



04.033

**Bundesgesetz
über die Krankenversicherung.
Teilrevision.
Prämienverbilligung****Loi fédérale
sur l'assurance-maladie.
Révision partielle.
Réduction des primes***Zweitrat – Deuxième Conseil*

CHRONOLOGIE

STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 15.12.04 (ERSTRAT - PREMIER CONSEIL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 03.03.05 (ZWEITRAT - DEUXIÈME CONSEIL)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 08.03.05 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 10.03.05 (DIFFERENZEN - DIVERGENCES)
STÄNDERAT/CONSEIL DES ETATS 18.03.05 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)
NATIONALRAT/CONSEIL NATIONAL 18.03.05 (SCHLUSSABSTIMMUNG - VOTE FINAL)

Antrag Zisyadis
Nichteintreten*Proposition Zisyadis*
Ne pas entrer en matière

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Nous allons traiter maintenant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, plus spécialement du volet concernant la réduction des primes. En regard du message du Conseil fédéral relatif à la réduction des primes et des travaux du Conseil des Etats, quelques précisions sont importantes de la part de la commission, parce que le modèle qui est proposé au Conseil national varie fondamentalement de ce qui a été initialement prévu. En effet, le Conseil des Etats a repris le modèle présenté par le Conseil fédéral, l'a retravaillé et a abouti à une solution qui est complètement nouvelle: la proposition de tenir compte d'un certain nombre de paliers dans la capacité économique des ménages a été modifiée. Le Conseil des Etats nous présente, dans la pratique de la réduction des primes, une version qui porte l'accent sur deux éléments:

1. le maintien du système actuel s'agissant des principes, et plus particulièrement des compétences cantonales;
2. une catégorie spécifique de la population, à savoir les familles avec enfants et les jeunes adultes, puisque pour ce cas, le Conseil des Etats nous propose que la réduction des primes soit d'au moins 50 pour cent de la prime dans les cantons.

La très grande majorité des membres de la commission soutient le projet adopté par le Conseil des Etats. De manière générale, pour relater les propos qui ont été tenus au sein de la commission, il convient de relever que trouver un modèle n'est pas forcément toujours très aisé et que c'est parfois la quadrature du cercle. En effet, il s'agit de concilier dans le cadre d'une assurance obligatoire et de l'accès au régime de l'assurance-maladie des primes par tête ne tenant pas directement compte de la capacité économique des ménages et d'introduire un but social. C'est ainsi concilier deux logiques: d'une part, celle de l'assurance obligatoire universelle; d'autre part, celle du ciblage des aides à travers un principe d'assistance qui est appliqué par les cantons, subventionnés par la Confédération. Par conséquent, lorsqu'on touche à ce système, il n'est guère étonnant que l'on provoque parfois des résistances, voire des insatisfactions de la part des acteurs, qu'il s'agisse de la Confédération et surtout des cantons, voire des assurés.





Par conséquent, comme le Conseil des Etats, la commission de notre conseil admet qu'avec une contribution annuelle de 2,5 milliards de francs, la Confédération doit pouvoir donner un sens à l'affectation des ressources destinées à la réduction des primes pour les assurés économiquement modestes. C'est dans cette dynamique que l'action orientée sur la famille a été retenue. C'est un domaine sensible, à l'intérieur duquel il nous faut des actes très concrets.

Du point de vue du projet qui vous est proposé, il convient de formuler un certain nombre de remarques importantes. D'une part, dans les principes généraux, nous maintenons les compétences cantonales pour définir l'utilisation des subventions à disposition – on le sait, les cantons n'utilisent pas tous l'intégralité de l'enveloppe mise à disposition par la Confédération; cette pratique reste inchangée. D'autre part, les cantons restent libres de définir les seuils d'accès aux subventions et les critères en vigueur pour les personnes seules, mais aussi pour les familles. La contrainte supplémentaire vient du fait que le projet exige une réduction de 50 pour cent au moins pour les familles avec enfants et jeunes en formation. En effet, les jeunes en formation sont une charge économiquement lourde pour les familles.

On pourra atteindre cet objectif en disposant de moyens supplémentaires et la Confédération s'y engage financièrement avec 200 millions de francs, qui seront alloués en deux étapes selon la solution du Conseil des Etats – 100 millions de francs en 2006, 100 millions de francs en 2007. La conséquence pour les cantons est difficile à estimer, tout simplement parce qu'on ne peut présumer l'utilisation qui en sera faite, qui varie de 50 à 100 pour cent. Toutefois, on peut estimer, en fonction de la pratique, que la charge supplémentaire pourrait être de l'ordre de 100 millions de francs.

Le modèle proposé par les cantons, à savoir répartir les primes des enfants sur l'ensemble des assurés, n'a pas été retenu. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout à l'heure, lorsqu'il s'agira de discuter de la proposition de la minorité Teuscher, qui reprend ce modèle. La commission en reste donc à la version du Conseil des Etats.

J'aimerais préciser ici très brièvement quelques définitions. Je rappelle que la définition des enfants et des jeunes adultes est très clairement donnée dans la LAMal: jusqu'à 18 ans pour les enfants, de 18 à 25 ans pour les jeunes adultes; je rappelle aussi que, s'agissant des seuils et des valeurs de référence de ces seuils, les compétences restent cantonales – on ne change pas le principe actuel; je rappelle également que, s'agissant des jeunes en formation et de leurs possibilités de formuler des requêtes personnelles, la pratique actuelle, à savoir la référence à la situation familiale, donc le lien aux parents, est un élément qui a été maintenu, qui n'a pas été changé par la commission et qui reste ce que pratiquent les cantons. La prime de référence est une prime avec rabais, c'est celle qui est déjà appliquée – ici aussi, il n'y a aucun changement. Puis, s'agissant de la formation, nous faisons référence à la législation fiscale fédérale, il y a une analogie que nous voulons. Voilà les quelques précisions qui nous paraissent importantes.

Enfin, et c'est aussi un élément important concernant le financement, la commission propose un modèle qui est nouveau par rapport à celui du Conseil des Etats. Nous proposons aussi de partir d'un montant de base et de l'adapter à l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins, et non pas de fixer des montants, année après année.

La deuxième partie de la révision concerne un élément plus ou moins technique, il s'agit du non-paiement des primes. La commission se rallie à la décision du Conseil des Etats. Nous reviendrons tout à l'heure sur cet élément technique et

AB 2005 N 119 / BO 2005 N 119

vous apporterons quelques précisions et discuterons notamment la proposition de minorité Guisan.

Par conséquent, au nom de la commission, je vous propose d'entrer en matière, puisqu'une proposition de non-entrée en matière est formulée. Nous en discuterons tout à l'heure.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Ich möchte kurz noch vier Punkte zur Einführung dieser Vorlage erwähnen: Ausgangslage, aktuelle Vorlage, Prämienverbilligung als Modell und Finanzierung.

1. Zur Ausgangslage: Man kann sich hier kurz halten. Sie erinnern sich: Mit dem neuen Bundesgesetz von 1994 haben wir eine Systemänderung in der Subventionierung eingeführt. Damals wurde die generelle Senkung der Prämien für alle, die berühmte Giesskanne, durch ein gezieltes Prämienverbilligungssystem für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ersetzt. Das war ein wichtiger Schritt in der Sozialversicherungsgesetzgebung. Man hat anschliessend anhand der Erfahrungen der Kantone gesehen, und die Studien zum Vollzug der Prämienverbilligung haben es gezeigt, dass sehr unterschiedliche Lösungen entstanden, dass auch die Wirksamkeit dieser Verbilligung der Prämien verbessert werden sollte. Das war die Grundlage für einen weiteren Schritt in der Diskussion, nämlich im Rahmen der 2. KVG-Revision, in der ja –



auch in diesem Rat – ein Sozialziel definiert wurde. Es hätten unterschiedlich gestaffelte Prämienverbilligungen für Familien und andere Leistungsempfänger eingeführt werden sollen. Ich spreche im Konjunktiv, weil Sie ja wissen, dass wir in der Schlussabstimmung, in der Wintersession 2003, diesen Revisionsentwurf und damit auch die Einführung eines Sozialziels abgelehnt haben.

2. Die aktuelle Vorlage, über die wir heute sprechen, nimmt Bezug auf die bisherigen Arbeiten zur Prämienverbilligung und nimmt diese Themen wieder auf. Insgesamt geht es hier um ein verfeinertes Modell der Prämienverbilligung auf der bisherigen Grundlage der individuellen Verbilligung. Es geht gleichzeitig um einen Entwurf für einen Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung, der den geltenden Beschluss ablösen soll. Zudem – sozusagen als Beigabe zur Prämienverbilligung – schlägt der Bundesrat hier noch eine gesetzliche Grundlage vor, welche das Problem der Nichtbezahlung ausstehender Prämien und Kostenbeteiligungen regeln soll. Es ist dies ein nicht unbedeutendes Problem, wenn man die Zunahme der Ausstände in der Krankenversicherung sieht. Der Bundesrat legt hier deshalb ein klares Konzept zum Leistungsaufschub vor, wenn die Prämien nicht bezahlt werden. Die vorgelegte Lösung hat zum Ziel zu verhindern, dass Personen, die an sich die Mittel hätten, ihre Prämien zu bezahlen, und dies nicht tun, beispielsweise die Kasse wechseln, um den Zahlungen zu entgehen. Nach Meinung der Mehrheit wird durch diese Massnahme das Versicherungsobligatorium nicht ausgehöhlt oder unterlaufen.

3./4. Nun aber zum Hauptpunkt der Vorlage, nämlich zur Prämienverbilligung und deren Finanzierung. Der Entwurf des Bundesrates wurde zunächst von den Kantonen heftig bekämpft. Das kantonale Modell sah vor, dass Kinder keine und Jugendliche nur noch die Hälfte der Krankenkassenprämien zu zahlen hätten. Dieses Modell findet sich jetzt auf der Fahne wieder, indem es die Minderheit Teuscher aufgenommen hat. Die SGK-Mehrheit war allerdings klar der Meinung, dass Gratisprämien abzulehnen seien – auch für Jugendliche und Kinder –, da keine Einkommensabhängigkeit eingebaut ist, also eigentlich wieder ein Giesskannensystem eingeführt würde, das wir ja erst 1994 abgeschafft haben. Zudem ginge die sozusagen erzieherische Zielsetzung verloren; die Einstellung könnte Einzug halten, bis 25 Jahre seien die Prämien gratis. Man konsumiert sozusagen gratis, nachher wird die Zahlung als Zumutung empfunden. Das sind die Gründe, weshalb die Mehrheit ganz klar von dem Modell der Minderheit Teuscher abgesehen hat.

In der Folge hat die ständerätliche Kommission vorerst einen eigenen Antrag entwickelt, der auch Grundlage des Modells ist, das Ihnen die Kommissionsmehrheit beliebt machen möchte. Dieses Modell besteht darin, dass die Kantone verpflichtet werden, bei Familien mit tiefen und mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahre und von Jugendlichen in Ausbildung bis 25 Jahre um mindestens 50 Prozent zu verbilligen. Es wird also nicht mehr ein eigentliches Sozialziel vorgegeben; die Kantone haben klarer als bisher die Möglichkeit, die Prämienverbilligungen auszugestalten.

Deshalb sind – wie der Koreferent in französischer Sprache schon ausgeführt hat – nach den Verhandlungen in unserer Kommission und in Absprache mit der Verwaltung und der Gesundheitsdirektorenkonferenz noch vier kurze Präzisierungen nötig: Erstens ist die Referenzprämie für die Verbilligung die heutige kantonale Referenzprämie. Es wird an diesem System also nichts geändert. Zweitens enthält auch die Definition für Ausbildung keine neuen Kriterien, sondern stützt sich auf die Definitionen in der heutigen Steuergesetzgebung der Kantone. Drittens bleiben die Differenzwerte für untere und mittlere Einkommen in der kantonalen Kompetenz. Die in der Debatte genannten Zahlen sind illustrativ, sie sind keine Referenz für diese zukünftigen Einkommensdefinitionen. Viertens haben junge Erwachsene in Ausbildung wie heute nicht automatisch einen selbstständigen Anspruch auf Prämienverbilligung; ihre Prämienverbilligungen werden im Kontext ihrer Familien und nicht separat bemessen. Diese Präzisierungen waren nötig, damit die Ausgestaltung dieser Prämienverbilligung klar ist.

Unsere Kommission hat bezüglich dieses Vorschlages dem Erstrat mit 19 zu 2 Stimmen zugestimmt. Damit ist klar, dass dieser neue Vorschlag in unserer Kommission mehrheitsfähig gewesen ist. Er stärkt die Kantone und verzichtet auf die Definition eines expliziten Sozialzieles. Eine Differenz zum Erstrat ergab sich bei der finanziellen Seite der Prämienverbilligung – Sie haben das der Fahne entnommen -: Die SGK hat mit 16 zu 7 Stimmen einen etwas anderen Weg gewählt. Die Bundesbeiträge an die Kantone sollen gemäss SGK-Mehrheit auf 2,5 Milliarden Franken erhöht und dann jährlich dem Kostenanstieg der Grundversicherung angepasst werden. So lautet der Antrag der Mehrheit auf Seite 7. Mit anderen Worten: Man führt hier eine Indexierung der Bundesbeiträge aufgrund der Kosten der Grundversicherung ein. Die Minderheit I (Meyer Thérèse) steht dem entgegen und sieht dem Ständeratsmodell entsprechend einen separaten Finanzierungsbeschluss vor, der 2006 und 2007 zusätzlich Erhöhungen von je 100 Millionen Franken bringen würde. Sie werden nachher diese Unterschiede auszumehren haben.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass die Prämienverbilligung zu zwei Dritteln vom Bund und zu einem Drittel von den Kantonen finanziert wird. Nach wie vor entscheidet jeder Kanton für sich, wie viel dieser Bundessub-



ventionen er beanspruchen möchte. Je mehr Geld aus Bern er bezieht, desto mehr muss er selber einsetzen. In der Gesamtabstimmung passierte die Vorlage klar mit 21 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung. Im Namen der SGK-Mehrheit empfehle ich Ihnen deshalb erstens Eintreten und zweitens, den Mehrheiten zuzustimmen.

Zisyadis Josef (-, VD): Une fois de plus, notre Parlement est appelé à faire du bricolage politique sans cohérence. Dans cette affaire, on saucissonne comme d'habitude, mais surtout on refuse d'écouter les praticiens de la santé et ceux qui sont au coeur des problèmes en relation avec la réduction des primes, en l'occurrence les cantons.

Plus que jamais, la loi fédérale sur l'assurance-maladie a démontré ses graves lacunes. Votre système hybride a fait faillite. On ne peut plus accepter le mélange des responsabilités publiques et privées en matière d'assurance de base, surtout lorsqu'on veut parler de réduction des primes. Le système mixte – étatique et libéral – démontre là toute son absurdité. Vous verrez que, tranquillement, la nécessité d'instituer à l'échelle nationale un nouveau système d'assurance-maladie unique, avec des cotisations fixées selon le

AB 2005 N 120 / BO 2005 N 120

modèle de l'AVS, s'imposera comme un fruit mûr dans quelques années, à cause de tous les monstres bureaucratiques que vous nous concoctez.

"A gauche toute!" vous invite à ne pas entrer en matière, parce que les différentes propositions en présence ne sont qu'un emplâtre sur une jambe de bois. Sous couvert d'aides aux familles et de ciblage, vous êtes en train de concocter une machine de contrôle absurde, alors que l'objectif politique doit être de répondre de toute urgence à l'augmentation de la pauvreté dans notre pays et à l'incapacité financière chronique des familles de faire face à la "montée" des primes d'assurance-maladie.

La seule réforme immédiate qui s'impose de toute urgence, c'est l'exonération totale des primes d'assurance-maladie pour tous les enfants et tous les jeunes en formation. Cela devrait être un principe de base qui, je le rappelle, existait en fait dans l'ancienne loi, puisque la prime des enfants était alors comprise dans la prime familiale. Il n'y a donc là rien de nouveau sous le soleil. Ce qu'il faut – et c'est ce qui manque ici –, c'est une volonté politique claire du Parlement.

Evidemment, nous ne sommes plus en période électorale, et tous ces partis qui se targuent de défendre la famille, les voilà aux abonnés absents lorsqu'il faut prendre des décisions claires et courageuses, des décisions qui devraient réduire considérablement les charges administratives par leur simplicité. Aujourd'hui même, une étude sur les pays de l'OCDE montre que la Suisse a 250 000 enfants pauvres, dont 8200 dans la seule ville de Zurich. Dans le canton de Vaud, 4000 mineurs bénéficient de l'aide sociale vaudoise. Tout ceci montre que l'augmentation de la pauvreté chez les jeunes est en pleine évolution.

Comment financer une mesure telle que celle que nous proposons, qui serait un véritable coup de pouce aux familles? Eh bien, par un double mouvement: premièrement, une correction de la solidarité entre les générations et, deuxièmement, une utilisation des contributions non distribuées par les cantons pour la réduction de primes, ces fameux 400 millions de francs qui sont dus à la population la plus défavorisée et que, d'année en année, des cantons en Suisse économisent sur leur dos.

