

Parlamentsdienste

Services du Parlement

Servizi del Parlamento

Servetschs dal parlament



Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

Verhandlungen

Délibérations

Deliberazioni

"Für eine soziale Einheitskrankenkasse". Volksinitiative
(05.089)

"Pour une caisse-maladie unique et sociale". Initiative populaire
(05.089)

"Per una cassa malati unica e sociale". Iniziativa popolare
(05.089)



VH 05.089

Datum der Volksabstimmung
11.03.2007

Date de la votation populaire
11.03.2007

Weitere Informationen:
www.parlament.ch
unter Volksabstimmungen

Informations complémentaires :
www.parlement.ch
sous votations populaires

Den Ratsmitgliedern steht in der **Pressedatenbank** der Parlamentsdienste eine Auswahl von ständig aktualisierten Artikeln zu den einzelnen Volksabstimmungen in einem separaten Ordner zur Verfügung.

Lors de chaque votation populaire, un dossier spécifique régulièrement mis à jour est à disposition des parlementaires dans **la banque de données „Presse“** des Services du Parlement.

Verantwortlich für diese Ausgabe:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
Ernst Frischknecht
Tel. 031 322 97 31

Responsable de cette édition :

Services du Parlement
Centrale de documentation
Ernst Frischknecht
Tél. 031 322 97 31

Bezug durch:

Parlamentsdienste
Dokumentationszentrale
3003 Bern
Tel. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

S'obtient aux :

Services du Parlement
Centrale de documentation
3003 Berne
Tél. 031 322 97 44
Fax 031 322 82 97
doc@pd.admin.ch

Inhaltsverzeichnis / Table des matières

Seite - Page

1.	Übersicht über die Verhandlungen - Résumé des délibérations		I
2.	Rednerlisten - Listes des orateurs		III
3.	Zusammenfassung der Verhandlungen Condensé des délibérations		V VIII
4.	Verhandlungen der Räte - Débats dans les conseils		
	Nationalrat - Conseil national	08.05.2006	1
	Ständerat - Conseil des Etats	15.06.2006	30
5.	Schlussabstimmungen / Votations finales		
	Nationalrat - Conseil national	23.06.2006	40
	Ständerat - Conseil des Etats	23.06.2006	41
6.	Namentliche Abstimmungen / Votes nominatifs		43
7.	Bundesbeschluss vom	23.06.2006	45
	Arrêté fédéral du	23.06.2006	47
	Decreto federale del	23.06.2006	49

1. Übersicht über die Verhandlungen · Résumé des délibérations

05.089 n Für eine soziale Einheitskrankenkasse. Volksinitiative

Botschaft vom 9. Dezember 2005 zur Volksinitiative "Für eine soziale Einheitskrankenkasse" (BBl 2006 735)

NR/SR Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

Bundesbeschluss über die Volksinitiative "für eine soziale Einheitskrankenkasse"

08.05.2006 Nationalrat. Beschluss nach Entwurf des Bundesrates.

15.06.2006 Ständerat. Zustimmung.

23.06.2006 Nationalrat. Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.

23.06.2006 Ständerat. Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen.
Bundesblatt 2006 5743

05.089 n Pour une caisse-maladie unique et sociale. Initiative populaire

Message du 9 décembre 2005 concernant l'initiative populaire "Pour une caisse-maladie unique et sociale" (FF 2006 725)

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

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "pour une caissemaladie unique et sociale"

