 23 mai 2012 «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

<sup>2</sup> Elle a la teneur suivante:

I

La Constitution est modifiée comme suit:

*Art. 117, al. 3 et 4 (nouveaux)*

<sup>3</sup> L'assurance-maladie sociale est mise en œuvre par une institution nationale unique de droit public. Les organes de l'institution sont composés notamment de représentants de la Confédération, des cantons, des assurés et des fournisseurs de prestations.

<sup>4</sup> L'institution nationale crée des agences cantonales ou intercantionales. Elles sont chargées notamment de la fixation des primes, de leur encaissement et du paiement des prestations. Les primes sont fixées par canton et calculées sur la base des coûts de l'assurance-maladie sociale.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2012 6157

<sup>3</sup> FF 2013 7113

## II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont modifiées comme suit:

*Art. 197, ch. 8<sup>4</sup> (nouveau)*

*8. Dispositions transitoires ad art. 117, al. 3 et 4  
(Caisse-maladie nationale de droit public)*

<sup>1</sup> Dès l'adoption de l'art. 117, al. 3 et 4, par le peuple et les cantons, l'Assemblée fédérale édicte les bases légales nécessaires au transfert des réserves, des provisions et de la fortune de l'assurance-maladie sociale à l'institution visée à l'art. 117, al. 3 et 4.

<sup>2</sup> Si l'Assemblée fédérale n'édicte pas la législation correspondante dans les trois ans suivant l'acceptation de l'art. 117, al. 3 et 4, les cantons peuvent créer sur leur territoire une institution publique unique d'assurance-maladie sociale.

**Art. 2**

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil des Etats, 21 mars 2014

Le président: Hannes Germann  
La secrétaire: Martina Buol

Conseil national, 21 mars 2014

Le président: Ruedi Lustenberger  
Le secrétaire: Pierre-Hervé Freléchoz

<sup>4</sup> La numérotation définitive de la présente disposition transitoire sera fixée par la Chancellerie fédérale après le scrutin.



## **Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica»**

del 21 marzo 2014

---

*L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,*

visto l'articolo 139 capoverso 5 della Costituzione federale<sup>1</sup>;  
esaminata l'iniziativa popolare «Per una cassa malati pubblica», depositata  
il 23 maggio 2012<sup>2</sup>;

visto il messaggio del Consiglio federale del 20 settembre 2013<sup>3</sup>,

*decreta:*

### **Art. 1**

<sup>1</sup> L'iniziativa popolare del 23 maggio 2012 «Per una cassa malati pubblica» è valida ed è sottoposta al voto del Popolo e dei Cantoni.

<sup>2</sup> L'iniziativa ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

*Art. 117 cpv. 3 e 4 (nuovi)*

<sup>3</sup> L'assicurazione sociale contro le malattie è esercitata da un unico istituto nazionale di diritto pubblico. Gli organi di tale istituto sono composti segnatamente da rappresentanti della Confederazione, dei Cantoni, degli assicurati e dei fornitori di prestazioni.

<sup>4</sup> L'istituto nazionale costituisce agenzie cantonali o intercantonali. Queste sono segnatamente incaricate della determinazione dei premi, della loro riscossione e della remunerazione delle prestazioni. I premi sono fissati per Cantone e calcolati in base ai costi dell'assicurazione sociale contro le malattie.

<sup>1</sup> RS 101

<sup>2</sup> FF 2012 5917

<sup>3</sup> FF 2013 6825

## II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

*Art. 197 n. 8<sup>4</sup> (nuovo)*

*8. Disposizioni transitorie dell'art. 117 cpv. 3 e 4  
(Cassa malati nazionale di diritto pubblico)*

<sup>1</sup> Dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4 da parte del Popolo e dei Cantoni, l'Assemblea federale emana le disposizioni legali necessarie al trasferimento delle riserve, degli accantonamenti e del patrimonio dal settore dell'assicurazione sociale contro le malattie all'istituto nazionale di cui all'articolo 117 capoversi 3 e 4.

<sup>2</sup> Se l'Assemblea federale non emana la pertinente legislazione entro tre anni dall'accettazione dell'articolo 117 capoversi 3 e 4, i Cantoni possono creare sul loro territorio un istituto pubblico unico di assicurazione sociale contro le malattie.

**Art. 2**

L'Assemblea federale raccomanda al Popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio degli Stati, 21 marzo 2014

Il presidente: Hannes Germann

La segretaria: Martina Buol

Consiglio nazionale, 21 marzo 2014

Il presidente: Ruedi Lustenberger

Il segretario: Pierre-Hervé Freléchoz

<sup>4</sup> Il numero definitivo della presente disposizione transitoria sarà stabilito dalla Cancelleria federale dopo la votazione popolare.