Autre élément de notre opposition, et pas des moindres: celui de la suspension des prestations en cas de non-paiement des primes. On voit bien que les parlementaires qui ont accouché de cette horreur sociale, tant du côté de la majorité que de celui de la minorité, ne connaissent rien aux difficultés quotidiennes des gens qui ont des petits salaires. Ainsi, plus on est pauvre, moins on aura la possibilité de se soigner. C'est l'instauration d'un système de santé à deux vitesses, qui est un véritable scandale. Ce ne sont pas les assurés pauvres qu'il faut encore pénaliser en leur enfonçant la tête sous l'eau, mais ce sont les assureurs qu'il faudrait obliger à aller jusqu'à l'obtention d'un acte de défaut de biens avant de procéder à la suspension des prestations. Cet article est un chèque en blanc accordé à la fainéantise des caisses-maladie, elles qui paient la plupart du temps avec des retards considérables ce qu'elles doivent aux assurés. C'est une véritable chasse aux pauvres que vous êtes en train d'instituer qui va aboutir à l'exclusion massive de milliers d'assurés du système d'assurance-maladie.

Je termine en constatant que les propositions qu'"A gauche toute!" vous fait n'ont évidemment rien de révolutionnaire. Il est curieux, tout de même, que la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales aille dans le même sens et mette le doigt sur toutes les absurdités bureaucratiques de votre système. Vous croyiez avoir trouvé l'oeuf de Colomb pour cette soi-disant réforme, mais vous êtes en train de faire des omelettes immangeables!

C'est pour cela que nous vous demandons de ne pas entrer en matière.



Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe PDC entre en matière et votera pour les propositions de la majorité à tous les articles concernant la réduction des primes, et à l'article 64a aussi.

Par contre, aux articles concernant le financement, nous soutenons la ligne du Conseil des Etats, à savoir 200 millions de francs d'augmentation en deux ans et 1,5 pour cent d'adaptation au renchérissement. Je développerai notre position au moment de développer les propositions de minorité.

Notre groupe s'est beaucoup engagé pour établir un coût des primes de caisse-maladie abordable pour les personnes à revenu modeste – bien sûr –, et également pour les familles à revenu modeste et pour les familles de la classe moyenne, dont le pouvoir d'achat s'est rétréci ces dernières années.

Je l'ai dit souvent à cette tribune, la natalité est faible en Suisse, puisqu'elle se situe à 1,4 enfant par femme. Le désir d'enfants est plus élevé que le nombre d'enfants qui naissent; c'est surtout cet élément qui doit nous interpeller comme faiseurs de loi. Souvent, les parents renoncent à avoir un enfant de plus, car ils craignent de ne pouvoir faire face à la charge financière induite. Dans les dépenses des familles, la santé reste un poste important: souvent entre 16 et 20 pour cent du budget. Je vous rappelle que les chiffres donnent 70 000 familles de trois enfants et plus dans notre pays, dont 23 000 familles seulement de quatre enfants et plus.

Vu cette situation, il fallait trouver une solution avec un but clair, à savoir compléter la réduction des primes actuelles par quelque chose qui apporterait un soulagement aux familles, également de la classe moyenne, par un modèle facile à appliquer, un modèle avec un peu de souplesse pour que les cantons puissent prendre en compte leur situation particulière vis-à-vis du niveau des primes et du pouvoir d'achat des familles. Le modèle proposé répond à tous ces critères. Je développerai la position de notre groupe au moment de l'examen de l'article pertinent.

En ce qui concerne l'article 64a dans la section 3a, "Non-paiement des primes et des participations aux coûts", la situation actuelle ne donne pas satisfaction. Elle conduit malheureusement à une déresponsabilisation de l'assuré vis-à-vis du paiement de ses primes, même s'il bénéficie d'une subvention. Cela motive notre entrée en matière sur ce plan aussi. Madame Humbel Näf développera la position du groupe sur ce thème. Je dirai que force est de constater qu'aucun système n'est entièrement satisfaisant et, si le nouveau système entrerait trop en conflit avec l'obligation de s'assurer, il faudrait reprendre l'examen.

En conclusion, je confirme que mon groupe entrera en matière et qu'il est satisfait de voir, enfin, une réduction des primes pour les enfants et pour les jeunes.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Nachdem wir in der letzten Herbstsession im KVG-Bereich vorwiegend Dringlichkeitsrecht verlängert und neues beschlossen haben, diskutieren wir heute über die Höhe der Bundesbeiträge und die Verteilung der Mittel. Damit haben wir einmal mehr nicht die Ursache des Kostenproblems angepackt, sondern setzen nur bei den Wirkungen an und wollen diese Wirkungen namentlich für Familien etwas dämpfen. Das ist richtig und wichtig. Damit haben wir aber noch keinen einzigen Franken eingespart. Der Bundesrat ist daher gefordert, dem Parlament endlich eine Vorlage mit Kostendämpfungsmassnahmen im Gesundheitswesen zu unterbreiten.

Eine Prämiententlastung von Familien tut Not. Familien mit Kindern sind bereits heute die grösste Gruppe der Prämienverbilligungsberechtigten. Über 80 Prozent der Prämienverbilligungsberechtigten sind unter 50-jährig, und rund 45 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis 25 Jahre kommen in den Genuss von Prämienverbilligungen. Diese Relationen zeigen den grossen Handlungsbedarf. Die vorliegende Gesetzesrevision berücksichtigt diese Situation, indem sie zusätzliche Entlastungen von Familien mit Kindern und von unteren und mittleren Einkommen bringt. Das ist eine langjährige Forderung der CVP, und wir unterstützen diese Lösung.

In der Ausgestaltung des Modelles bleiben die Kantone frei. Sie bestimmen, was untere und mittlere Einkommen sind, und verbilligen die Prämien dieser Kinder um mindestens

AB 2005 N 121 / BO 2005 N 121

50 Prozent. Die Kantone können daher auch weiter gehen und die Kinder und/oder Jugendlichen ganz von Prämien befreien. Gleichzeitig müssen die Kantone aber weiterhin wie bisher Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen gewähren. Selbst wenn wir auf eine formelle und materielle Harmonisierung der Prämienverbilligung verzichten, ist zu erwarten, dass die Kantone selber eine Angleichung der Prämienverbilligungssysteme anstreben. Dies wäre im Interesse von Versicherten, welche von einem Kanton in einen anderen zügeln müssen, wie auch der Versicherer, welche 26 unterschiedliche Systeme handhaben müssen.

Die Effizienz und Wirksamkeit der Modelle wird sich erst im Vollzug zeigen. Wir erwarten, dass die Prämienverbilligungen in den Kantonen über die Versicherer abgewickelt werden. Die Versicherten sollten die um den Verbilligungsbetrag reduzierte Prämie bezahlen müssen und nicht irgendwann im Lauf des Jahres einmal





einen Scheck ausbezahlt bekommen. Prämienverbilligungsberechtigte müssen zum Zeitpunkt, zu welchem ihre Zahlung fällig wird, entlastet werden, und sie sollten die Prämie nicht vorschüssig zahlen müssen.

Es stellt sich im Weiteren die Frage, wie die Versicherten auf dieses neue Prämienverbilligungsmodell reagieren werden. Heute haben wir bei den Kindern Vergünstigungen um 70 Prozent gegenüber den Erwachsenenprämien. Bei den Jugendlichen liegt die Vergünstigung zwischen 0 und 30 Prozent. Es muss sichergestellt werden, dass die Versicherten ihre Prämienpolitik nicht verändern, sonst kann das Modell nicht die erhoffte Wirkung erzielen.

Der Minderheitsantrag aus der grünen Fraktion ist auf den ersten Blick interessant und bestechend, weil er den Generationenvertrag thematisiert. Diese Diskussion müssen wir aber grundsätzlich führen und nicht am Objekt der Prämienverbilligung. Der Antrag ist auch deshalb problematisch, weil die Prämien der Erwachsenen deutlich ansteigen würden – auch für Versicherte in unteren Einkommensschichten. Die Folge davon wäre, dass mehr Erwachsene – vor allem auch alleinstehende – eine Prämienverbilligung bekommen müssten. Der Bund würde den Kantonen 2,5 Milliarden Franken für Prämienverbilligungen zur Verfügung stellen, ohne die geringste Auflage und ohne ein minimales Sozialziel zu definieren. Das geht unseres Erachtens zu weit.

Wie Frau Meyer Thérèse bereits ausgeführt hat, ist die CVP-Fraktion für Eintreten auf die Vorlage und unterstützt mit Ausnahme von Artikel 66 Absatz 2 die Anträge der Kommissionmehrheit.

Guisan Yves (RL, VD): La question de l'abaissement des primes est au centre de cette révision, et les divergences survenues à ce propos ont joué un rôle déterminant dans le capotage de la première mouture du projet en décembre 2003.

Force est de constater que tous les modèles examinés jusqu'à présent ont leurs avantages et leurs inconvénients. La solution centralisée, avec des fourchettes initialement préconisées, a des retombées négatives sur les cantons et ne parvient pas à atteindre l'objectif poursuivi, ou du moins à obtenir un consensus suffisant pour rassembler une majorité. La solution de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – pas de prime pour les enfants – provoque un déplacement inacceptable des charges sur les primes des adultes et n'encourage pas à une prise de responsabilités individuelle. La solution de notre collègue du Conseil des Etats Urs Schwaller est d'une complication extrême.

C'est donc logiquement que le groupe radical-libéral se rallie à la solution du Conseil des Etats, soit une prime de 50 pour cent pour les enfants et le statu quo par ailleurs. Cela a l'avantage de la simplicité et de maintenir les dispositions prises par chaque canton en fonction des paramètres socioéconomiques qui leur sont propres. Cela signifie également qu'il n'y a aucune raison de modifier de manière intempestive les modalités de contribution de la Confédération.

Les propositions de la majorité de la commission à l'article 66 du projet 1 et à l'article 1 du projet 2 sont absolument inacceptables. D'une part, fixer le montant des subsides à 2,5 milliards de francs est totalement arbitraire. D'autre part, faire dépendre l'évolution de ces subsides fédéraux de celle des coûts de la santé est une proposition totalement perverse, avec comme seule perspective une crise majeure à court terme.

Nous avons déjà connu ce genre de situation dans le passé, avec les subsides fédéraux individuels pour les hommes, les femmes et les enfants, mis en place en 1964 par le regretté conseiller fédéral Hans Peter Tschudi. L'évolution des contributions fédérales a été relativement lente jusque dans les années 1980, où elle a pris une tournure rapidement explosive et non maîtrisable. Cela a débouché sur un gel des subsides fédéraux autour de 2 milliards de francs en 1989 et sur un gel des tarifs en 1990 par voie d'arrêtés fédéraux urgents. Il a fallu attendre l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 pour que la situation se débloque. Inévitablement, il en est résulté un rattrapage brutal, avec une augmentation correspondante des primes. Voulons-nous vraiment répéter cet exercice imbécile qui ne mène à aucune solution?

Le groupe radical-libéral tient à dénoncer vigoureusement cette démarche aussi démagogique qu'illusoire. Le groupe UDC prétend forcer par ce biais la Confédération à prendre des mesures drastiques d'économies. Cette intention est d'autant plus fallacieuse que les compétences de la Confédération dans ce domaine ne dépassent pas le niveau des conditions-cadres et que la plus grande partie des compétences de gestion-planification appartient aux cantons, partie sur laquelle la Confédération n'a qu'une influence limitée.

Mais le summum de la perversion dans cette affaire est d'ordre politique. En postulant cette adaptation automatique, le Conseil fédéral et le Parlement se verront, à l'avenir, privés de tout moyen d'intervention directe sur l'importance de ces montants. L'Etat se voit ainsi dépouillé d'une bonne partie de ses moyens d'action directs. Ne reste plus à sa disposition qu'une révision des dispositions-cadres, ce qui, par définition, prend du temps. Le processus en cours le démontre amplement. Messieurs, si vous imaginez attirer les faveurs de l'opinion publique sur votre initiative populaire "pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base" par ce genre de manipulations, vous vous trompez complètement.



Je suis obligé de montrer du doigt la gauche aussi, disposée à soutenir ce genre de manoeuvres machiavéliques dans le cadre d'une alliance totalement contre nature. La logique de son credo eût voulu au contraire que le groupe socialiste soutienne et renforce les compétences de l'Etat plutôt qu'il lui enlève une bonne partie de ses moyens d'intervention. Un certain nombre d'entre vous en ont d'ailleurs convenu avec moi et m'ont dit, sur un ton de dérision, que le Conseil des Etats corrigerait la mise. Tout ceci n'est définitivement pas sérieux! Le groupe radical-libéral entrera pourtant en matière, mais il vous prie instamment de ne pas céder aux sirènes de la facilité et de la manipulation, sous peine d'être rattrapés rapidement par une réalité sans égard pour personne. Il vous invite donc à soutenir le projet tel qu'issu des délibérations du Conseil des Etats dans la discussion par article.

Hassler Hansjörg (V, GR): Die SVP-Fraktion unterstützt die Vorlage 1. Wir befürworten eine Prämienverbilligung, die sozial ausgestaltet ist. Das System mit den Kopfprämien und dem sozialen Ausgleich über die Prämienverbilligung ist richtig. Mit der Prämienverbilligung können Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gezielt entlastet werden. Das ist richtig so. Mit dem Beschluss des Ständerates haben wir einen einfachen Vorschlag mit wenigen zusätzlichen Bundesvorschriften.

Wir von der SVP-Fraktion können uns mit dieser Lösung anfreunden. Sie kann von den Kantonen einfach vollzogen werden. Mit den bisher diskutierten Vorschlägen gab es verschiedene Schwierigkeiten. Wir wollten vom Bund her ein

AB 2005 N 122 / BO 2005 N 122

Sozialziel vorgeben, was bei den Kantonen auf Ablehnung gestossen ist. Das ist verständlich, weil die Bezugsgrössen für das massgebende Einkommen in den Kantonen sehr unterschiedlich sind. Die Prämienverbilligungssysteme in den Kantonen lassen sich kaum miteinander vergleichen, weil die Gesundheitskosten und damit auch die Prämienhöhen sehr unterschiedlich sind. Die Kantone wollen die Festlegung des Sozialziels bei sich behalten, weil sie die Prämienverbilligung konkret ausgestalten und auch vollziehen müssen. In Anbetracht der sehr unterschiedlichen Verhältnisse ist das auch richtig so. In diesem Bereich ist den Kantonen möglichst viel Freiheit einzuräumen.

Unsere Fraktion ist klar gegen den vollständigen Prämienentlass für Kinder. Dies würde dem Giesskannenprinzip entsprechen, was wir strikte ablehnen. Den Kompromiss, die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung für untere und mittlere Einkommen mindestens zu 50 Prozent zu verbilligen, werden wir nicht bekämpfen. Eine Entlastung von Familien mit Kindern erachten wir aus familienpolitischen Gründen als richtig. Die entsprechenden Einkommenslimiten werden von den Kantonen festgelegt, was wir auch als absolut richtig erachten.

Schliesslich ist es nötig, die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen im Gesetz zu regeln. Vor allem ist es wichtig, dass säumige Versicherte zur Umgehung ihrer Verpflichtungen den Versicherer nicht mehr wechseln können.

Bei der Finanzierung der Prämienverbilligung sind wir der Ansicht, dass die Beiträge des Bundes an die Kantone der Kostenentwicklung der grundversicherten Leistungen anzupassen sind, damit der Bund vermehrt auch seine Verantwortung zur Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen übernehmen muss.

Die SVP-Fraktion stimmt daher bei der Vorlage 2 – beim Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge an die Krankenversicherung – mit der Mehrheit für Nichteintreten.

Den Antrag Zisyadis auf Nichteintreten zur ganzen Vorlage lehnen wir ab. In der Detailberatung unterstützt die SVP-Fraktion durchwegs die Mehrheit, und ich bitte Sie, dasselbe zu tun.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Bien qu'il ne soit pas d'un enthousiasme débordant face à ce projet, le groupe socialiste vous propose d'entrer en matière et, dans les grandes lignes – mais, vous le verrez, dans les grandes lignes seulement –, d'accepter le projet tel qu'il ressort des travaux de la commission.

Notre manque d'enthousiasme trouve sa source dans la conviction, que nous avons toujours défendue et que nous défendrons toujours, de l'iniquité profonde d'un système de prime par tête que la Suisse est d'ailleurs le seul pays à connaître. Or, tant que nous n'aurons pas admis que les cotisations d'assurance-maladie doivent être adaptées au revenu, réalisant ainsi une vraie solidarité non seulement intergénérationnelle, mais aussi entre toutes les couches de la population, nous devons nous préoccuper des mesures de réduction ciblées pour les catégories de personnes particulièrement mises en difficulté par le système des primes par tête. C'est pour cette raison, et pour cette raison seulement, que nous avons à examiner aujourd'hui ce projet de révision de la LAMal.

A l'heure actuelle, ce n'est un secret pour personne, le but social expressément mentionné lors de la campagne de votation de l'entrée en vigueur de la LAMal n'est pas atteint dans de nombreux cantons, avec des différences



cantonales importantes, liées aux différences de systèmes de réduction des primes et à des conditions et limites d'octroi propres à chaque canton. Si le système de réduction des primes a plus ou moins permis de soutenir les personnes à faible revenu, il n'en va pas forcément de même pour les familles de la même catégorie et encore moins pour les familles de la classe moyenne.