08.05.2006 Conseil national. Décision conforme au projet du Conseil fédéral.

15.06.2006 Conseil des Etats. Adhésion.

23.06.2006 Conseil national. L'arrêté est adopté en votation finale.

23.06.2006 Conseil des Etats. L'arrêté est adopté en votation finale.
Feuille fédérale 2006 5471

2. Rednerliste · Liste des orateurs

Nationalrat · Conseil national

Borer Roland (V, SO)	18, 20
Bortoluzzi Toni (V, ZH) für die Kommission	1, 27
Cavalli Franco (S, TI)	15
Couchepin Pascal, conseiller fédéral	24, 27
Dormond Béguelin Marlyse (S, VD)	11, 27
Dunant Jean Henri (V, BS)	6
Engelberger Eduard (RL, NW)	21
Fässler-Osterwalder Hildegard (S, SG)	14
Fehr Hans-Jürg (S, SH)	24
Fehr Jacqueline (S, ZH)	4
Frösch Therese (G, BE)	7
Garbani Valérie (S, NE)	13
Goll Christine (S, ZH)	3
Graf Maya (G, BL)	11
Guisan Yves (RL, VD)	8
Gutzwiller Felix (RL, ZH)	5
Hassler Hansjörg (V, GR)	23
Heim Bea (S, SO)	12
Hochreutener Norbert (C, BE)	10
Huguenin Marianne (-, VD)	21
Humbel Näf Ruth (C, AG)	6
John-Calame Francine (G,NE)	9
Keller Robert (V, ZH)	22
Lang Josef (G, ZG)	22
Leuenberger Ueli (G, GE)	23
Leutenegger Oberholzer Susanne (S, BL)	18
Maury Pasquier Liliane (S, GE)	10
Menétrey-Savary Anne-Catherine (G, VD)	9
Meyer Thérèse (C, FR) pour la commission	2, 27
Parmelin Guy (V, VD)	17
Rechsteiner Paul (S, SG)	16
Rennwald Jean-Claude (S, JU)	14
Reymond André (V, GE)	19
Rossini Stéphane (S, VS)	3
Ruey Claude (RL, VD)	4
Savary Géraldine (S, VD)	12
Schelbert Louis (G, LU)	15

Schenker Silvia (S, BS)	13
Stahl Jürg (V, ZH)	17
Teuscher Franziska (G, BE)	18
Triponez Pierre (RL, BE)	8
Wäfler Markus (E, ZH)	8
Widmer Hans (S, LU)	20
Zisyadis Josef (-, VD)	21

Ständerat · Conseil des Etats

Béguelin Michel (S, VD)	37
Brändli Christoffel (V, GR)	34, 37
Couchepin Pascal, conseiller fédéral	37
Escher Rolf (C, VS)	36
Fetz Anita (S, BS)	35, 37
Forster-Vannini Erika (RL, SG) für die Kommission	30
Heberlein Trix (RL, ZH)	31
Jenny This (V, GL)	36
Kuprecht Alex (V, SZ)	32
Langenberger Christiane (RL, VD)	33
Ory Gisèle (S, NE)	31
Schwaller Urs (C, FR)	32
Stähelin Philipp (C, TG)	35

3. Zusammenfassung der Verhandlungen

05.089 Für eine soziale Einheitskrankenkasse. Volksinitiative

Botschaft vom 9. Dezember 2005 zur Volksinitiative "Für eine soziale Einheitskrankenkasse" (BBl 2006 735)

Ausgangslage

Die Volksinitiative «Für eine soziale Einheitskrankenkasse» wurde durch die in der Westschweiz aktive Bewegung «Mouvement Populaire des Familles (MPF)» und durch links-grüne Kreise aus weiteren Teilen der Schweiz lanciert. Im Zentrum der Initiative stehen die folgenden beiden Forderungen:

- Die Einrichtung einer Einheitskasse durch den Bund, welche an Stelle der heute tätigen 85 Krankenkassen die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführt.
- Die Festlegung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Zu diesem Zweck verlangt die Initiative eine Änderung des geltenden Verfassungsartikels 117 (Abs. 3) und eine entsprechende Ergänzung der Übergangsbestimmungen (Art. 197 Ziff. 2).