Partant de la constatation que le soutien à ces catégories de la population est un but reconnu par tout le monde, encore fallait-il trouver le moyen de l'atteindre. En désaccord avec la solution du Conseil fédéral, les cantons ont donc proposé d'exempter tous les enfants et de diminuer de 50 pour cent la prime des jeunes de 19 à 25 ans, en reportant ces charges sur l'ensemble des adultes, ce qui aurait, de leur point de vue, développé la solidarité des personnes assurées sans enfants avec celles qui en ont.

Le groupe socialiste est opposé à cette solution, parce qu'elle ne tient pas compte de l'existence d'adultes qu'une telle augmentation de prime, de l'ordre de 6 à 9 pour cent – ce qui correspondrait à une augmentation de 48 francs par personne et par mois dans le canton de Genève –, rendrait encore plus vulnérables. L'autre manière de soutenir les familles, à l'intérieur du système actuel de primes par tête, c'est d'inscrire explicitement les familles à bas et moyen revenu dans le processus de réduction des primes, ce qui revient à augmenter la solidarité entre les différentes catégories, puisque c'est par le biais de l'impôt que les subsides en vue de la réduction des primes sont financés. Cela va donc modestement dans le sens, comme nous le souhaitons, de primes d'assurance-maladie proportionnelles au revenu.

C'est la raison pour laquelle je vous invite, au nom de mon groupe, à vous rallier, à ce chapitre, à la proposition de la commission.

Quant à la proposition de non-entrée en matière Zisyadis, nous y sommes opposés vu la nécessité, voire l'urgence qu'il y a à agir pour alléger au plus vite, autant que faire se peut, la charge démesurée qui pèse sur les familles à bas et moyen revenu. Monsieur Zisyadis, qui n'est plus là en ce moment, n'a pas le monopole du souci des personnes les plus défavorisées.

C'est justement parce que nous le partageons que nous vous proposons d'entrer en matière.

J'aimerais enfin ajouter que nous sommes en revanche beaucoup plus réservés sur le deuxième volet de cette révision partielle, qui concerne la procédure en cas de non-paiement des primes. Nous avons en l'espèce l'impression qu'une fois de plus, les assureurs sont favorisés et entendus, au détriment des personnes assurées et des cantons. C'est pour cette raison que notre groupe s'est rallié à la proposition de la minorité Guisan. Mais nous aurons l'occasion d'y revenir dans la discussion par article.

Pour le moment, je vous prie donc de bien vouloir entrer en matière et de suivre la majorité de la commission aux articles 61 et 65.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Nicht begeistert, aber überzeugt stimmen wir dieser Vorlage zu. Nicht begeistert, weil diese Vorlage einmal mehr zeigt, dass das heutige System von Kopfprämien und Prämienverbilligungen letztlich ad absurdum führt. Nach wie vor sind wir der festen Meinung, dass die Wurzel des Übels bei all diesen Flickwerken die Kopfprämie und die Tatsache ist, dass wir die Krankenkassen nicht einkommensabhängig finanzieren. Überzeugt stimmen wir dieser Vorlage aber zu, weil wir wissen, dass die Prämienlast vor allem in Haushalten mit Kindern und besonders in Haushalten mit Jugendlichen sehr hoch ist.

Wir wissen es alle: Das Sozialziel – seit Jahren versprochen – ist in vielen Kantonen nicht erreicht. Nach wie vor schöpfen viele Kantone die Mittel für die Prämienverbilligungen nicht aus. Daran wird leider auch diese Vorlage im Grundsatz nichts ändern. Trotzdem ist sie ein wichtiger Schritt. Für die mittleren und unteren Einkommen sollen die Prämien für Kinder und Jugendliche um mindestens 50 Prozent verbilligt werden. Das wird im Gesetz explizit festgehalten. Davon profitieren rund 915 000 Haushalte, in denen rund 1,6 Millionen Kinder und Jugendliche leben.

Verbilligen ist gut, aber wie finanzieren? Der Bundesrat hat vorgeschlagen, dass im Gegenzug zur Verbilligung der Prämien für Kinder und Jugendliche jene für Erwachsene ohne Kinder erhöht werden müssen. Das hätte eine Erhöhung der Prämien für alle Übrigen um 6 bis 9 Prozent zur Folge gehabt. Damit waren wir und auch die Kommissionsmehrheit nicht einverstanden. Der jetzige Vorschlag stärkt die

AB 2005 N 123 / BO 2005 N 123

Solidarität innerhalb des Systems, denn die zusätzliche Prämienverbilligung soll aus den Kassen der öffentlichen Hand finanziert werden. Damit sind wenigstens die Prämienverbilligungen einkommensabhängig finanziert.

Ich bitte Sie im Namen der SP-Fraktion, den Antrag Zisyadis auf Nichteintreten abzulehnen und für Eintreten zu stimmen.



Fasel Hugo (G, FR): Über die Prämienverbilligung zu reden ist einerseits eine absolute, aber auch bittere Notwendigkeit, andererseits auch ein ärgerliches und bemühendes Geschäft. Es ist deshalb ärgerlich und bemühend, weil wir uns mit diesem Geschäft einzig und allein deshalb beschäftigen müssen, weil die Finanzierung der Krankenversicherung in unserem Lande auf den individuellen Kopfprämien, dem unsozialsten aller möglichen Systeme, beruht. Kommt hinzu, dass wir in den letzten Jahren auch noch die Kostenbeteiligung – sprich Franchise – erhöhten, was das System sozialpolitisch noch schwieriger gemacht hat.

Diese absolut unsoziale Finanzierungsart der Krankenversicherung ist in Europa einmalig. Sie trägt in keiner Art und Weise der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen Rechnung. Dass wir deshalb über die Prämienverbilligung reden, ist bestens eine "Second-best-Lösung". Sie ist damit auch eine bittere Notwendigkeit, weil die Belastung der Kopfprämien für viele Personen aus der unteren und der mittleren Einkommensschicht enorm, manchmal kaum oder überhaupt nicht mehr tragbar ist und manche Familien auch in Existenzschwierigkeiten führt.

Es ist aber auch eine bittere Notwendigkeit, nicht nur über die Prämienverbilligung, sondern auch über die Kostenentwicklung zu reden. Wenn ich das Revisionspaket betrachte, das der Bundesrat in vielen Einzelschritten geschnürt hat, so ist es auch notwendig, auf einen Punkt hinzuweisen, den der Bundesrat regelmässig und systematisch – wohl auch gewollt, weil er einem Lobbying ausgesetzt ist – ausblendet. Es geht um die Bedeutung der Medikamentenpreise, es geht um die Bedeutung des ganzen Medikamentensektors, und wir stellen dort fest, dass immer wieder neue Produkte, neue Medikamente auf den Markt kommen, die wenig Leistung bezüglich Verbesserung der Gesundheit zeigen, und trotzdem sind die Preise drei bis vier Mal höher als bei einem alten Produkt.

Die grüne Fraktion weist bei dieser Gelegenheit auch darauf hin, dass sie froh ist, dass die Initiative des Mouvement Populaire des Familles auch mit der Unterstützung der Grünen zustande gekommen ist und wir bei Gelegenheit über die Einheitskasse und hier dann auch über einkommensabhängige Prämien debattieren können.

Was nun die Prämienverbilligung im Konkreten betrifft, so zitiere ich drei Passagen aus der Botschaft, weil sie es verdienen, erwähnt zu werden. Es geht um drei Studien, die in der Botschaft erwähnt werden. Eine von ihnen, die im Jahre 1998 gemacht wurde, hält fest, dass in zahlreichen Kantonen das soziale Ziel nicht erreicht wird. In "Monitoring 2000" wird dies ebenfalls festgestellt und aufgezeigt, dass zwischen den Kantonen bezüglich der Erreichung des Sozialziels grosse Unterschiede bestehen. Man könnte es auch etwas weniger wissenschaftlich formulieren und sagen: Teilweise ist es recht chaotisch und schwierig, überhaupt den Überblick zu wahren. Die dritte Bemerkung in der Botschaft basiert ebenfalls auf einer Studie, nämlich auf "Monitoring 2002". Dort wird festgehalten: "Es bestehen weiterhin grosse kantonale Unterschiede bezüglich der Umsetzung der Prämienverbilligungspolitik, und das soziale Ziel ist immer noch nicht erreicht."

Dies sollte genügen, um nachhaltig zu zeigen, dass die grüne Fraktion auf die Vorlage eintreten will und muss; wenigstens einige Verbesserungen sollten wir vornehmen. Allerdings wird die grüne Fraktion das Modell der Kantone unterstützen. Frau Teuscher wird dies als nachfolgende Rednerin unterstreichen und erklären.

Teuscher Franziska (G, BE): Die steigenden Krankenkassenprämien sind für viele Familien ein grosses Problem. Wer heute Post von der Krankenkasse bekommt, wagt es kaum mehr, das Couvert zu öffnen. "Der Blick auf die Prämienrechnung schadet Ihrer Gesundheit" – dies müsste eigentlich in fetten Buchstaben als Warnung unter dem Adressfenster stehen. Trotz eines Prämienverbilligungssystems sind die Prämien für viele Leute ein Schockerlebnis, weil entweder die Prämienverbilligungen nicht ausreichen oder weil schon Versicherte mit einem mittleren Einkommen nicht mehr in den Genuss der Prämienverbilligung kommen.

Dass hier dringender Handlungsbedarf besteht, ist auch die Meinung des Bundesrates. Deshalb schlug der Bundesrat die Teilrevision des KVG im Bereich der Prämienverbilligung vor. Wie die Vorredner ausgeführt haben, entscheiden wir aber heute nicht darüber, ob wir das unsoziale System der Kopfprämien abschaffen wollen oder nicht. Wir entscheiden heute nur, wie wir das System der Prämienverbilligung familien- und sozialpolitisch optimieren können. Die Grünen haben alle vorliegenden Modelle unter diesen Aspekten untersucht. Kein Modell ist perfekt und kann allen Ansprüchen gerecht werden; doch aus Sicht der grünen Fraktion ist keines der vorliegenden Modelle befriedigend.

Das Ziel der Teilrevision ist klar: Kinder und junge Erwachsene sollen zusätzlich zu Leuten mit bescheidenem Einkommen entlastet werden. Die Grünen haben sowohl das Modell des Ständerates wie das Modell der Kantone unter die Lupe genommen, und wir haben beim Modell des Ständerates grosse Fragezeichen anzubringen:

Bei der Beurteilung der Modelle steht zuoberst die Frage, welchen Anteil Familien und einkommensschwache Versicherte für ihre Versicherung aus dem eigenen Sack zahlen müssen und welchen Anteil die öffentliche



Hand zu übernehmen hat. Es ist also vorab auch eine Frage des Ausmasses der ins System eingeschossenen Steuergelder. Dies ist bei beiden Modellen gleich, und dies ist für die grüne Fraktion bei beiden Modellen ungenügend.

Wir müssen uns weiter fragen, ob mit der Revision die angepeilte Zielkategorie von Personen – im vorliegenden Fall Familien mit Kindern, vor allem bis und mit mittlerem Einkommen – überhaupt von der Regelung profitieren wird. Hier wagen es die Grünen, beim Ständeratsmodell ein grosses Fragezeichen zu setzen.

Damit verbunden ist auch die Frage, ob ein Modell die richtigen sozialen Umverteilungswirkungen erzeugt, richtige oder falsche Verhaltensanreize setzt. Auch hier schneidet das Modell des Ständerates aus der Sicht der Grünen schlecht ab.

Weiter gilt es zu entscheiden, ob ein Modell effizient vollzogen werden kann. Auch hier hat das Ständeratsmodell erhebliche Nachteile.

Schliesslich interessiert es die Grünen auch, ob ein Modell in der Schweiz rechtsgleich vollzogen wird oder neue Kantons Grenzen aufbaut. Auch hier sagen die Grünen, dass beim Modell des Ständerates das Ziel klar verfehlt ist.

Die grüne Fraktion schlägt Ihnen deshalb heute das Modell der Kantone vor, aufgestockt mit 100 Millionen Franken aus Bundesgeldern. Das Modell der Kantone verlangt, dass wir Kinder vollständig von der Krankenkassenprämie befreien, und für Jugendliche zwischen 18 und 25 Jahren soll die Prämie maximal 50 Prozent der Erwachsenenprämie betragen. Die grüne Fraktion verlangt aber zusätzlich 100 Millionen Franken an Bundesmitteln, damit Leute in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen weiterhin uneingeschränkt ihre Prämienverbilligung bekommen. Es darf nicht sein, dass man die verschiedenen Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen gegeneinander ausspielt.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Le projet que nous devons discuter et sur lequel, je l'espère, vous allez entrer en matière comporte deux chapitres. Le premier chapitre est consacré au financement des subventions et à la manière de répartir les subventions destinées à soulager des coûts de l'assurance-maladie les assurés financièrement en difficulté. Le deuxième chapitre concerne la procédure en cas de non-paiement des primes par certains assurés.

AB 2005 N 124 / BO 2005 N 124

Premièrement, en ce qui concerne le financement des subventions, le Conseil fédéral, dans son projet, avait à la base une philosophie fondée sur trois points. D'abord, il convient de fixer une enveloppe, de telle sorte que les coûts financiers n'explorent pas, qu'ils soient maîtrisables et qu'ils ne mettent pas en péril l'objectif d'assainissement des finances fédérales. Ensuite, lorsque la Confédération distribue un montant aussi important, il convient d'avoir un but social dans les principes gérant la distribution. Enfin, la troisième idée sur laquelle nous avons fondé notre conception est que la solution ne doit pas comporter d'effets pervers.

La solution du Conseil des Etats – qui n'était pas la nôtre initialement – nous satisfait. Elle respecte l'idée qu'il convient d'avoir un but social. Ce but social est axé sur les familles, essentiellement les enfants, et ça nous paraît légitime; l'expérience démontre que ce sont les familles qui ont le plus souvent de grandes difficultés à payer les primes d'assurance-maladie.

Les cantons voulaient aller beaucoup plus loin, puisqu'ils prévoyaient l'exonération totale du paiement des primes pour les enfants et les jeunes, mais cela aurait eu des conséquences assez graves, puisque cela aurait entraîné une augmentation des primes pour les autres assurés d'environ 6 à 9 pour cent, et ce n'est pas tolérable.

Le Conseil des Etats a aussi pris en compte la protestation des cantons contre le but social tel qu'il avait été défini par le Conseil fédéral. Nous acceptons cette modification et nous pensons qu'elle est positive. La conséquence pratique de la solution du Conseil des Etats est, entre autres, que les cantons devront compléter leur système existant de réduction des primes, tout en utilisant les primes de référence cantonales déjà fixées. Ce n'est pas grave et c'est acceptable.

Il faut aussi garder à l'esprit que dans les prochaines années entrera en vigueur la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons consécutive au vote sur la péréquation financière. Dans ce système, il y aura un mode de subventionnement qui tiendra compte aussi de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie au niveau cantonal. C'est la différence avec la proposition Borer faite en commission qui vise à adapter l'évolution de la subvention en fonction des coûts fédéraux. Or, les coûts dépendent beaucoup de la politique des cantons, puisque ces derniers sont en particulier responsables du secteur hospitalier, qui représente environ 40 pour cent des coûts de l'assurance-maladie. Il n'est donc pas juste de faire dépendre le subventionnement fédéral de l'évolution des coûts au niveau national. Il vaut mieux, comme le fait la nouvelle



répartition des tâches, tenir compte davantage des coûts cantonaux. Mais, pour l'instant, nous n'en sommes pas encore là. Il faut adopter un système qui permette de passer la période jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons.

Nous nous rallions à la solution de la minorité; si ce n'est pas possible, nous préférons la solution de la majorité à la proposition Borer.

Voilà pour ce qui concerne le subventionnement des primes d'assurance-maladie. Je crois que la solution qui est en train de se dessiner est acceptable et qu'elle est conforme à un certain nombre d'objectifs qui étaient à la base de notre projet.

Deuxièmement, en ce qui concerne les problèmes de procédure en cas de non-paiement des primes, ceux-ci suscitent des discussions. Mais quand on regarde de plus près en quoi consistent les propositions que nous avons faites, on constate qu'elles relèvent du bon sens.

La réalité démontre qu'un certain nombre de gens ont découvert une faille dans le système actuel de l'assurance-maladie. En effet, dans le système actuel, si vous ne payez pas vos primes, le paiement des prestations n'est pas suspendu aussi longtemps qu'on n'a pas obtenu un acte de défaut de biens, ce qui prend un certain temps. Or pendant cette période, au moment où vous allez approcher de l'établissement de l'acte de défaut de biens, il vous suffit de changer d'assurance, et vous recommencez la même procédure avec la nouvelle assurance. Et comme il y a environ 60 assurances-maladie en Suisse, vous pouvez passer, à raison d'un changement par semestre, 30 ans à changer d'assurance-maladie; vous changez continuellement d'assurance-maladie, de six mois en six mois; ça se fait! Et ainsi, vous laissez une ardoise auprès de chaque assurance-maladie et vous changez en permanence.

Ce que nous voulons avant tout, c'est qu'un assuré ne puisse pas changer d'assurance-maladie avant d'avoir réglé ses comptes avec l'assurance-maladie auprès de laquelle il avait un contrat. Il paraît assez raisonnable que lorsqu'on a fait un contrat, on liquide le contrat existant avant de faire un contrat avec une nouvelle assurance.

Mais, me direz-vous, pourquoi alors suspendre le paiement des prestations? Tout simplement pour provoquer une réaction! Au moment où il y a suspension des prestations parce qu'elle n'a pas payé les primes, la personne en cause est confrontée à une situation qui dépend de son état financier. Ou bien sa situation financière est mauvaise et, dans ce cas-là, il faut s'adresser aux services sociaux qui, de toute façon, seront appelés un jour à agir; et on intervient plus rapidement que dans le système actuel, avant qu'il y ait accumulation de primes non payées. Ou bien sa situation financière n'est pas mauvaise, mais il y a simplement mauvaise volonté de la part de l'assuré, et, dans ce cas-là, la pression vient plus tôt pour ne pas laisser s'accumuler des retards dans le paiement des primes puisqu'il y a suspension du paiement des prestations dès l'ouverture de la poursuite. Le système est donc dans l'intérêt de l'assuré qui est dans l'incapacité de payer sans qu'il y ait faute de sa part – puisque l'intervention des collectivités publiques sera plus rapide. Cela n'entraîne pas plus de coûts pour les collectivités publiques, mais les oblige plus tôt à se poser la question de savoir s'il y a lieu d'intervenir dans ce cas et pourquoi la situation de cette personne s'est dégradée. On doit donc porter un jugement sur la situation de la personne plus tôt que dans l'autre système.

La possibilité d'être soigné en cas de problème demeure. Personne ne sera abandonné au bord de la route en cas d'atteinte grave à la santé – que ce soit de sa faute ou non. Par contre, les prestataires de soins auront très rapidement conscience que leur client ne paie pas et ils interviendront auprès de lui. S'engagera alors la procédure que j'ai évoquée il y a un instant: il sera pris en charge rapidement par la collectivité publique s'il s'agit vraiment d'un cas social; ou alors, il y aura pression sur l'assuré pour qu'il respecte ses engagements.

Ces problèmes de procédure sont importants, car ils concernent des milliers de personnes et il y a des cas où l'assuré touche la subvention cantonale de réduction des primes – car certains cantons adressent la subvention directement aux assurés –, ne paie pas et change d'assurance chaque fois que la poursuite vient. Et il utilise les subventions qu'il a reçues pour d'autres objectifs que le paiement des primes. Je crois qu'il y a tout simplement là un abus qui n'est pas tolérable, et il faut régler cela par ces dispositions de procédure.

Je vous remercie d'entrer en matière et de rejeter la proposition de non-entrée en matière Zisyadis. Elle est en tous les cas antisociale puisqu'elle reprend la proposition des cantons qui aboutit, d'une part, à une augmentation de 6 à 9 pour cent des primes d'assurance-maladie pour tout le monde et, d'autre part, à ce qu'on décharge totalement les familles qui n'ont pas besoin de ces subventions. Il y aurait donc, d'un côté, une importante distribution des subventions selon le principe de l'arrosoir et, de l'autre, une augmentation massive des primes pour tout le monde. Ceci n'est pas acceptable socialement. Je comprends mal qu'"A gauche toute!", qui se fait fort de défendre une politique sociale équitable, puisse soutenir une telle proposition. Je suppose qu'il le fait pour avoir la possibilité de donner son point de vue à la tribune puisqu'il ne forme pas de groupe; c'est le seul moyen d'intervenir. Je suppose que Monsieur Zisyadis va nous déclarer maintenant qu'il retire sa



proposition après avoir posé une bonne question.

AB 2005 N 125 / BO 2005 N 125

Le président (Janiak Claude, premier vice-président): Vous avez raison, Monsieur le conseiller fédéral, Monsieur Zisyadis aimerait vous poser une question.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: J'espère qu'elle est bonne!

Zisyadis Josef (-, VD): Pour une fois que vous avez raison, Monsieur Couchepin! Je voudrais vous poser une question. Je vois bien que vous ne faites certainement pas partie du même monde que ceux qui, à la fin du mois, se posent la question de savoir s'ils doivent payer l'électricité, les primes d'assurance-maladie ou le loyer. De plus, vous croyez qu'il y a un "tourisme" du non-paiement des primes et un "tourisme" entre les différentes caisses-maladie. J'aimerais simplement vous demander sur quelle étude vous vous basez pour dire qu'il y a un "tourisme" du non-paiement des primes.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je pense qu'il n'y a pas besoin de faire faire des études par des universités ou par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. Il faut poser la question suivante aux assurances, qui connaissent leurs clients: "Est-ce que vous prenez des clients qui ont quitté leur assurance-maladie précédente sans avoir payé leurs primes?" Elles vous répondront: "Ces cas existent par milliers!" Il ne s'agit pas seulement de gens qui ont changé d'assurance-maladie parce qu'ils ne pouvaient pas payer les primes – le cas social –, mais il s'agit aussi de gens qui ont choisi d'utiliser le montant destiné à l'assurance-maladie à des choses moins nécessaires que le paiement du chauffage électrique ou du loyer. Il s'agit justement d'éviter que ces gens, qui trichent dans le système, portent tort à ceux qui ont réellement besoin de l'aide sociale. Il faut viser les gens qui n'ont pas besoin de l'aide sociale et il ne faut pas, sous prétexte que votre théorie pourrait être juste dans un cas sur des milliers, Monsieur Zisyadis, renoncer à faire quelque chose qui est juste socialement et efficace du point de vue matériel.

Dormond Béguelin Marlyse (S, VD): Monsieur le conseiller fédéral, j'ai pratiqué pendant trente ans dans le domaine de l'assurance-maladie, je connais assez bien le problème. Je me suis aussi occupée du service du contentieux.

D'abord, je suis un petit peu surprise quand vous nous décrivez le tourisme dû au contentieux, parce que ce n'est vraiment pas ce que j'ai vécu dans les trois caisses d'assurance dans lesquelles j'ai travaillé. Ensuite, il y a une chose que vous n'avez pas précisée: les personnes qui peuvent quitter leur caisse-maladie tous les six mois ne sont que celles qui ont une franchise de base; toutes les autres personnes ne peuvent quitter qu'en fin d'année. Enfin, vous avez affirmé que les gens qui recevaient des subsides pour la réduction des primes pouvaient les utiliser à d'autres fins. Est-ce que vous n'êtes pas au courant que la plupart des cantons paient les subsides directement aux caisses-maladie?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Dormond, vous venez de donner une réponse. Vous dites que la plupart des cantons paient directement le montant des subsides aux caisses-maladie. Mais, par là même, vous dites que certains cantons ne le paient pas directement aux caisses et que certains d'entre eux le paient aux assurés. Par conséquent, la possibilité existe que certaines personnes utilisent ces subsides pour un autre but que celui auquel ils sont normalement affectés.

Maintenant, si le tourisme que j'ai décrit n'est pas un phénomène existant, pourquoi avez-vous peur de cette règle? Si cette règle entre en vigueur et que ce tourisme n'existe pas, elle n'aura aucune efficacité. Nous, nous prétendons que ce tourisme existe et qu'il se développe dans certaines régions ou qu'il est pratiqué par certaines catégories de personnes qui ont les moyens de payer leurs primes d'assurance-maladie. Si vous votez notre solution, vous atteignez ces gens qui trichent. Et si vous avez raison et que vous votez notre solution, vous n'avez porté tort à personne puisque vous dites que le tourisme n'existe pas. Donc, votez notre solution, car dans les deux cas, vous ne courez aucun risque.

Huguenin Marianne (-, VD): J'ai sous les yeux la prise de position de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales. On y lit ceci: "Ainsi, le modèle du Conseil des Etats se traduira par une baisse de subsides pour les enfants issus de la catégorie de revenus modestes la plus basse et par une hausse de subsides pour les enfants provenant de catégories de revenus plus élevés." Cette prise de position parle également des frais administratifs importants générés par la décision du Conseil des Etats. Comment vous



situez-vous par rapport à cette prise de position très claire de tous les services spécialisés qui s'occupent de subsides d'assurance-maladie dans les cantons romands?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je vous dis simplement que je déplore le manque de confiance en eux-mêmes des cantons romands parce que nous ne leur imposons pas de réduire les subsides pour telle ou telle catégorie d'assurés. Nous disons: "Vous devez au moins donner un subside couvrant le 50 pour cent de la prime d'assurance-maladie des enfants. Vous pouvez aller plus loin." Si les cantons romands prétendent – ce que nous contestons – que si le système était appliqué, il aboutirait au minimum à la baisse des subventions pour certaines catégories d'enfants, il leur est loisible de décider par leur règlement cantonal que cela ne se passe pas ainsi. Et si tel ou tel canton romand a été particulièrement généreux au cours de ces dernières années, il peut le rester. On n'interdit pas qu'ils aillent au-delà du subventionnement de 50 pour cent, mais on veut que, dans toute la Suisse, 50 pour cent au moins des primes de l'assurance-maladie des enfants soient pris en charge par le biais du subventionnement. Donc, il n'y a aucun risque de ce point de vue-là. Alors, je réponds qu'il ne faut pas combattre des moulins à vent qu'on a créés soi-même. Il faut voir quelles sont les possibilités données par la loi, et la loi donne des possibilités d'aller au-delà du minimum. Le Conseil fédéral, avec le Conseil des Etats, propose un minimum qui est socialement juste. Si les cantons veulent aller plus loin, qu'ils le fassent et qu'ils ne viennent pas dire que l'accident pourrait arriver. Ce serait eux qui le provoqueraient, s'il arrivait.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir stimmen über den Nichteintretensantrag Zisyadis ab.

Abstimmung – Vote

Für Eintreten 141 Stimmen

Dagegen 3 Stimmen

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung) **1. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Réduction des primes)**

Detailberatung – Discussion par article

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir beraten einen Artikel nach dem anderen. Artikel 66 setzen wir aus und befinden erst darüber, wenn wir über Eintreten oder Nichteintreten auf die Vorlage 2 – den Bundesbeschluss – debattiert haben. – Sie sind damit einverstanden.

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung, Art. 1 Abs. 2 Bst. c; 18 Abs. 2quater

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

AB 2005 N 126 / BO 2005 N 126

Titre et préambule, ch. I introduction, art. 1 al. 2 let. c; 18 al. 2quater

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 61

Antrag der Minderheit

(Teuscher, Fasel)

Abs. 3

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind in der Versicherung der Eltern bzw. der erziehungsberechtigten Person prämienfrei versichert.

Abs. 3bis

Die Prämien für Personen zwischen dem vollendeten 18. und dem vollendeten 25. Altersjahr betragen höchstens 50 Prozent der Prämien für Erwachsene.



**Art. 61***Proposition de la minorité*

(Teuscher, Fasel)

Al. 3

Jusqu'à l'âge de 18 ans, les enfants sont assurés gratuitement par l'assurance des parents ou de la personne responsable de leur éducation.

Al. 3bis

Pour les jeunes de 18 à 25 ans révolus, le montant des primes s'élève au maximum à 50 pour cent du montant des primes pour adultes.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Dieser Artikel hängt mit den Artikeln 65ff. zusammen.

Frau Teuscher begründet gleichzeitig ihren Minderheitsantrag zu Artikel 105 Absatz 1bis und hat deshalb mehr Redezeit zur Verfügung.

Teuscher Franziska (G, BE): Aus Sicht der Grünen setzt das Modell, welches von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eingebracht wurde, die richtigen sozial- und familienpolitischen Akzente. Kinder bis zu 18 Jahren müssen in der Krankenversicherung keine Prämien mehr bezahlen, jugendliche Erwachsene bis zu 25 Jahren bezahlen maximal 50 Prozent einer Erwachsenenprämie.

Für die Grünen darf es aber nicht sein, dass den heutigen Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen die Gelder gekürzt oder gestrichen werden, damit man die Prämien von Kindern und Jugendlichen verbilligen kann. Deshalb lehnen wir auch das Modell des Ständerates ab. Die Grünen wollen das Modell der Kantone aufnehmen, aber zusätzlich 100 Millionen Franken mehr an Bundesgeldern einschiessen, damit wir eben keine unsozialen Verteilungskämpfe im Bereich der Prämienverbilligungen haben. Ich möchte kurz ausführen, welche Punkte für uns Grüne für das Modell der Prämienbefreiung von Kindern sprechen.

Dieses Modell setzt sozial- und familienpolitisch die richtigen Zeichen und löst die richtigen Verteilungswirkungen aus. In der Krankenversicherung läuft heute die Solidarität primär von Jungen zu Alten und von Gesunden zu Kranken. Finanziell gesehen hat diese Solidarität auch sehr unsoziale Züge, und zwar in zunehmendem Mass. Heute sind ältere Versicherte finanziell häufig besser gebettet als jüngere Familien, und doch bezahlen alle dieselben Prämien. Die Gesamtheit der über 55-Jährigen profitiert im heutigen System je länger je mehr von den Solidarbeiträgen der Jüngeren. Gemäss den Auswertungen vom letzten Juli sind die Transferzahlungen der Jüngeren zugunsten der über 55-Jährigen im heutigen Krankenversicherungssystem innerhalb eines Jahres um weitere 250 Millionen Franken auf rund 4,3 Milliarden Franken angestiegen. Aus Sicht der Grünen ist das die grosse Giesskanne, von der immer wieder gesprochen wird. In diesem System unterstützen alle Familien, ob sie nun in guten oder in bescheidenen Verhältnissen leben, alle älteren Leute, auch die wohlhabenden.

Wir wollen bei der Prämienverbilligung aber andere Zeichen setzen, wir wollen auch ein ganz klares Bekenntnis zur Unterstützung von Familien. Die Prämienbefreiung für Kinder gibt hier ein Signal in dieser Richtung, ohne den Generationenvertrag infrage zu stellen.

Die Zahl der Personen, die Prämienverbilligung beziehen, reduziert sich durch den Wegfall der Kinderprämien und eines Teils der Eltern um rund ein Drittel.

Zu einem weiteren Punkt: Jedes Prämienverbilligungsmodell, in welcher Ausgestaltung auch immer, braucht heute mehr finanzielle Mittel. Die Schere zwischen Prämien und Prämienverbilligungsgeldern geht nämlich Jahr für Jahr rasant weiter auf. Die Prämien steigen stärker. Die Folge ist, dass die Kantone die Einkommenslimiten, ab welchen Prämienverbilligungen gewährt werden, anheben oder aber die Referenzprämie weiter senken müssen. So werden die obersten bezugsberechtigten Einkommen – und diese sind beileibe nicht hoch – herausfliegen, oder der Verbilligungsbetrag pro Person wird sinken.

Im vorgeschlagenen Modell mit der Prämienbefreiung für Kinder werden Gelder für Verbilligungen frei, damit jene besser unterstützt werden können, die sich im Bereich dieser Grenzeinkommen bewegen. Die Grünen verlangen aber, dass wir den Bundesbeitrag um 100 Millionen auf 300 Millionen Franken aufstocken. Zusammen mit dem Kantonsanteil ergibt sich dann ein Beitrag von rund 450 Millionen Franken für die Prämienverbilligung. So können neu Familien mit Kindern und wie bisher Leute in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen von der Prämienverbilligung profitieren.

Es ist unbestritten, dass die Prämien als Folge des Antrages der Minderheit ansteigen werden. Aber wir Grünen sind davon überzeugt, dass dieser Anstieg moderat ist und auch den einzelnen Personengruppen, die davon betroffen sind, zugemutet werden kann. Es sind vor allem die über 55-Jährigen, die mit unserem Modell



einen moderat höheren Beitrag an die Prämien leisten müssten. Bei ihnen würde der Eigenfinanzierungsgrad unter dem Strich von heute 60 Prozent auf etwa 65 Prozent ansteigen. Der Aufschlag ist aus unserer Sicht sachlich vertretbar und für einen grossen Teil der Betroffenen auch tragbar. Für die besser verdienenden Jüngeren ohne Kinder ist ein erhöhter Solidarbeitrag ebenfalls tragbar und vertretbar. Wer selbst keine "Nettozahler" von morgen heranzieht, kann und soll erhöhte Vorleistungen für sein eigenes Alter erbringen. Schon für Familien mit einem Kind geht die Belastung gegenüber heute aber zurück. Grössere Familien werden mit dem Modell der Grünen substanziell entlastet. Das Modell der Prämienbefreiung der Kinder ist auch im Vollzug äusserst einfach, weil es für alle Kantone gleich ist. Allen Kindern bis zu 18 Jahren werden die Prämien erlassen, Jugendliche bis zu 25 Jahren zahlen höchstens 50 Prozent der Erwachsenenprämie. Das Modell des Ständerates treibt jedoch neue föderalistische Blüten: Erstens muss jeder Kanton selber festlegen, ab welcher Einkommenslimite jemand Anspruch auf Prämienverbilligung hat, und zweitens muss jeder Kanton selber definieren, wer unter die Kategorie "Jugendliche in Ausbildung" fällt.