Mit ihren Anliegen streben die Initiantinnen und Initianten einen fundamentalen Kurswechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an. Nach Ansicht des Bundesrates drängt sich ein solcher Kurswechsel nicht auf. Im Gegenteil ist er der Ansicht, dass ein System mit einer Mehrzahl von Versicherern in der sozialen Krankenversicherung klare Vorzüge gegenüber einer Monopolstellung einer einzigen Krankenkasse aufweist. Die Durchführung der Krankenversicherung durch mehrere Krankenkassen hat in der Schweiz eine lange Tradition und hat sich auch unter dem Krankenversicherungsgesetz vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) bewährt. Mit der vollen Freizügigkeit wird der Bevölkerung der Schweiz eine uneingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Versicherers eingeräumt. Die Versicherten können sich entscheiden, ob sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen. Damit sind dem System wesentliche Wettbewerbselemente eigen, die auch die Anreize zu kosten dämpfenden Massnahmen fördern. Der Bundesrat will diese Wettbewerbselemente mit dem Ziel, die soziale Krankenversicherung effizienter zu gestalten, fördern. Eine Einheitskasse mit einer dreigliedrigen Führung, zusammengesetzt aus den Behörden, den Leistungserbringern und einer Interessenvertretung der Versicherten, wird angesichts der unterschiedlichen Interessenlagen unter stark divergierendem politischem Einfluss stehen. Der Bundesrat befürchtet, dass die unterschiedlichen Interessenlagen in der Leitung zu langwierigen Diskussionen führen könnten, die von den Bemühungen zur Kosteneindämmung oder zur Verbesserung des Kosten-Leistungs-Verhältnisses in der Krankenpflegeversicherung ablenken und de facto zu einer Handlungsunfähigkeit führen würden.

Die Übergangsregelung lässt viele Fragen offen, die innert der gesetzten Frist von drei Jahren kaum zu lösen sind. Namentlich fehlen Lösungsansätze für die Übertragung von Aktiven und Passiven von den bestehenden Krankenkassen auf die Einheitskasse. Nach Ansicht des Bundesrates ist auch eine Umstellung des Finanzierungssystems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach den Vorstellungen der Initiative nicht zweckdienlich. Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie kommen der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Einer in diesem Punkt vergleichbaren Vorlage, der Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben (Gesundheitsinitiative) », erteilte das Schweizer Stimmvolk im Mai 2003 eine deutliche Absage. Die heute klare Trennung zwischen der versicherungstechnischen Finanzierung einschliesslich der Solidarität zwischen den Geschlechtern, Jung und Alt sowie Gesund und Krank einerseits und den sozialpolitischen Korrekturen über die Prämienverbilligung andererseits würde aufgehoben. Dies in einer Zeit, da die geltende Finanzierung europaweit vor allem in Ländern mit einkommensabhängiger Finanzierung der Krankenversicherung auf grosses Interesse stösst und zum Vorzeigemodell für Reformen der sozialen Krankenversicherung geworden ist. Soweit das geltende System noch Lücken aufweist, werden diese laufend analysiert und korrigiert. Letztmals fand eine Korrektur zu Gunsten der Haushalte in bescheidenen und mittleren finanziellen Verhältnissen mit Kindern statt. Diese Änderung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft. Das angewandte Finanzierungsmodell hat sich durchaus bewährt und seine rasche Anpassungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Es bietet vor allem viele Möglichkeiten, Anreize zu kosten sparendem Verhalten der Versicherten und Leistungserbringer zu schaffen. Mit den besonderen Versicherungsformen (wählbare höhere Franchisen, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Bonusversicherung) haben der Gesetzgeber und in der Folge die Krankenversicherer davon Gebrauch gemacht.

Die Initiative lässt offen, inwieweit Gelder der öffentlichen Hand in die obligatorische Krankenpflegeversicherung fließen sollen. Jedenfalls macht eine Prämienverbilligung nach dem Kriterium der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten bei Prämien, die bereits nach der wirtschaftlichen Situation der Versicherten festgelegt sind, keinen Sinn mehr.

Auch wenn offen bleiben muss, wie die Initiative konkret umgesetzt würde, ist der Bundesrat überzeugt, dass die Initiative für das nach wie vor noch nicht befriedigend gelöste Kostenproblem in der Krankenversicherung keine Lösungsansätze bietet. Eine Lösung kann vielmehr durch eine gezielte Überprüfung der von der OKP zu bezahlenden Leistungen sowie durch eine weitere Senkung der Preise erreicht werden. Diese Linie wird durch eine Abfolge gezielter Massnahmen, die zum Teil schon wirksam sind, verfolgt und ist durch markante Schritte in den kommenden Jahren zu erweitern und zu vertiefen.