Stellen Sie sich vor, welchen ungeheuren administrativen Aufwand das Modell des Ständerates in der heutigen Zeit herbeiführen würde, da die Mobilität zunimmt, viele Leute nicht mehr im selben Kanton wohnen und arbeiten, da Jugendliche in einem anderen Kanton als ihrem Wohnkanton die Ausbildung machen. Das Modell der Prämienbefreiung für Kinder, welches von der GDK lanciert wurde und gemäss Vorschlag der Grünen mit Bundesgeldern in der Höhe von 100 Millionen Franken aufgestockt werden soll, ist für uns das beste Modell, um Familien und junge Erwachsene zu entlasten. Es ist ein klares Zeichen der Solidarität gegenüber Familien und trägt der Tatsache am besten Rechnung, dass Kinder zu haben ein Armutrisiko ist. Mit unserem Vorschlag können im heutigen System mit der Prämienverbilligung familien- und sozialpolitisch die richtigen Zeichen gesetzt werden.

Ich bitte Sie daher, bei Artikel 61 der Kommissionsminderheit zuzustimmen.

AB 2005 N 127 / BO 2005 N 127

Meyer Thérèse (C, FR): Le groupe démocrate-chrétien soutient le concept de la majorité aux articles concernant la réduction des primes. C'est-à-dire que nous soutenons le maintien du droit en vigueur à tous les articles qui prévoient une réduction de prime pour les personnes à revenus modestes, ainsi que les adjonctions faites à l'article 65 alinéa 1bis et alinéa 6 qui demande que la Confédération examine si les buts de la politique sociale et familiale ont été atteints; à l'article 65 alinéa 1bis, nous soutenons donc le modèle qui permet de réduire les primes des enfants et des jeunes d'au moins 50 pour cent pour les familles qui ont des revenus bas et moyens. Nous l'avons évoqué, la classe moyenne avec enfants et jeunes en formation a souvent moins de pouvoir d'achat, en raison d'impôts élevés et de frais de formation supportés souvent à cent pour cent par la famille elle-même. Le modèle issu des délibérations du Conseil des Etats, sur proposition de notre collègue Schwaller, en collaboration avec toute la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique de son conseil, répond aux buts que nous avons cherché à atteindre depuis l'an 2000 déjà, par le dépôt d'une initiative parlementaire (00.443) allant dans le même sens. Notre conseil y avait donné suite, puis nous avons intégré ce concept d'allègement des primes un peu différemment dans la révision de la LAMal. Le concept avait été accepté par les deux conseils, puis supprimé à la faveur d'une modification rédactionnelle au Conseil des Etats, vous vous en souvenez, et cette situation avait été un des éléments majeurs de l'échec de la dernière révision de la LAMal.

Notre objectif est donc de soulager les familles d'une manière plus ciblée que ne le fait la proposition de la minorité Teuscher, pour atteindre, avec les moyens financiers à disposition, les familles qui en ont le plus besoin et laisser aussi une marge de manoeuvre aux cantons qui vivent des situations diverses face au niveau des primes et aussi au pouvoir d'achat des familles. Ce modèle, qui fixe un cadre de réduction minimum de 50 pour cent, s'adresse aussi aux jeunes qui, lorsqu'ils sont en formation, sont une lourde charge pour les familles. Comme je l'ai dit, celles de la classe moyenne n'obtiennent souvent pas de bourse d'études et ont pendant le temps de formation de leurs jeunes de grandes charges financières.

Le oui massif du Conseil des Etats montre aussi que le modèle trouvé apporte une bonne amélioration, souhaitée depuis de longues années.

J'espère que notre conseil votera ce modèle avec autant d'engouement.

Egerszegi-Obrist Christine (RL, AG): Namens der FDP-Fraktion bitte ich Sie, der Mehrheit zuzustimmen. Es ist für uns absolut unverständlich, dass die Grünen das Modell der Kantone aufnehmen, weil das wirklich ein asoziales Modell ist. Stellen Sie sich vor: Auf der einen Seite können Kinder bis zu 18 Jahren jede medizinische Leistung kostenlos beanspruchen. Das gibt eine Konsumhaltung, die man nicht mehr wegbringt. Dieses



Giesskannenmodell bevorzugt nicht einfach nur diejenigen, die es nötig haben, sondern geht quer durch. Alle, auch Bertarellis und wie sie alle heissen, empfangen zusätzliche Gelder, und das wollen Sie mit 100 Millionen Franken unterstützen!

Ich habe einmal geschaut, was das für unseren Kanton ausmachen würde. Im Kanton Aargau müssten für die Kinderprämien 93 Millionen Franken aufgewendet werden, für die Jugendlichen wären es gemäss Ihrem Modell zusätzliche 40 Millionen Franken. Das heisst, dass für jedes Kind – egal, aus welchen Verhältnissen es stammt – eine Entlastung von rund 62 Franken anfallen würde, und jeder Erwachsene hätte die Hälfte davon als Prämiensteigerung zu bezahlen. Wer würde denn jetzt von diesen gewaltigen Mitteln profitieren? Diejenigen, die bisher schon Prämienverbilligungen beziehen, hätten eine ganz kleine Entlastung von ein paar Franken, aber gleichzeitig müssten die Eltern mehr dazu berappen. Das kann doch nicht der Sinn dieser Vorlage sein! Weshalb wollten die kantonalen Gesundheitsdirektoren dieses Modell? Sie wollen sich aus der finanziellen Verantwortung stehlen und diese Kosten den Versicherten aufbürden. Wenn ich Ihre soziale Haltung richtig verstehe, kann das doch nicht Ihr Anliegen sein, dass sich die öffentliche Hand zurückzieht und wir die älteren Generationen mehr belasten. Es ist für mich auch völlig unverständlich, dass Sie die Generationen gegeneinander ausspielen. Sie haben gesagt, Frau Teuscher, dann müssten halt die über 55-Jährigen mehr bezahlen. Dieses Sozialverständnis teile ich als freisinnige Sozialpolitikerin nicht.

Für uns ist die Lösung der Mehrheit der richtige Weg. Sie ist finanzpolitisch absolut realistisch und hilft denen, die es nötig haben. Ganz bewusst können wir hier auch die Familien entlasten, und somit ist unser Ziel erreicht. Ich bitte Sie deshalb im Namen der Fraktion, die Mehrheit zu unterstützen.

Fasel Hugo (G, FR): Ich möchte Ihnen empfehlen, der Minderheit Teuscher zuzustimmen. Trotz dessen, was meine Vorrednerin gesagt hat, bedeutet dieses Modell, das die Kantone eingebracht haben, eine Verstärkung des Generationenvertrags. Es geht nicht darum, die einen gegen die andern auszuspielen, sondern es geht darum, festzuhalten, dass dieses Modell den Generationenvertrag, die Solidarität zwischen den Generationen, konsequent durchzieht und auch respektiert. Sie sagen, Frau Egerszegi, dass die Bertarellis und wie sie alle heissen für ihr Kind nicht auch eine Prämienverbilligung bekommen sollten. Einverstanden – aber bei einer Grössenordnung von 2 Millionen Kindern, die in den Genuss einer Prämienverbilligung kämen, wollen Sie dann diese paar wenigen mit administrativen Massnahmen herausfiltern. Das kostet ein Vielfaches mehr, als es kostet, diese Entlastung demjenigen, der sie nicht verdienen würde, auch noch zu gewähren. Das heisst, man kann auch ein Argument vorbringen, das zwar in sich stimmig ist, es dann aber in administrativer Hinsicht so umsetzen, dass es in das Gegenteil kippt.

Warum ist dieses Modell, das die Kantone vorgeschlagen haben, sinnvoll? Zum Ersten gehen wir bei den Grünen nicht davon aus, dass sich die Kantone aus der Finanzierung zurückziehen. Deshalb hat Frau Teuscher – dies zum Zweiten – auch ganz klar eine Erhöhung der Mittel vorgeschlagen. Wir gehen nicht davon aus, dass sich die Kantone zurückziehen können.

Zum Dritten weisen die Kantone klar und deutlich darauf hin – das sei all jenen gesagt, die jetzt dieses Modell des Ständerates so vorbehaltlos unterstützen wollen –, dass mit der geplanten Aufstockung der Prämienverbilligung Mittelstandsfamilien nicht wesentlich entlastet werden können. Sie sagen auch, dass die eingesetzten Mittel nicht ausreichen werden, die genannte Einkommensmarke von 114 000 Franken einzuhalten, denn bis zu dieser müsste dann die Reduktion, die Halbierung der Kinderprämie, gewährt werden. Sie weisen klar und deutlich darauf hin, dass dies nicht zu machen sei. Sie haben deshalb auch der Kommission gesagt, man solle bitte darauf verzichten, diese Marke von 114 000 Franken immer wieder zu nennen, weil es dann die Kantone selber wären, die diese Marke setzen würden. Auch wenn wir heute diese Marke beschliessen, müssen wir damit zur Kenntnis nehmen, dass die Kantone gemäss ihrer Lust und Laune und gemäss ihren Finanzen die Grenze setzen werden, und was wir heute beschliessen, wird sehr wohl unter Umständen ganz anders herauskommen.

Das einzig konsequente Modell ist jenes der Minderheit Teuscher. Es will konsequenterweise auch mehr Mittel einsetzen, um das Ziel einer echten Prämienvergünstigung für tiefere Einkommen zu realisieren, indem es festhält, dass alle Kinder von der Prämie befreit werden sollen. Wir sollten auch immer bedenken, dass gerade auch ältere Kinder, die in Ausbildung sind, eine gewaltige Belastung für Familien darstellen. Ich möchte Ihnen Folgendes in Erinnerung rufen: Wenn die Grenze der 114 000 Franken dann nicht eingehalten wird, ist das, was die Mehrheit will, eine Illusion, und wir würden dann einer Augenwischerei zustimmen.

Ich bitte Sie deshalb, der Minderheit Teuscher zuzustimmen.



Goll Christine (S, ZH): Zuerst einmal möchte ich ein Missverständnis ausräumen. Wir haben hier zu entscheiden, ob es möglich ist, das heutige Prämienverbilligungssystem, das wir im KVG haben, minimal zu verbessern, ob wir einen kleinsten gemeinsamen Nenner finden, um es zu verbessern. Es geht bei dieser Vorlage nicht darum, eine soziale Finanzierung für die Krankenkassenprämien zu finden. Ich möchte aber auch betonen: Wenn wir schon ein Problem zu lösen hätten, dann wäre es das Problem, das durch das System der unsozialen Kopfprämien entsteht, das wir heute im KVG haben.

Zur Ausgangslage: Heute geht es nur noch darum, dass wir zwischen zwei Modellen entscheiden. Das eine Modell ist das Modell der Mehrheit, das im Ständerat entwickelt wurde; das andere Modell ist dasjenige, das Frau Teuscher mit ihrer Minderheit vorschlägt. Sie hat es hier deklariert: Es ist das Modell der Kantone, das sie mit ihrem Minderheitsantrag übernommen hat.

Was will das Modell des Ständerates? Der Ständerat hält am heutigen Status quo fest; der Ständerat ändert grundsätzlich nichts am heutigen System der Prämienverbilligungen. Das Einzige, was der Ständerat den Kantonen künftig vorschreiben will, ist, dass die Prämienverbilligungen nicht nur für einkommensschwache Versicherte zur Verfügung stehen sollen, sondern zusätzlich auch für Familien mit Kindern und Jugendlichen in Ausbildung. Der Text erwähnt explizit auch Familien mit unteren und mittleren Einkommen. Sie sehen, auch hier wird ein Grundproblem nicht gelöst: Die Kantone werden künftig die Einkommensgrenzen für die Prämienverbilligungen weiterhin in eigener Autonomie festlegen.

Uns war das Modell, das der Ständerates ursprünglich diskutierte, viel sympathischer, nämlich das Modell, das den Kantonen vorgeschrieben hätte, wo die Einkommensschwellen anzusetzen seien, und das definiert hätte, was untere und mittlere Einkommen sind.

Zum Modell der Kantone: Es gibt zwei Hauptgründe, weshalb die SP-Fraktion das Modell der Mehrheit und nicht das Kantonsmodell, das Frau Teuscher hier vertreten hat, unterstützen wird. Der erste Grund ist: Das Modell der Kantone beinhaltet, dass eine Umverteilung unter den Versicherten stattfinden würde. Die Kantone haben nämlich vorgesehen, dass im Gegenzug zur Befreiung der Kinder von den Prämien natürlich die Prämien der Erwachsenen erhöht werden müssten. Das ist der erste Grund, weshalb wir dieses Modell ablehnen. Der zweite Grund ist eigentlich noch viel gewichtiger. Sie haben gehört, dass Frau Teuscher ihre Minderheit auch im Zusammenhang mit Artikel 105 begründet hat. In Artikel 105 geht es um den Risikoausgleich. Hier soll eine neue Bestimmung eingeführt werden, wonach beim Risikoausgleich nicht wie bis heute nur aufgrund von Alter und Geschlecht entschieden wird, sondern eben auch aufgrund der prämiensbefreiten Kinder und Jugendlichen in Ausbildung. Das ist genau der Punkt. Wenn Sie diesem Modell zustimmen, dann wissen wir hier drin alle ganz genau, dass es längere Zeit dauern wird, bis die Kantone diesen Auftrag, Familien bei den Krankenkassenprämien zu entlasten, überhaupt umsetzen werden. Denn es ist klar, dass die Schlacht um die Zukunft des Risikoausgleichs noch nicht entschieden ist und dass das längere Auseinandersetzen absetzen wird.

Von daher möchte ich Ihnen empfehlen, heute im Sinne eines klitzekleinen Schrittes vorwärts, in Richtung Entlastung von Familien mit Kindern und Jugendlichen in Ausbildung bei den Krankenkassenprämien, dem Modell der Mehrheit zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que tout a été dit sur le sujet. La proposition de la minorité Teuscher revient à reprendre le modèle des cantons. On sait que ce modèle, sous des apparences généreuses, est en réalité socialement inéquitable, puisqu'il préconise la gratuité des primes pour tous les enfants – quel que soit le niveau de revenu des parents – et qu'il reporte le poids de ce subventionnement sur les autres assurés, c'est-à-dire sur les assurés âgés de plus de 25 ans.

J'ai été intéressé par le calcul de Madame Teuscher qui dit que, finalement, ce n'est pas grave puisque l'augmentation de la part de ces assurés au paiement des coûts de l'assurance-maladie passe de 60 à 65 pour cent. On a ainsi l'impression qu'il y aurait une augmentation de 5 pour cent. En réalité l'augmentation de 60 à 65 pour cent entraînerait non pas 5 pour cent d'augmentation des primes de l'assurance-maladie, mais 7 à 10 pour cent, pour, en contrepartie, libérer totalement les jeunes âgés de moins de 18 ans du paiement des primes – quel que soit le niveau social et économique des parents. Avec, en plus, l'effet pervers qu'a relevé Madame Egerszegi, à savoir que les jeunes seraient habitués à entendre dire que les primes d'assurance-maladie ne coûtent rien, que la consommation n'a pratiquement aucune conséquence pour eux et que, tout d'un coup, lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte, à 18 ou 25 ans, on leur dirait que les primes d'assurance-maladie dépendent en partie de leur consommation, qu'il faut absolument qu'ils fassent un effort pour limiter la consommation médicale. Je crois que cette solution est non seulement fautive socialement, mais qu'elle est également fautive du point de vue de l'attitude à l'égard de l'assurance-maladie. C'est l'une des raisons pour lesquelles elle doit être repoussée.



Je vous invite à suivre la majorité.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Je fais une synthèse au sujet de la proposition de la majorité de la commission. D'abord, il est vrai qu'avec le système des primes par tête, on est toujours confronté à la question de la relation entre le niveau des primes et la capacité économique des ménages. Comme cela a été dit à plusieurs reprises: on ne change pas de modèle; on essaie tout simplement d'améliorer le système actuel. Le changement de modèle est proposé par la minorité Teuscher. Il a été évoqué aussi par Monsieur Zisyadis tout à l'heure avec la caisse unique, et là on introduirait des primes en pour cent du revenu. Ce que nous essayons ici, c'est tout simplement de trouver une solution qui soit améliorée pour les familles.

Il faut savoir qu'avec la proposition de la minorité Teuscher, comme cela a été dit justement par Monsieur le conseiller fédéral, on ne résout pas tous les problèmes. Il y a bien évidemment pour les cantons un allègement par rapport aux enfants et aux jeunes adultes en formation, mais on ne supprime pas du tout le principe de la réduction des primes, puisqu'il faudra quand même prendre en charge le surcoût qui sera transféré des jeunes adultes et des enfants aux parents. Par conséquent, on devra quand même trouver une solution.

Alors, à partir du moment où on a fixé un but, la question est de savoir qui on vise. Vise-t-on vraiment indifféremment tous les enfants ou vise-t-on les enfants en fonction du niveau de vie des ménages? C'est à partir de ce but qu'il faut décider comment assumer les coûts du modèle.

La gratuité des primes d'assurance-maladie pour les enfants pourrait reposer sur une solidarité si cette gratuité était financée par la fiscalité, par exemple. On aurait donc là une sorte de solidarité à partir du moment où on transfère la charge sur les adultes. Cette question de la solidarité peut être discutée. On pose ici d'autres problèmes d'équité.