Verhandlungen

08.05.2006	NR	Beschluss nach Entwurf des Bundesrates.
15.06.2006	SR	Zustimmung.
23.06.2006	NR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen. (122:67)
23.06.2006	SR	Der Bundesbeschluss wird in der Schlussabstimmung angenommen. (34:6)

Im **Nationalrat** bezeichnete Kommissionssprecher Toni Bortoluzzi (V, ZH) die Initiative als falschen Weg um die Mängel im Gesundheitswesen zu beheben. Die Position der Versicherten würde mit einer Einheitskasse nicht gestärkt. Vielmehr verunmögliche diese die nötige verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems. Zudem habe das Volk die Einführung von einkommensabhängigen Prämien vor drei Jahren schon einmal klar abgelehnt. Als Sprecherin der Kommissionsminderheit warb Christine Goll (S, ZH) für die Initiative. Die zehnjährige Erfahrung mit dem Krankenversicherungsgesetz habe gezeigt, dass der vielgepriesene Wettbewerb unter den Krankenkassen versagt habe. Die Kassen seien zu den grössten Kostentreibern geworden, indem sie Millionen von Franken für Werbekosten aufwenden würden bei der Jagd nach guten Risiken. Die Umsetzung der Initiative, so Goll weiter, sei einfach. Im Sozialversicherungsbereich gebe es Modelle die gut funktionieren, wie etwa die AHV, die Arbeitslosenversicherung oder die Unfallversicherung mit der Suva. Die Prämien würden nach steuerbarem Einkommen und Vermögen festgelegt. Claude Ruey (RL, VD) zeigte sich im Namen der freisinnig-demokratischen Fraktion überzeugt, dass die Einheitskasse kein einziges Problem im Gesundheitswesen löse. Vielmehr verschlechtere ein solches Monopol das System, schränke die Freiheit der Versicherten ein und erhöhe die Ausgaben. Ruth Humbel (C. AG) vertrat als Sprecherin der CVP-Fraktion die Auffassung, dass mit dem vorgeschlagenen Prämiensystem die niedrigen Einkommen sowie der Mittelstand stärker belastet würden. Zudem sei eine Einheitskasse kostentreibend und führe in die Staatsmedizin. Gegenteiliger Meinung war Jacqueline Fehr (S, ZH), die im Namen der SP die Initiative unterstützte. Vor allem die mittleren Einkommen und die Familien würden von der Einheitskasse profitieren. Im Weiteren führe der Wettbewerb in der Grundversicherung zu absurden Verhaltensweisen der Kassen. In der ausgedehnten Debatte lehnten die bürgerlichen Fraktionen die Initiative ab. Von dieser Seite wurde auch befürchtet, dass ein Systemwechsel zu einer verstärkten Rationierung führe. Wenn der Staat sparen müsse, werde er direkt Einfluss auf die Leistungen einer Einheitskasse nehmen. Unterstützt wurde die Initiative von den Fraktionen der Grünen und der SP. Mit einer Einheitskasse - paritätisch geführt von den Kantonen, den Leistungserbringern und den Versicherten – statt rund 90 Krankenkassen in der Grundversicherung sowie der Abschaffung der Kopfprämien werde eine notwendige Weichenstellung im Gesundheitswesen vorgenommen. Der Rat entschied sich schliesslich mit 109 zu 61 Stimmen gegen das Begehren.

Im **Ständerat** verliefen die Fronten gleich wie im Nationalrat. Die Sprecherin der vorberatenden Kommission, Erika Forster-Vannini (RL, SG), empfahl die Ablehnung der Initiative, weil sie die falsche Antwort auf ein teilweise berechtigtes Unbehagen sei. Für Urs Schwaller (C, FR) ist sie kein taugliches Mittel um die steigenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen und Trix Heberlein (RL, ZH) zeigte sich überzeugt, dass das Volksbegehren direkt zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens führe. Bundesrat Pascal Couchepin warnte davor, dass eine Einheitskasse keine Effizienzsteigerung und wahrscheinlich vor allem höhere Kosten bringe. Zudem käme eine Abschaffung der Kopfprämien der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Unterstützung fand die Initiative im Ständerat einzig bei der SP. Gisele Ory (S, NE) argumentierte, dass mit einer Einheitskasse endlich die sinnlose Pseudokonkurrenz der rund 90 in der Grundversicherung tätigen Krankenkassen beendet werde. Im Weiteren schaffe die Initiative mehr Transparenz und senke die Verwaltungskosten. Die Abschaffung der teilweise nicht mehr tragbaren unsozialen Kopfprämien bringe mehr Gerechtigkeit und eine finanzielle Entlastung insbesondere für

Familien und ältere Menschen. Anita Fetz (S, BS) kritisierte einen mit sieben Millionen Franken dotierten Politfonds der Schweizer Krankenversicherer Santésuisse, der mit Prämiegeldern gespiessen wurde. Christoffel Brändli (V, GR), Präsident der Santésuisse, bestätigte, dass ein Teil dieses Fonds für den Abstimmungskampf gegen die Einheitsinitiative verwendet werden soll. Der Ständerat beschloss sodann mit 31 zu 7 Stimmen, die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen.

3. Condensé des délibérations

05.089 Pour une caisse-maladie unique et sociale. Initiative populaire

Message du 9 décembre 2005 concernant l'initiative populaire "Pour une caisse-maladie unique et sociale" (FF 2006 725)

Situation initiale

L'initiative populaire «Pour une caisse maladie unique et sociale» a été lancée par le Mouvement Populaire des Familles (MPF), actif en Suisse romande, et par des milieux de gauche et des milieux écologistes du reste de la Suisse. Elle est centrée sur deux exigences:

- l'institution par la Confédération d'une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins en lieu et place des 85 caisses-maladie qui la pratiquent aujourd'hui;
- la fixation des primes en fonction de la capacité économique des assurés.

A cette fin, l'initiative demande une modification de l'actuel art. 117 de la Constitution (al. 3) et l'ajout d'une disposition transitoire correspondante (art. 197, ch. 2). Par leur revendication, les auteurs de l'initiative visent un complet changement de cap de l'assurance obligatoire des soins.

De l'avis du Conseil fédéral, un tel changement de cap ne s'impose pas. Le Conseil fédéral pense au contraire qu'un système composé d'une pluralité d'assureurs dans l'assurance-maladie sociale présente d'évidents avantages par rapport à une situation de monopole avec une seule caisse-maladie. La pratique de l'assurance-maladie par plusieurs assureurs-maladie a une longue tradition dans notre pays, et elle a également fait ses preuves sous le régime de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Avec un libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté de choix sans restriction de son assureur. Les assurés peuvent décider s'ils souhaitent continuer à s'assurer pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) auprès de la caisse qui les couvrait jusque là ou changer d'assureur. Le système actuel comporte des éléments de concurrence non négligeables qui incitent à prendre des mesures de maîtrise des coûts. Le Conseil fédéral souhaite favoriser les éléments de concurrence afin de rendre l'assurance-maladie sociale plus efficiente.

Une caisse unique avec une gestion tripartite, composée des autorités, des fournisseurs de prestations et d'une représentation des intérêts des assurés demeurera, du point de vue des différents intérêts, sous une forte influence politique divergente. Le Conseil fédéral redoute que la diversité des intérêts représentés au niveau de la gestion ne conduise à d'intenses discussions qui diminueront les efforts visant à maîtriser les coûts ou à améliorer le rapport coûts/prestations dans l'assurance-maladie. La réglementation transitoire laisse ouvertes de nombreuses questions qui ne pourront sans doute pas être résolues dans le délai légal de trois ans. Font notamment défaut des indications de solution pour la reprise des actifs et passifs des caisses-maladie existantes par la caisse unique.

De l'avis du Conseil fédéral, il n'est pas non plus opportun d'envisager un changement du système de financement de l'assurance obligatoire des soins tel que l'imaginent les auteurs de l'initiative. L'introduction de primes en fonction de la capacité économique des assurés, et donc la suppression de la prime individuelle indépendante du revenu et de la fortune, reviendrait à créer un nouvel impôt sur le revenu et sur la fortune. Un projet comparable sur ce point, l'«initiative-santé», a été massivement rejeté par le peuple suisse en mai 2003. La nette séparation actuelle entre, d'une part, le financement actuariel qui intègre la solidarité entre les sexes, entre personnes jeunes et personnes âgées et entre malades et personnes en bonne santé et, d'autre part, les correctifs de politique sociale au moyen de la réduction des primes serait abolie. Le financement actuel suscite un grand intérêt dans toute l'Europe, notamment dans les pays connaissant un financement de l'assurance-maladie en fonction du revenu, et est considéré comme un exemple dans le cadre des réformes de l'assurance-maladie sociale. Les insuffisances que peut encore présenter le système actuel sont analysées et corrigées au fur et à mesure qu'elles sont mises au jour. La dernière révision en date a été réalisée en faveur des ménages de condition modeste ou moyenne avec enfants. Cette modification entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Le modèle de financement appliqué a pleinement fait ses preuves et démontré ses rapides facultés d'adaptation. Il offre surtout de nombreuses possibilités d'inciter les assurés et les fournisseurs de prestations à adopter des comportements visant à économiser des coûts. Le législateur et par suite les assureurs-maladie ont fait usage des formes particulières d'assurance (franchises à option, choix limité des fournisseurs de prestations et bonus).