Autre remarque par rapport à ce modèle: la majorité de la commission a aussi mis en perspective la problématique de la compensation des risques, puisque la minorité Teuscher renvoie aussi à l'article 105 LAMal, avec la question de la compensation des risques. On est dans deux logiques qui ne sont que très partiellement en adéquation. La problématique de la compensation des risques est complexe, et elle sera approfondie par notre Parlement avec la suite des travaux de la révision de l'assurance-maladie. On ne peut pas, par la bande, de manière rapide, comme cela, sans approfondissement très rigoureux, sans études très approfondies, introduire une nouvelle pratique de la compensation des risques et surtout la lier à la question de la réduction des primes. Le sujet de la compensation des risques est beaucoup trop important pour le lier à un sujet qui serait quasiment un corps étranger.

AB 2005 N 129 / BO 2005 N 129

Je vous invite donc à adopter la proposition de la majorité de la commission.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Nur noch ganz kurz: Die Mehrheit Ihrer Kommission beantragt Ihnen sehr klar – ich möchte das unterstreichen, mit 19 zu 2 Stimmen –, dem ständerätlichen Modell zu folgen. Es hat drei Hauptvorteile: Es beinhaltet erstens keine Giesskanne, weil es die Einkommensverhältnisse berücksichtigt; es entlastet zweitens klar die Familien, was seit Beginn dieser Revisionsarbeiten ein zentrales Ziel ist, und drittens belässt es die Kompetenzen der Ausgestaltung klar bei den Kantonen, dies in Übereinstimmung mit den Prinzipien des NFA.

Diese Argumente sprechen klar für das Modell der Mehrheit, das Ihnen wie gesagt mit 19 zu 2 Stimmen empfohlen wird.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Minderheit 14 Stimmen

Dagegen 137 Stimmen

Art. 64a

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Guisan, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)

Abs. 2

.... Mahnung nicht und wurde im Zwangsvollstreckungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren bereits gestellt, so benachrichtigt der Versicherer die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle



über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften über eine Meldung an andere Stellen. Die Kantone treffen die Massnahmen, welche nötig sind, um den Zugang zu den Pflegeleistungen zu gewährleisten.

Abs. 3

.... vollständig bezahlt, so meldet der Versicherer dies der zuständigen Behörde.

Antrag Guisan

Abs. 2

.... an andere Stellen. Die Kantone treffen die Massnahmen, welche nötig sind, um namentlich den Zugang zu den Pflegeleistungen zu gewährleisten.

Art. 64a

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Guisan, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Gross Jost, Maury Pasquier, Rossini, Teuscher)

Al. 2

.... de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues. Les dispositions cantonales qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées. Le canton prend les mesures nécessaires de manière à garantir l'accès aux soins.

Al. 3

.... des intérêts moratoires et les frais de poursuite, l'assureur le communique à l'autorité compétente.

Proposition Guisan

Al. 2

.... qui prévoient une annonce à une autre autorité sont réservées. Le canton prend les mesures nécessaires, notamment de manière à garantir l'accès aux soins.

Guisan Yves (RL, VD): Il est bien certain que le dispositif actuel pour faire face aux mauvais payeurs et au contentieux qui en résulte – si mes renseignements sont exacts, il dépasse allègrement les 200 millions de francs – n'est pas une situation satisfaisante. Les mesures plus rigoureuses envisagées sont assurément largement pertinentes, mais par ailleurs certainement trop abruptes et trop peu différenciées au gré des situations rencontrées.

Il n'est pas possible de suspendre simplement les prestations, tel que le Conseil fédéral l'envisage. Ce dernier prétend que personne ne sera laissé sur le chemin. Mais pourtant, les conditions de l'aide sociale dans ces circonstances sont extrêmement peu claires. Cela va déboucher sur un très large contentieux qui n'est certainement pas souhaitable.

Certes, les hôpitaux et les cabinets médicaux peuvent procéder, dans une certaine mesure, à des prises en charge et à des consultations gratuites. Il n'en demeure pas moins que les contribuables assumeront ce que les caisses-maladie ne payeront plus, au niveau des hôpitaux tout au moins, d'autant plus que les praticiens leur adresseront une bonne partie de ce genre de clientèle. Cette situation en soi n'est déjà pas normale. Qui plus est, il est tout simplement exclu que les pharmaciens ou d'autres fournisseurs de prestations remettent des médicaments ou des appareils médicaux gratis pro Deo, leurs fournisseurs n'éprouvant sans doute aucune sollicitude particulière pour ce genre de situation.

Enfin, parmi les mauvais payeurs, il y a certes toute une série de gens qui se soustraient sans vergogne à leurs obligations d'assurance et de solidarité pour profiter des moyens financiers ainsi dégagés en fonction de leur convenance personnelle, ce qui est par définition inadmissible et requiert la plus grande rigueur. Par contre, il y en a d'autres, qui au chômage, qui marginalisés pour X raisons, qui simplement âgés et aux ressources limitées, sont dépassés par les événements, sans avoir eu recours au filet social auquel ils ont droit. Il appartient par conséquent aux cantons de prendre les dispositions adaptées à ces différentes situations, que ce soit pour sanctionner les resquilleurs ou pour assister les autres.

C'est pour cette raison que j'ai ajouté au texte de ma proposition de minorité un "notamment", qui ne figure pas dans le texte inscrit dans le dépliant que vous avez sous les yeux. Je retire donc ma proposition de minorité, qui est sur le dépliant, pour la remplacer par la proposition individuelle qui a été déposée séparément. Il serait



en effet peu logique qu'en fin de compte, on oppose ma proposition de minorité à une modification de cette proposition de minorité, proposée par moi-même. Comme le texte présenté initialement par la minorité le postule, les cantons ne seraient habilités qu'à prendre des mesures pour assurer l'accès aux soins. Or, cela ne me paraît pas suffisant. Ils doivent avoir la possibilité de prendre différentes autres mesures administratives envers les tricheurs.

Je me souviens d'un ami qui avait renoncé à payer sa taxe militaire pendant un séjour de quelques années à l'étranger. Revenu en Suisse, il avait voulu immatriculer son véhicule. Cela lui avait été refusé tant qu'il n'avait pas acquitté ses arriérés. Je peux vous assurer que la mesure avait été extrêmement persuasive et certainement suivie plus rapidement d'effet qu'une procédure de poursuite habituelle.

Je suis persuadé que les cantons ne manqueront pas d'imagination pour, d'un côté, mettre en oeuvre des mesures administratives extrêmement incitatives et convaincantes de ce genre et, de l'autre, assurer la prise en charge médicale et la poursuite du traitement des personnes en difficulté sociale.

La modification de l'alinéa 3 est une conséquence de celle apportée à l'alinéa 2. Cette compétence donnée aux cantons permettrait de régler ces problèmes de contentieux de manière infiniment plus nuancée et plus adaptée à la situation réelle de chacun.

Je vous demande par conséquent de soutenir ma proposition modifiée à l'article 64a.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir nehmen zur Kenntnis, dass der Minderheitsantrag zugunsten des Antrages Guisan zurückgezogen wurde.

AB 2005 N 130 / BO 2005 N 130

Humbel Näf Ruth (C, AG): Die CVP-Fraktion unterstützt die vorgeschlagenen Massnahmen gegen säumige Prämienzahlende und stimmt der Kommissionsmehrheit zu. Der Inhalt dieses Artikels mit der gleichen Zielsetzung war bereits einmal auf Verordnungsstufe festgehalten, bis das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) zum Schluss kam, dass für eine solche Verordnungsbestimmung keine gesetzliche Grundlage vorhanden sei, und den Verordnungsartikel aufgehoben hat.

Im Prinzip versucht dieser Artikel, das nicht lösbare Dilemma zwischen dem Obligatorium und mangelnden Sanktionsmöglichkeiten für die Durchsetzung zu regeln. Alle kranken Menschen haben einen Anspruch auf eine angemessene Krankheitsbehandlung und Aufnahme in einem öffentlichen Spital; selbst dann, wenn weder sie selber noch eine Versicherung für die Übernahme der Behandlungskosten garantieren.

Heute haben wir die unbefriedigende Situation, dass säumige Zahlende sich ihrer Zahlungspflicht entziehen können, indem sie jedes halbe Jahr den Krankenversicherer wechseln. Sie geniessen so den Versicherungsschutz, ohne Prämien zu bezahlen. Das schafft enorme Inkassoprobleme für die Krankenversicherer und unnötige zusätzliche Administrationskosten, was wiederum zulasten der anständigen und regelmässig zahlenden Versicherten geht.

Bei dieser Bestimmung geht es jetzt nicht primär um Menschen, welche die Prämien nicht bezahlen können – dafür haben wir die Prämienverbilligung und auch die Sozialhilfe –, sondern es geht um jene Menschen, die nicht bezahlen wollen. Die Fassung des Bundesrates versucht das Dilemma zwischen Sanktionsmassnahmen gegenüber säumigen Zahlern und der Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung zu lösen. Im Falle einer Betreuung bleibt der Säumige versichert; die Kostenübernahme wird aufgeschoben, bis die Ausstände beglichen sind. Diese Lösung hat sich in der Praxis bereits bewähren können, bis die entsprechende Verordnung vom EVG aufgehoben wurde.

Den Minderheitsantrag wie auch den Einzelantrag Guisan lehnen wir ab, weil es eine solche Zusatzbestimmung nicht braucht. Die Kantone haben einen verfassungsmässigen Auftrag, ihrer Bevölkerung den Zugang zur medizinischen Versorgung sicherzustellen.

Die CVP-Fraktion unterstützt die Fassung der Mehrheit der Kommission und empfiehlt Ihnen, dasselbe zu tun.

Goll Christine (S, ZH): Frau Humbel Näf hat hier – als Sprecherin von Santésuisse, wage ich zu sagen – einmal mehr eine Behauptung aufgestellt, die in diesem Haus bereits mehrere Male gemacht, aber bis jetzt noch nicht bewiesen wurde: Sie haben einmal mehr hier vorne gesagt, Frau Humbel Näf, es gehe nicht um diejenigen Versicherten, die ihre Prämien oder die Kostenbeteiligungen nicht bezahlen könnten, sondern es gehe um diejenigen, die ihre Prämien und die Kostenbeteiligung nicht bezahlen wollten. Diese Behauptung ist schon einige Male in früheren Phasen der KVG-Debatte aufgestellt worden. Sie, Frau Humbel Näf, Santésuisse und auch der Bundesrat sind bis heute den Beweis schuldig geblieben, dass dem so ist.



In diesem Zusammenhang halte ich den Vorschlag denn auch für sehr problematisch, von Sanktionen auszugehen, wenn Versicherte nicht mehr in der Lage sind, ihre Prämien oder Kostenbeteiligungen zu bezahlen. Wir müssen nämlich genau hinschauen, was hier vorgeschlagen wird. Wenn Sie die Formulierung gemäss Entwurf des Bundesrates lesen, so heisst es in Absatz 2: Der Versicherer "schiebt die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf". Was bedeutet diese Aufschiebung der Übernahme der Kosten? Das heisst nichts anderes, als dass die Krankenkasse die medizinischen Leistungen nicht mehr finanziert. Das heisst letztlich auch nichts anderes, als dass Versicherte auf medizinische Leistungen, auf die Grundversorgung keinen Anspruch mehr haben. Damit wird das heute bestehende Krankenkassenobligatorium im KVG, in der Grundversicherung, ausgehöhlt. Die Folgekosten sind sicher gravierender, wenn Sie daran denken, dass Leute medizinisch nicht mehr versorgt werden könnten, und wenn Sie auch daran denken, was das für gesundheitliche Folgeschäden zeitigen kann.

Genau dem möchte der Antrag der Minderheit Guisan entgegenwirken, welchen er vorhin begründet hat, mit der Ergänzung in seinem Einzelantrag, in dem er verlangt, dass die Kantone zumindest Massnahmen zu treffen haben, um namentlich den Zugang zu den Pflegeleistungen zu gewährleisten.

Ich bitte Sie in diesem Zusammenhang, dem Einzelantrag Guisan zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Guisan a retiré sa proposition de minorité pour se replier sur sa proposition individuelle, plus simple et plus courte. Dans la pratique, ça revient à accepter le système proposé par le Conseil fédéral; c'est-à-dire que lorsqu'un assuré ne paie pas, la poursuite doit être lancée, et à ce moment-là, on peut suspendre le paiement des prestations.

Suspendre le paiement des prestations, ça signifie que lorsque l'assuré ira chez le médecin, celui-ci lui posera la question suivante: "Mais qui va me payer?" La dernière prestation qui a été effectuée n'ayant pas été payée, que se passera-t-il? Comme je l'ai dit tout à l'heure, l'assuré sera alors confronté à son problème. S'il a un problème de fond, s'il connaît une difficulté sociale, telle que celle évoquée par Madame Goll, il devra aller voir les services sociaux pour dire: "J'ai un problème, et je n'ai provisoirement pas les moyens de payer l'assurance-maladie, veuillez m'aider" – ce qu'ils feront, parce que c'est dans l'intérêt de tout le monde.

Par contre, si l'assuré sait d'avance que les services sociaux refuseront de réagir parce qu'il manifeste de la mauvaise volonté – qu'il pourrait payer mais qu'il ne le fait pas, simplement parce qu'il préfère affecter ses moyens à d'autres dépenses –, les prestations ne seront pas payées et il y aura suspension d'un certain nombre de soins: pas des soins fondamentaux, pas des soins essentiels; sur ce point, il y a des normes constitutionnelles, les principes généraux. Aucun assuré qui a besoin de soins d'une certaine importance ne sera laissé au bord du chemin. Mais pour les soins bagatelles, les soins secondaires, il peut y avoir un risque. Dans sa proposition, Monsieur Guisan propose d'un côté de suspendre les prestations. Mais, d'un autre côté, le canton doit notamment garantir l'accès aux soins. Où donc est la pression sur l'assuré qui montre de la mauvaise volonté? Si on garantit l'accès aux soins sans spécifier qu'il s'agit des soins essentiels, ça signifie tous les soins. "L'accès aux soins", ce n'est pas quelque chose de limité, c'est l'accès à tous les soins. A ce moment-là, l'effet pédagogique de la suspension du remboursement des prestations, l'effet d'incitation à régler la situation devenue difficile n'existe plus. Simplement, ce sont les cantons qui devront payer, car, pour garantir l'accès aux soins, il faudra payer directement les fournisseurs de soins. En réalité, c'est donc une mesure qui est positive – je le reconnais – pour les prestataires de soins, mais qui n'est pas positive pour régler le problème que nous cherchons à résoudre.

C'est la raison pour laquelle il faut suivre la majorité de la commission.

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: J'expose quelques remarques. Première remarque, par rapport au débat d'entrée en matière, où cette question a été évoquée, notamment par notre collègue Zisyadis, pour ne pas entrer en matière: il convient de préciser que cette "horreur" dont ont accouché les parlementaires – comme il l'a dit – est un projet du Conseil fédéral, qui faisait déjà partie de la première partie de la révision de la LAMal, celle qui a échoué en décembre 2003.

Deuxième remarque par rapport à ce problème qui a été évoqué dans le débat d'entrée en matière: les personnes qui touchent l'aide sociale et les retraités bénéficiant de prestations complémentaires, soit AVS, soit AI, voient leurs primes en principe déjà réduites de 100 pour cent.

AB 2005 N 131 / BO 2005 N 131

La troisième remarque concerne la procédure. Il s'agit de savoir si, en cas de non-paiement des primes, les assureurs doivent mener à terme la procédure de mise aux poursuites, c'est-à-dire aller jusqu'à l'acte de défaut de biens. Alors si la question qui est posée est celle d'un traitement différencié des assureurs-maladie ou des



autres agents économiques, si la commission avait vraiment voulu traiter cette question, nous aurions dû en rester à l'ordonnance actuelle. Cette proposition a été rejetée par la commission. Cette question a été abordée par la minorité de la commission.

La quatrième remarque concerne la question juridique du lien entre la possibilité de suspendre les prestations et le principe d'obligation d'assurance. L'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel vient de publier un avis de droit qui dit que nous ne sommes pas en contradiction avec le principe de l'obligation d'assurance. Voilà ces quelques remarques liées à la procédure. Je ne prendrai pas position sur la proposition de la minorité Guisan, puisque je l'ai soutenue, et je laisserai mon collègue Gutzwiller s'exprimer à ce sujet.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Artikel 64a hat das zentrale Ziel, mit den hohen Prämienausständen zurechtzukommen. Die Mehrheit empfiehlt Ihnen dessen Annahme. Er sieht vor, dass ein klares Verfahren etabliert wird. Das Verfahren sieht vor, dass nach einer Mahnung, nach der Gewährung einer Nachzahlfrist, die Garantie für die Kostenübernahme der Leistung aufgeschoben wird. Hier gilt es zu präzisieren, dass nicht die Leistung, sondern die Kostenübernahme für die Leistungen aufgeschoben wird. Damit gibt es nach Ansicht der Mehrheit eine klare Lösung für dieses Problem und keine Aushöhlung des Obligatoriums; das vorher zitierte Gutachten des Instituts in Neuenburg scheint das zu unterstreichen. Wie Herr Bundesrat Couchepin gesagt hat, ist auch die Mehrheit Ihrer Kommission der Meinung, dass aufgrund dieser Bestimmung niemand nicht behandelt werde, der eine dringende Intervention nötig hätte, auch wenn er Zahlungsrückstände aufweist. Aber es gibt einen gewissen Druck auch auf die Versicherten, damit sie diese Zahlungsrückstände ernst nehmen. Das sind die Gründe, weshalb die Mehrheit Ihnen klar empfiehlt, Artikel 64a anzunehmen.