L'initiative laisse la question ouverte de savoir dans quelle mesure les moyens financiers des pouvoirs publics doivent être accordés. De toute manière, une réduction suivant le critère de la capacité économique des assurés pour des primes qui sont déjà fixées selon ce principe n'a plus aucun sens.

Même si l'on ne sait pas encore comment l'initiative serait mise en oeuvre concrètement, le Conseil fédéral est convaincu qu'elle n'offre aucune solution au problème de coûts qui continue de se poser dans l'assurance-maladie. La solution viendra bien davantage d'une révision ciblée des prestations payées, associée à une poursuite de la baisse des prix. L'approche ainsi adoptée, qui se traduit par une série de mesures ciblées dont plusieurs produisent déjà des effets, devra être élargie et approfondie par des démarches marquantes dans les années qui viennent. Le Conseil fédéral considère qu'il faut poursuivre les objectifs fixés lors de l'introduction de la LAMal en s'attachant d'abord à consolider le système. Dans le cadre de cette consolidation, les mesures prises pour maîtriser les coûts doivent être optimisées par un renforcement des incitations économiques et une élimination des incitations dommageables. Les corrections nécessaires doivent être apportées dans le cadre de la réforme que le Conseil fédéral a lancée en 2004 et qui a déjà été en partie adoptée. Pour toutes ces raisons, le Conseil fédéral propose de rejeter l'initiative populaire «Pour une caisse maladie unique et sociale» sans lui opposer de contre-projet.

Délibérations

08.05.2006	CN	Décision conforme au projet du Conseil fédéral.
15.06.2006	CE	Adhésion.
23.06.2006	CN	L'arrêté est adopté en votation finale. (122:67)
23.06.2006	CE	L'arrêté est adopté en votation finale. (34:6)

Au **Conseil national**, le rapporteur de la commission Toni Bortoluzzi (V, ZH) a estimé que l'initiative déposée ne permettra pas de résoudre les problèmes actuellement posés par le système de santé. Loin de renforcer la position des assurés, l'instauration d'une caisse unique devrait, selon lui, entraver considérablement l'évolution du système de santé vers un système concurrentiel. Quant à la proposition concernant le calcul des primes en fonction de la capacité économique des assurés, il a rappelé qu'une proposition similaire avait déjà été clairement rejetée par le peuple il y a de cela 3 ans. De son côté, Claude Ruey (RL, VD) s'est dit également convaincu, tout comme le groupe radical-libéral auquel il appartient, que la caisse-maladie unique est un leurre et qu'en aucun cas, elle ne permettra de résoudre les difficultés auxquelles est confronté le système de santé. Selon lui, instaurer un tel monopole dans le cadre des caisses-maladie contribuerait au contraire à aggraver la situation, à restreindre la liberté de choix des assurés et à augmenter les dépenses. Ruth Humbel (C, AG), porte-parole du groupe PDC, a, quant à elle, estimé que le système de primes proposé alourdirait encore la charge grevant les revenus modestes et ceux de la classe moyenne. Elle a ajouté qu'une caisse de santé unique accentuerait les dépenses et conduirait à instaurer une médecine d'État. À l'opposé, Christine Goll (S, ZH), porte-parole de la minorité de la commission, s'est prononcée en faveur de l'initiative. Elle considère en effet que les expériences faites depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie montrent que la concurrence censée être inhérente au système actuel - et qui a été tant vantée par les partisans de ce système - n'existe pas : en investissant des millions de francs dans la publicité pour attirer les clients représentant un « bon risque », les caisses ont en fait contribué à faire exploser les coûts de la santé. Pour Christine Goll, l'application de l'initiative serait simple, étant donné qu'il existe déjà des modèles fonctionnant parfaitement dans le cadre des assurances sociales, comme c'est le cas pour l'AVS, l'assurance chômage ou l'assurance-accidents de la SUVA et que les primes devraient être calculées en fonction du revenu imposable et de la fortune des assurés. De même, Jacqueline Fehr (S, ZH) a apporté son soutien et celui du Parti socialiste à l'initiative, estimant que le système de santé proposé serait avantageux tant pour les revenus modestes que pour les familles. Elle a, elle aussi, souligné que la concurrence en matière d'assurance de base conduit souvent à des comportements aberrants de la part des caisses d'assurance. Au cours du long débat engagé sur les propositions de l'initiative, les groupes parlementaires bourgeois ont rejeté cette initiative, craignant qu'un changement de système conduise à faire des économies sur le dos des assurés. En effet, dans un système tel que celui proposé par l'initiative, si l'État devait être contraint de réduire la voilure en matière de dépenses, il couperait nécessairement dans les prestations de la caisse-maladie unique. Le groupe des Verts et celui du Parti socialiste ont en revanche apporté leur soutien à l'initiative ; selon eux, créer une caisse de santé unique gérée paritairement par les cantons, les prestataires des services et les assurés en lieu et place des 90 caisses existantes, et supprimer le système des primes par tête revient à prendre un tournant nécessaire en matière de santé publique. La chambre a finalement rejeté l'initiative par 109 voix contre 61.

Au **Conseil des États**, les positions adoptées ont été les mêmes qu'au Conseil national. La porte-parole de la commission chargée de l'examen de l'initiative, Erika Forster-Vannini (RL, SG) a recommandé de rejeter l'initiative au motif que cette dernière ne constituait pas une réponse appropriée aux préoccupations actuelles. Urs Schwaller (C, FR) lui a emboîté le pas, considérant lui

aussi que la solution proposée est inadéquate car elle ne permet pas de maîtriser la croissance des dépenses de santé. Pour sa part, Trix Heberlein (RL, ZH) a ajouté que cette initiative populaire conduirait inmanquablement à une étatisation du système de santé. Enfin, le conseiller fédéral Pascal Couchepin a souligné que la création d'une caisse de santé unique risquait fort de générer des coûts supplémentaires sans pour autant apporter une réelle amélioration au niveau de l'efficacité du système. Il a estimé également que la suppression de la prime par tête reviendrait à instaurer de nouveaux impôts sur le revenu et sur la fortune. L'initiative a toutefois été soutenue par un parti, le Parti socialiste. Gisèle Ory (S, NE) a ainsi affirmé que la création d'une caisse unique aurait plusieurs avantages : non seulement elle permettrait de mettre fin à la pseudo-concurrence que se livrent les 90 caisses-maladie présentes sur le marché suisse, mais elle contribuerait également à clarifier quelque peu le système et à réduire les frais administratifs. En outre, la suppression des primes par tête, devenues socialement trop lourdes à porter, allégerait la charge financière supportée par les familles et par les personnes âgées et garantirait la mise en place d'une assurance santé plus équitable. Anita Fetz (S, BS) a, pour sa part, critiqué l'attribution de sept millions de francs au fonds Politique de l'assureur maladie Santésuisse, dénonçant notamment le fait que ce financement est prélevé sur les primes versées par les assurés. Le président de Santésuisse, Christoffel Brändli (V, GR) a par la suite confirmé qu'une partie de ce fonds est destinée à financer la campagne contre l'initiative en vue des votations. Le Conseil des États a finalement décidé de recommander le rejet de l'initiative par 31 voix contre 7.