Der modifizierte Antrag Guisan versucht hier noch etwas klarer zu machen, dass die Leistungen gewährt sein sollten, auch wenn die Zahlungen nicht gewährt sind. Er ist aber etwas kompliziert, es ist nicht ganz klar, was die Kantone dann für Pflichten hätten, und die Pflicht des Versicherten wird etwas ausgelassen. Die Mehrheit konnte sich deswegen nicht für diesen Zusatz erwärmen.

Ich empfehle Ihnen die Annahme von Artikel 64a gemäss Antrag der Mehrheit.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Damit es klar ist: Der modifizierte Antrag Guisan entspricht dem zurückgezogenen Minderheitsantrag Guisan und betrifft somit auch Absatz 3. Ergänzt wurde in Absatz 2 das Wort "namentlich" aus dem Text des ursprünglichen Antrages Guisan.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 86 Stimmen

Für den modifizierten Antrag Guisan 62 Stimmen

Art. 65 Abs. 1, 1bis, 2–4, 6; 65a-65d; 84 Bst. d

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 65 al. 1, 1bis, 2–4, 6; 65a-65d; 84 let. d

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 105 Abs. 1bis

Antrag der Minderheit

(Teuscher, Fasel)

Im Rahmen des Risikoausgleichs werden zusätzlich die mittleren Kosten der prämienfrei versicherten Kinder und der jungen Erwachsenen berücksichtigt.

Art. 105 al. 1bis

Proposition de la minorité

(Teuscher, Fasel)

Dans le cadre de la compensation des risques, sont également pris en compte les coûts moyens occasionnés par les enfants, assurés gratuitement, et par les jeunes adultes.



Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Über diesen Antrag haben wir bei Artikel 61 entschieden.

Abgelehnt – Rejeté

Ziff. II

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

(Rossini, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Robbiani, Teuscher)

.... dieser Änderung umzusetzen. Nach der Umsetzung des Prämienverbilligungssystems verschärfen die Kantone während drei Jahren weder die Subventionsvoraussetzungen, noch kürzen sie die Subventionen an Alleinstehende.

Ch. II

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

(Rossini, Cavalli, Fasel, Fehr Jacqueline, Goll, Gross Jost, Maury Pasquier, Rechsteiner Paul, Robbiani, Teuscher)

.... la présente modification. Lors de la mise en place du système de réduction des primes, et pour une période de trois ans, les cantons ne réduisent ni les seuils d'accès, ni les montants de subventions destinés aux personnes seules.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Si, avec ce projet de révision, nous avons tenté de mieux prendre en compte la situation difficile des familles à bas et moyen revenu, nous ne devons pas oublier pour autant qu'il existe des personnes, seules ou en couple, mais sans enfants, qui bénéficient actuellement de subsides, notamment des personnes à l'assistance ou touchant des prestations complémentaires. Ces personnes ne sont pas quelques cas isolés, mais plusieurs centaines de milliers.

A ce propos, je vous rappelle d'ailleurs que, selon différentes études réalisées en 1998, 2001 et 2003 – études citées dans le message du Conseil fédéral –, c'est la situation des personnes retraitées qui s'est le plus péjorée au cours de ces dernières années, plus que celle des familles monoparentales et des familles de la classe moyenne. Or, si l'on augmente les réductions pour les primes des enfants et des jeunes adultes en formation, cela revient à diminuer d'autant celles des adultes à bas revenu, à moins que les cantons ne consentent des moyens financiers supplémentaires considérables, ce qui paraît malheureusement plus qu'improbable.

La proposition de la minorité Rossini, que je défends, vise justement à atténuer les effets négatifs de cette malheureuse opposition entre différentes catégories de la population, en l'occurrence entre familles et personnes sans enfants. Nous voulons éviter que des personnes aujourd'hui au bénéfice de subventions ne le soient plus du jour au lendemain, dès l'entrée en vigueur de la loi, et nous vous proposons donc d'obliger les cantons à maintenir pour une durée de trois ans les seuils d'accès et les montants des subventions actuellement en vigueur pour ces personnes, afin d'écartier une péjoration brutale de leur situation.

AB 2005 N 132 / BO 2005 N 132

Pour toutes ces raisons, auxquelles s'ajoute ainsi la possibilité qui nous est offerte d'attirer l'attention des cantons sur le rôle actif qu'ils peuvent jouer dans cette affaire en matière de lutte contre la pauvreté, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Rossini.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Die CVP-Fraktion teilt mit, dass sie den Antrag der Mehrheit unterstützt.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: La proposition de la minorité Rossini, développée par Madame Maury Pasquier, revient à ajouter, lors de la mise en place du système de réduction des primes, une condition à celles que les cantons doivent respecter. Or, on sait que les cantons sont extrêmement chatouilleux sur ce point. Ils se sont opposés dès le départ à la définition, sur le plan fédéral, d'un but social complet. Ils toléreront



certainement la solution qui est en train d'être adoptée par votre chambre après avoir été adoptée par le Conseil des Etats, mais ils montreront une irritation certaine si on leur impose des règles supplémentaires. Or c'est le cas ici. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas autorisés à reprendre cette règle, mais ils ne sont pas obligés de le faire. Je crois qu'avec raison, on peut dire que cette disposition est une possibilité parmi d'autres et qu'il y a des raisons de l'accepter et des raisons de préférer d'autres critères. Finalement, la décision appartient à ceux qui distribueront les moyens mis à disposition, c'est-à-dire aux cantons. Malgré toute la bonne volonté de bien faire qu'il y a derrière cette proposition, nous vous suggérons de faire confiance aux cantons et de repousser la proposition de la minorité Rossini.

Goll Christine (S, ZH): Herr Bundesrat Couchepin, das Problem ist nicht von der Hand zu weisen. Es besteht die Gefahr, dass mit diesem neuen Modell, für das wir uns heute wahrscheinlich entscheiden werden, die Kantone die Prämienverbilligungsgelder, die sie dann den Familien mit Kindern und Jugendlichen in Ausbildung zukommen lassen, bei den einkommensschwachen Versicherten ohne Kinder abschöpfen. Wir wissen auch warum: weil sie dann nicht die vollen Subventionen abholen müssen. Wir wissen, dass das heute alles nicht funktioniert. Ich möchte von Ihnen einfach Folgendes wissen, Herr Bundesrat: Was werden Sie vorkehren, damit das nicht geschieht, damit es keine Umverteilung unter den einkommensschwächsten Versicherten gibt und diese darunter zu leiden haben?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Goll, je crois que le grand avantage et le grand danger de la liberté, c'est que, parfois, ceux à qui on donne la liberté ne l'utilisent pas conformément à ce que l'on souhaite. Moi, je suis libéral et j'admets volontiers que lorsqu'on donne la liberté à quelqu'un, celui-ci peut parfois en faire un usage que je qualifierai de moins bon, mais qui est son choix.

Les cantons, qui ne sont pas nés de la dernière pluie, si vous me permettez l'expression, peuvent avoir en effet la possibilité de provoquer une répartition qui n'est pas exactement conforme à vos souhaits et peut-être aussi à mes souhaits, mais c'est le prix de la liberté. Si on veut éviter tout risque, il faut aller dans l'autre sens. C'était le sens que vous aviez choisi lors de la deuxième révision de la LAMal, en définissant un but social complet qui liquidait pratiquement toute possibilité de décision contraire de la part des cantons. Cette solution a été rejetée lorsque vous avez rejeté l'ensemble de la révision. Les cantons étaient violemment opposés à cette mise sous tutelle jusqu'au bout. C'est la raison pour laquelle on est revenu en arrière, d'abord avec un but social plus limité dans le projet du Conseil fédéral, et ensuite avec la solution du Conseil des Etats à laquelle nous nous sommes ralliés.

Je ne peux pas vous dire que cela ne peut pas arriver une fois, parce que la liberté implique que ceux qui disposent de cette capacité d'appréciation peuvent apprécier la situation différemment de ce que nous considérons comme légitime. Mais s'il devait y avoir un effet pervers généralisé des décisions des cantons, il y aurait certainement de nouveau un débat ici. D'un côté, il y a la mise sous tutelle; de l'autre, la liberté. Je plaide pour la liberté et pour prendre le risque que les cantons ne fassent pas exactement ce que vous pensez ou ce que je pense, mais c'est cela, le prix de la liberté.

Gutzwiller Felix (RL, ZH), für die Kommission: Sie haben es gehört: Das Modell, das Sie vorhin beschlossen haben, sieht vor, dass die Kantone bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung ein grösseres Gewicht haben. Man hat im Verlauf der Arbeiten an diesem Dossier explizit auf ein festgelegtes Sozialziel verzichtet. Es wäre deshalb nicht in der Logik des bisher Entschiedenen, wenn man mit dem Minderheitsantrag sozusagen einen Teil der Autonomie wieder beschränken würde, auch wenn man vielleicht Verständnis für die Sorgen hat, die hinter diesem Antrag stehen.

Aus meiner Sicht ist deshalb klar, dass die Mehrheit Ihnen empfiehlt, bei der Fassung der Mehrheit und des Ständerates zu bleiben und hier keine zusätzliche Beschränkung einzuführen, also sozusagen zurückzunehmen, was wir den Kantonen vorhin gerade gegeben haben.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 78 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 55 Stimmen

Ziff. III

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Ch. III





Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir setzen die Gesamtabstimmung über Vorlage 1 noch aus und behandeln zuerst den Antrag der Minderheiten I und II auf Eintreten auf die Vorlage 2. Hier besteht ein Zusammenhang mit Artikel 66 der Vorlage 1, den wir anschliessend beraten werden.

2. Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

2. Arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie

Antrag der Mehrheit

Nichteintreten

Antrag der Minderheit I

(Meyer Thérèse, Guisan, Gutzwiller, Humbel Näf, Robbiani, Ruey, Wehrli)

Eintreten

Antrag der Minderheit II

(Teuscher, Fasel)

Eintreten

Proposition de la majorité

Ne pas entrer en matière

Proposition de la minorité I

(Meyer Thérèse, Guisan, Gutzwiller, Humbel Näf, Robbiani, Ruey, Wehrli)

Entrer en matière

Proposition de la minorité II

(Teuscher, Fasel)

Entrer en matière

AB 2005 N 133 / BO 2005 N 133

Meyer Thérèse (C, FR): Au nom de la minorité I, je vous demande de rejeter la proposition de la majorité de la commission à l'article 66 alinéa 2 du projet de loi, d'entrer en matière sur l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie, et de voter la minorité I qui suit exactement la décision du Conseil des Etats.

Le Conseil des Etats, par sa solution de financement, prend en compte la nouvelle réglementation que nous venons de décider, et il prend en compte un engagement accru de la Confédération pour la réduction des primes des enfants et des jeunes en formation. Il propose 100 millions de francs de plus en 2006; en 2007, 100 millions de francs de plus encore; le tout accompagné de 1,5 pour cent d'adaptation chaque année. Cet arrêté fédéral règle la question financière jusqu'en 2009. Les cantons seront bien sûr appelés à faire un effort estimé dans l'ensemble à 100 millions de francs.

Etonnamment, les représentants du groupe UDC en commission ont proposé un autre mode de financement, à l'article 66 du projet de loi, avec un montant plus bas partant à 2,5 milliards de francs en 2006, puis une adaptation à l'évolution des coûts des prestations de l'assurance de base. Cela nous a un peu étonnés de penser qu'ils voulaient ouvrir les vannes dans ce domaine. Les collègues de la gauche ont soutenu ce modèle, pensant qu'il pourrait plus couvrir l'augmentation des coûts de la santé, mais ils renonçaient par là aussi à faire un saut dans l'adaptation du financement de la Confédération pour la réduction des primes des enfants et des jeunes en formation.



Le modèle proposé par la majorité a, pour nous, deux défauts. Le premier est qu'il ne permet pas de faire face tout de suite aux réductions nouvelles des primes pour les jeunes et les enfants, ce qui va mettre les cantons dans une difficulté d'application de la nouvelle réglementation. Ils devront prendre en charge tout seuls le complément de financement dans les premières années. Le deuxième défaut que nous trouvons à l'article 66 est de renoncer à avoir une possibilité d'évaluer la situation et de prendre des décisions face à l'engagement de la Confédération vis-à-vis de la réduction des primes.

De plus, l'arrêté fédéral donne aussi un cadre financier qui permet de mettre les cantons un tout petit peu sous pression et qu'ils fassent des efforts de restructuration si les primes montent exagérément – par rapport, par exemple, à la restructuration de leurs hôpitaux, ou à une prise en compte plus grande d'économies qu'ils pourraient faire.

Le modèle du Conseil des Etats prévoit donc un financement complémentaire en deux étapes pour faire face tout de suite à cette nouvelle réglementation de la réduction des primes pour les enfants ainsi que pour les jeunes. Il a l'avantage de définir un cadre financier clair pour les quatre ans à venir et comprend aussi, comme je l'ai dit, cet encouragement à contenir, à maîtriser les coûts de la santé.

Je formulerai encore une remarque. Ce serait vraiment dommage qu'une alliance de groupes qui, au fond, ne poursuivent pas tout à fait les mêmes buts en matière de politique financière, conduise à un blocage entre les deux conseils. Cette situation pourrait faire tomber encore une fois ce projet sur lequel nous avons travaillé pendant tant d'années, et que nous avons eu tant de mal à mettre sous toit.

Je vous recommande donc avec force de suivre la minorité I, de suivre le Conseil des Etats, et de ne pas créer une divergence.

Ruey Claude (RL, VD): Le problème qui est posé dans le débat que nous menons aujourd'hui, c'est que ceux qui veulent entrer en matière sur l'arrêté fédéral (projet 2), qui "étape" quelque peu les subsides aux primes d'assurance-maladie, ont en revanche prévu, à l'article 66 du projet 1 – on retrouve les mêmes, majorité et minorités –, une indexation automatique des subventions de la Confédération pour réduire les primes d'assurance-maladie des enfants. Dès lors, ce système de hausse automatique, que nous aurons peut-être l'occasion de débattre tout à l'heure, nous paraît particulièrement dommageable. C'est la raison pour laquelle nous, le groupe radical-libéral, préférons le système de l'arrêté prévu par le Conseil fédéral, quitte d'ailleurs à en amender les chiffres, si l'on estime que cela va trop loin. Mais le fait de ne pas entrer en matière sur un arrêté qui limite les dépenses de la Confédération pour aller vers un système d'indexation automatique des subventions nous paraît particulièrement dommageable.

En effet, un des grands problèmes du monde de la santé – nous le savons tous –, c'est la hausse incessante des coûts, c'est le manque de mécanismes du genre frein, c'est l'absence d'un mécanisme autorégulateur de type concurrentiel. Puis, il y a encore un élément: la pléthore d'acteurs dans ce domaine, qui défendent souvent des intérêts sectoriels, conduit aussi à une hausse tendancielle des coûts de la santé. Alors, le problème, c'est que la hausse des coûts de la santé se traduit évidemment en hausses des primes; ces dernières entraînent des difficultés pour les gens qui ont de la peine à les payer; on doit alors augmenter les subsides pour aider les familles. Mais nous ne pouvons pas rester prisonniers de cette spirale des hausses.

Bien sûr, il y a des phénomènes objectifs qui conduisent à la hausse: la pyramide des âges, les progrès technologiques – c'est bien connu – mais, fondamentalement, notre système de santé vit dans un déséquilibre constant, dans la hausse. Ce n'est donc pas le moment de ne pas entrer en matière sur un arrêté qui permet de limiter, si vous voulez, les interventions de la Confédération en y ajoutant – comme on nous le proposerait dans un "contre-projet indirect", si je puis dire, à cet arrêté – une règle d'automatisme. Car, finalement, vouloir une adaptation automatique des subventions fédérales, c'est pousser à la hausse, ou en tout cas s'y résigner; c'est la faciliter; c'est un oreiller de paresse. On le sait tous bien: les mécanismes automatiques conduisent inévitablement à pratiquer un certain laisser-aller, un certain laxisme. A quoi cela sert-il de se battre contre les hausses – ce qui est d'ailleurs très difficile – lorsqu'on sait que, de toute manière, si les dépenses augmentent, on recevra des subventions supplémentaires?

Je me tourne dès lors vers les membres du groupe UDC. Je ne comprends pas qu'on veuille ainsi laisser libre cours à la hausse et introduire une automatisme de l'intervention étatique. Vous qui vous opposez souvent, et avec raison, à trop d'étatisme, à trop d'administration, vous qui avez lancé une initiative sans doute imparfaite, mais qui va dans le bon sens pour lutter contre la hausse des coûts de la santé et contre la hausse des primes d'assurance-maladie, comment pouvez-vous ne pas entrer en matière sur un arrêté et préférer un système d'automatisme qui va pousser à la dépense, à la facilité, à plus d'Etat et qui, finalement, est contraire à l'instauration d'un système de santé qui est fondé sur la responsabilité et sur la concurrence?

C'est la raison pour laquelle, plutôt que de se laisser tenter par ce miroir aux alouettes, je vous invite, au nom



du groupe radical-libéral, à entrer en matière sur l'arrêté fédéral (projet 2), quitte, s'agissant des sommes, à en modifier le montant.

Mais en tout cas, je vous invite à ne pas céder au système de l'automatisme qui, encore une fois, est un système gaspilleur.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Die grüne Fraktion teilt mit, dass sie für Nichteintreten stimmt.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je dois dire que je suis un peu embarrassé quand il faut examiner les motivations des partisans de la non-entrée en matière.

Le Conseil fédéral propose 2,52 milliards de francs pour l'année 2006 et ceux qui ne veulent pas entrer en matière – je pense là au groupe socialiste – proposent 2,5 milliards de francs, c'est-à-dire moins que le Conseil fédéral. Quelle est la motivation qui pousse à proposer moins que le Conseil fédéral? L'autre groupe, le groupe UDC, propose – comme l'a dit Monsieur Ruey – d'indexer les subventions à l'évolution des coûts des prestations de l'assurance de base.

AB 2005 N 134 / BO 2005 N 134

Evidemment, l'argument revient à dire qu'ainsi, il y aura une pression sur le Parlement pour prendre des mesures qui seront susceptibles de freiner la hausse des primes. Ce serait bien si tout dépendait de la Confédération, mais environ 40 pour cent des dépenses relèvent de l'hospitalisation, qui dépend davantage des cantons que de la Confédération. Alors, on met la pression au mauvais endroit et, finalement, on provoque une spirale de la hausse des subventions sans provoquer une pression sur l'évolution des coûts réels.

Quelle est la motivation de ces deux groupes, qui pactisent occasionnellement, mais qui, à ma connaissance, n'appartiennent pas au même camp – jusqu'à maintenant du moins, c'est l'impression que j'avais? Pourquoi risquer de faire échouer la totalité du système de subventionnement des primes? On a vu tout au long de cette matinée qu'il n'y avait pas de troisième voie; une forte majorité de la chambre va dans le sens du projet du Conseil fédéral modifié par le Conseil des Etats. On a donc ainsi la possibilité d'aboutir et de mettre sous toit cette réforme, avant d'en aborder une nouvelle qui, politiquement, sera probablement plus difficile puisqu'il s'agira du financement des soins hospitaliers.

Créer une divergence avec le Conseil des Etats sur ce point retarde la discussion sur les autres étapes de la réforme du système de l'assurance-maladie et ne sert les intérêts de personne. La majorité qui s'est exprimée au Conseil des Etats est suffisamment claire et forte pour qu'une divergence n'entraîne pas un changement de sa position. Simplement, vous allez revenir ici dans quelques mois en disant que le poids des faits, le poids des votes vous oblige à accepter – après avoir fait une tentative dans un autre sens – la solution préconisée par le Conseil des Etats, soit celle proposée par la minorité Meyer Thérèse.

Je vous invite donc avec conviction, au nom de la logique, du bon sens et de l'efficacité parlementaire, à adopter la proposition de la minorité. Si vous ne le faites pas, dans trois mois on se retrouvera au même point et probablement que vous accepterez à ce moment-là ce que vous n'acceptez pas aujourd'hui. Il faut être efficace et ne pas jouer à ce jeu-là.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Es hat nun einige Unklarheiten gegeben. Drei Sprecher möchten sich nun doch schon an dieser Stelle äussern und nicht erst im Rahmen der Behandlung von Artikel 66.

Selbstverständlich wird Herr Bundesrat Couchepin die Gelegenheit haben, auf die Voten der drei Sprecher einzugehen, wenn er das wünscht.

Borer Roland (V, SO): Es ist natürlich ein kompliziertes Geschäft. Es ist auch problematisch, wenn man am Schluss über ein Finanzierungskonzept sprechen sollte und wieder im Gesetz darüber befinden muss, wenn man dieses Finanzierungskonzept so nicht möchte.

Die SVP-Fraktion wird grossmehrheitlich die Mehrheit unterstützen, d. h., wir werden bei der Vorlage 2 dieses Geschäftes, beim Bundesbeschluss, für Nichteintreten votieren. Wir möchten nämlich die ganze Finanzierungsproblematik im Gesetz abschliessend und klar regeln. Wenn wir diese Finanzierungsprobleme in einem Bundesbeschluss angehen, besteht die Problematik darin, dass wir zeitlich nur eine Regelung für eine sehr kurze Dauer haben, nämlich z. B. mit der Minderheit II nur bis ins Jahr 2009. Bei uns entsteht der Eindruck, das Motto sei "nach uns die Sintflut" – aber nicht genau sprichwörtlich, denn sie wird vielleicht schon mit uns kommen, nämlich im Jahr 2009.

Das zweite Problem: Wir haben im Bereich des separaten Finanzierungsbeschlusses natürlich auch nur immer den Weg, dass wir auf Prognosen basieren müssen, ohne dass sie erhärtet sind. Deshalb ist die SVP-Fraktion



für eine abschliessende Regelung im Gesetz. Wie sieht diese nun in Artikel 66 aus? Auf der Basis des Jahres 2006, wo der Bund an die Kantone 2,5 Milliarden Franken entrichten würde, möchten wir im Grundsatz festhalten, dass sich der Bund bei der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht aus der Verantwortung stehlen kann. Das kann man auf ganz einfache Art und Weise tun, indem man die Mehrheit unterstützt und sagt, dass die Teuerung, die im Gesundheitswesen aufläuft, eben auch im gleichen Verhältnis durch Bundesbeiträge abgedeckt werden muss.

Das geflügelte Wort "Wer zahlt, befiehlt" kennen Sie sicher alle. Ich glaube auch, dass der grosse Teil dieses Parlamentes diesen Grundsatz unterstützt. Wir müssen uns aber auch im Klaren sein, dass der Umkehrschluss ebenso zulässig ist: "Wer befiehlt, bezahlt." Es geht nicht an, dass man blind ist, wenn es darum geht, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen genau zu beobachten und entsprechende Gegenmassnahmen zu ergreifen! Nein, man geht den Weg des geringsten Widerstandes und sagt zu allem Ja und Amen, und schlussendlich müssen das dann die Prämienzahler berappen.

So geht es nicht. Wir sind der Meinung, dass mit diesem Mehrheitsantrag der Offenheit gegenüber neuen Leistungserbringern und ähnlichem ein wenig entgegengewirkt und auf der anderen Seite der soziale Aspekt der Finanzierung der Gesundheitskosten nicht aus den Augen verloren wird.

Ich bitte Sie also auch hier, der Mehrheit zu folgen.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Artikel 66 Absatz 2 KVG steht in engem Zusammenhang mit dem Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung. Was wir hier entscheiden, ist massgebend für Artikel 66 Absatz 2.

Die CVP-Fraktion unterstützt den Antrag der Minderheit I (Meyer Thérèse) sowohl bei Artikel 66 Absatz 2 KVG wie auch hier beim Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung. Wir lehnen sowohl den Antrag der Mehrheit wie auch den Antrag der Minderheit II ab. Die Höhe der Beiträge, d. h. die kostenmässigen Auswirkungen dieser beiden Anträge, sind etwa gleich und werden deutlich über der ständerätlichen Fassung und jener des Antrages der Minderheit I liegen.

Der Antrag der Mehrheit, die Beiträge des Bundes der Kostenentwicklung der grundversicherten Leistungen anzupassen, hat eine gewisse Logik. Der Bund hat die Verantwortung für die Pflichtleistungen im Gesundheitswesen, d. h. für das Leistungsspektrum, das von den Krankenversicherern bezahlt werden muss. Der Bund trägt indes nicht die alleinige und gesamte Verantwortung für die Kostenentwicklung. Ich erinnere Sie daran: Wesentliche Faktoren für die Kostensteigerungen sind auch der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung.

Letztlich liegt es auch an uns, am Parlament, Kostendämpfungsmassnahmen zu beschliessen. Ich unterstreiche nochmals die Forderung an den Bundesrat, welche ich bereits beim Eintreten gestellt habe: Wir brauchen dringend eine Vorlage mit Vorschlägen für eine Dämpfung der Kostenentwicklung. Eine Indexierung, wie sie die Mehrheit der Kommission will, ist aber finanzpolitisch ungeschickt und unter dem Aspekt der Schuldenbremse problematisch; die Schuldenbremse kann nicht eingehalten werden. Es ist daher wirklich bemerkenswert, dass gerade die SVP diese finanzpolitische Kurve dreht.

Die Fassung des Ständerates und der Minderheit I ist transparent, berechenbar sowie finanzplankonform.

Namens der CVP-Fraktion bitte ich Sie daher, der Minderheit I (Meyer Thérèse) sowohl beim Bundesbeschluss wie auch nachher bei Artikel 66 Absatz 2 KVG zuzustimmen.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die SP-Fraktion unterstützt die Mehrheit und ist für Nichteintreten auf den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung. Damit unterstützen wir automatisch auch die Mehrheit bei Artikel 66 Absatz 2 KVG.

Wir sind der Meinung, dass sich die jährlichen Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung an die Kostenentwicklung bei den Grundversichertenleistungen anpassen müssen. Die Beiträge des Bundes sollen sich also im Gleichschritt mit den realen Kosten entwickeln. Wir wollen den Bund damit besser in die Verantwortung einbinden. Es sind

AB 2005 N 135 / BO 2005 N 135

letztlich leere Versprechen an die Bevölkerung, wenn wir zwar Ziele vorgeben, aber die Mittel nicht bereitstellen. Es ist gegenüber den Kantonen nicht redlich, wenn wir bezüglich der Prämienverbilligung die Ziele auch noch konkretisieren – konkret im Gesetz ist das die Verbilligung um 50 Prozent für Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittleren und unteren Einkommen –, wenn wir aber die Beiträge nicht sicherstellen, die der Bund dazu beisteuern muss.

Mit der Festlegung der prozentualen Angleichung bewegen wir uns auch bereits in der Logik, wie sie nach NFA auch in der darauffolgenden Gesetzgebung angestrebt wird.





Ich bitte Sie daher, der Mehrheit zu folgen, auf den Bundesbeschluss nicht einzutreten und bei Artikel 66 Absatz 2 KVG der Mehrheit zuzustimmen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Je crois que les trois intervenants précédents n'ont pas apporté d'éléments nouveaux. Je ne comprends pas l'attitude du groupe socialiste, qui propose moins de subventions que le Conseil fédéral. Certes, il propose ensuite que l'évolution du montant des subventions suive celle des coûts de l'assurance-maladie: cela prendra probablement un certain nombre d'années pour atteindre le niveau proposé par le Conseil fédéral. Or, entre-temps, la nouvelle répartition des tâches entrera en vigueur et changera le mode de subventionnement par la Confédération. Donc, dans le monde réel, la proposition socialiste aboutira à mettre moins d'argent à disposition pour le subventionnement de l'assurance-maladie: pour moi, c'est absolument incompréhensible, puisque la nouvelle répartition des tâches entrera en vigueur en 2008 et qu'elle est décidée à travers la nouvelle péréquation financière.

Quant aux membres du groupe UDC qui, tout d'un coup, se retrouvent dans le même bateau que leurs "confrères" socialistes, ils rament, semble-t-il, dans le sens inverse par rapport à la direction qu'ils prennent généralement. Ils veulent un automatisme dans l'évolution des coûts qui me paraît faux et surtout qui est inefficace, je le répète, dans la mesure où une partie de l'évolution des coûts est liée aux coûts hospitaliers qui sont d'abord de la responsabilité des cantons.

Alors, un bateau avec un équipage qui, en règle générale, est divisé, mais qui fait mine de voguer dans le même sens pendant un moment, est voué à la mutinerie et finira comme le Bounty: sur une île déserte!

Rossini Stéphane (S, VS), pour la commission: Jusqu'à présent, on a plutôt eu l'impression que la LAMal était le Titanic, c'est-à-dire un navire sans pilote et plus maîtrisable. Au nom de la majorité de la commission, j'aimerais revenir sur quelques points.

Considérons les deux arguments que nous avons entendus pour soutenir la proposition de la majorité. Il s'agit premièrement des éléments de simplicité, de clarté, évoqués par Monsieur Borer, et deuxièmement de la problématique évoquée par Madame Fehr Jacqueline, qui est celle de rapprocher au mieux l'évolution des primes payées par les assurés et celle des subventions. On a donc ici deux approches qui sont, je dirai, complémentaires, mais qui, surtout – et j'aimerais mentionner deux ou trois chiffres dans la discussion –, ne conduisent à pas une diminution des subventions – ce que vient de nous dire Monsieur le conseiller fédéral. Il faut rappeler quand même que le Conseil des Etats a augmenté le montant de l'enveloppe par rapport à ce que proposait le Conseil fédéral pour 2005/06. Donc, il y a quand même un apport financier supplémentaire. Par contre, la problématique de l'évolution des coûts est, elle, relativement importante. Et justement, il y a une cohérence dans la proposition de la majorité, puisque, à partir de 2008, avec la nouvelle péréquation financière, on aura ici un changement de système qui sera, lui, lié à l'évolution des dépenses de l'assurance obligatoire des soins.

J'aimerais revenir sur deux autres éléments de la discussion.

Ma première remarque concerne la question de la capacité, pour les cantons, d'appréhender l'évolution des primes. Je crois qu'il est faux de prétendre que les cantons ne pourront pas le faire, parce que ces derniers suivent aujourd'hui, en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, le processus de définition des primes par les caisses. Par conséquent, les cantons connaissent assez rapidement les primes qui seront appliquées dans chacun d'entre eux l'année suivante – cela se passe début octobre. Il y a donc toute possibilité pour les cantons d'adapter le budget qui sera le leur pour la réduction des primes l'année suivante.

Ma deuxième remarque concerne la spirale des coûts, que l'on évoque dans ce débat. Je crois qu'il ne faut pas se tromper de débat. De quoi s'agit-il? Il s'agit ici de définir les montants qui sont destinés aux assurés économiquement modestes. Quant à la discussion sur les mécanismes autorégulateurs, que nous devrions aborder en amont, elle doit être tenue ailleurs. Elle ne doit pas être engagée dans le cadre du processus de définition de l'enveloppe relative aux montants des subventions, parce que les gens ne choisissent en principe pas d'être malades et n'abusent pas forcément du système. Je crois qu'il faut être clair à ce sujet.

Par contre, il y a la possibilité, pour le Parlement, d'introduire des instruments de régulation, des mécanismes de régulation de la consommation au niveau des autres parties de la révision de l'assurance-maladie. Ce n'est pas le lieu, dans le présent arrêté – concernant la réduction des primes –, de définir ces mécanismes de régulation. Si on veut vraiment être efficace dans la maîtrise des coûts, les mécanismes appropriés, situés en amont, devront être "arrêtés" ailleurs. Toute une série de propositions ont d'ailleurs été formulées, avec l'opposition: concurrence d'une part, régulation par l'Etat de l'autre. Mais ce n'est donc pas le moment de tenir ce débat. Les assurés économiquement modestes n'y peuvent pas grand-chose, par rapport à la fixation des montants des subventions qui leur sont accordées.



Je vous invite donc à suivre la majorité de la commission.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Monsieur Rossini, vous avez dit que je m'étais trompé en affirmant que la proposition la majorité de la commission était moins généreuse que celle du Conseil fédéral. Je vous invite à relire les textes. Le Conseil fédéral dit pour 2006: 2521 millions de francs (art. 1 let. b du projet 2). La proposition de la majorité est de 2,5 milliards de francs pour 2006 (art. 66 al. 2 du projet 1). La proposition du Conseil fédéral est donc plus généreuse que celle soutenue par les socialistes.

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir stimmen über den Antrag der Minderheiten I und II auf Eintreten ab.

Abstimmung – Vote

Für Eintreten 51 Stimmen

Dagegen 102 Stimmen

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Wir kehren nun zur Behandlung von Artikel 66 der Vorlage 1 zurück.

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Prämienverbilligung)

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

Art. 66

Antrag der Mehrheit

Abs. 1, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone werden der Kostenentwicklung der grundversicherten Leistungen angepasst. Der Beitrag für das Jahr 2006 beträgt 2500 Millionen Franken.

AB 2005 N 136 / BO 2005 N 136

Antrag der Minderheit I

(Meyer Thérèse, Guisan, Gutzwiller, Humbel Näf, Robbiani, Ruey, Wehrli)

Abs. 2

Unverändert

Antrag der Minderheit II

(Teuscher, Fasel)

Abs. 2

Unverändert

Art. 66

Proposition de la majorité

Al. 1, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

Ces subsides sont adaptés à l'évolution des coûts des prestations de l'assurance de base. Le montant pour l'année 2006 s'élève à 2500 millions de francs.

Proposition de la minorité I

(Meyer Thérèse, Guisan, Gutzwiller, Humbel Näf, Robbiani, Ruey, Wehrli)

Al. 2

Inchangé

Antrag der Minderheit II





(Teuscher, Fasel)

Al. 2

Inchangé

Präsident (Janiak Claude, erster Vizepräsident): Da das Wort nicht mehr gewünscht wird, gehe ich davon aus, dass Sie dem Antrag der Mehrheit zustimmen. – Sie sind damit einverstanden.

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

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif; 04.033/1836)

Für Annahme der Ausgabe 122 Stimmen

Dagegen 31 Stimmen

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominatif; 04.033/1829)

Für Annahme des Entwurfes 124 Stimmen

Dagegen 24 Stimmen