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale

Nationalrat – Conseil national

2006

Maisession – 12. Tagung der 47. Amtsdauer
Session de mai – 12^e session de la 47^e législature

Erste Sitzung – Première séance

Montag, 8. Mai 2006

Lundi, 8 mai 2006

14.30 h

05.089

Für eine soziale Einheitskrankenkasse. Volksinitiative

Pour une caisse-maladie unique et sociale. Initiative populaire

Erstrat – Premier Conseil

Botschaft des Bundesrates 09.12.05 (BBI 2006 735)
Message du Conseil fédéral 09.12.05 (FF 2006 725)

Nationalrat/Conseil national 08.05.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Bortoluzzi Toni (V, ZH), für die Kommission: Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» wurde am 9. Dezember 2004 mit 111 154 gültigen Unterschriften eingereicht. Mit ihr werden zwei Ziele verfolgt: Erstens soll die Krankenkassenvielfalt in der Grundversicherung durch eine vom Bund geführte Einheitskrankenkasse abgelöst werden; zweitens soll die bisher gültige Teilfinanzierung der versicherten Grundleistungen anhand eines Kopfprämien-systems durch eine Prämie nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ersetzt werden. Das kurz, in zwei Punkten dargestellt, das Begehren dieser Initiative.

Die medizinische Grundversorgung, welche in unserem Land durch 26 kantonale Versorgungshoheiten und ein eidgenössisches Krankenversicherungsgesetz geregelt ist, hat in den vergangenen Jahren nicht in allen Teilen befriedigt. Während sich die Versorgung und die Solidarität im System als funktionstüchtig erweisen, musste eine Mengenausweitung hingenommen werden, die mit der Grundversorgung allein nicht begründet werden kann. Die Kostenentwicklung mit stark steigenden Prämien war die Folge davon. Das ist eine Entwicklung, die nach Änderungen ruft. So ist es nicht erstaunlich, dass wir uns in kurzer Folge mit Volksinitiativen auseinander zu setzen haben und gleichzeitig versuchen, im

Parlament mit eigenen Ideen und Vorlagen aus dem Bundesrat der unangenehmen Entwicklung Einhalt zu gebieten. So gesehen muss jeder Initiative mit Verständnis begegnet werden, und es erfolgt eine genaue Prüfung der vorgeschlagenen Anliegen.

Die Kommission bezeichnet das vorliegende Begehren aufgrund der eingehenden Prüfung als den falschen Weg, um die unbestrittenermassen vorhandenen Mängel im Gesundheitssystem einer Besserung zuzuführen. Mit der Initiative wird eine Grundsatzfrage gestellt: Soll bei der Richtungskorrektur des Systems der Weg einer klar staatlich gelenkten und durchgeplanten Gesundheitsvorsorge eingeschlagen werden oder soll in die Richtung der bundesrätlichen Vorschläge und im Wesentlichen auch in die Richtung der Prämiensenkungsinitiative der SVP gegangen werden?

Die Schwäche des heutigen Systems mit einer unklaren konzeptionellen Ausrichtung unserer Gesundheitsversorgung ist erkannt: Es ist weder Fisch noch Vogel, und das ist doch in allen Kreisen weitgehend unbestritten. Wir haben Leistungserbringer und Versicherte, die sich ohne wirksame wirtschaftliche Kontrolle in diesem Feld tummeln und Versorgung verschreiben respektive konsumieren. Niemand ist wirklich zuständig und in der Lage, die Leistungen auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen, wie es das Gesetz vorschreibt, und sie vergleichbar zu machen, geschweige denn, sie durchzusetzen.

Die Kommission ist allerdings der Überzeugung, dass dem Hauptproblem nicht mit einer Einheitskasse begegnet werden kann. Die Initianten gehen davon aus, und sie behaupten das auch, dass mit dem Schritt hin zur Einheitskrankenkasse die Position der Versicherten gestärkt und die Rolle der Krankenkassen eine Schwächung erfahren würde.

Meiner Meinung nach werden die Kassen aufgrund der Initiative weder geschwächt noch gestärkt, sondern beseitigt. Der Weg zu einer Einheitskrankenkasse ist klar damit verbunden, dass in der Grundversorgung alle anderen Anbieter verschwinden. Konsumenten werden ja in der Regel nicht gestärkt, wenn man ihnen, wie das mit der Initiative passiert, die Angebotsvielfalt wegnimmt und diese durch ein einziges verbleibendes Produkt ersetzt.

Man kann den Kassen heute vorwerfen, dass sie zu einheitlich ausgerichtet sind und die Möglichkeiten, die sie hätten, zu wenig ausschöpfen; das ist sicher nicht ganz unberechtigt. Allerdings – und hier muss sich der Gesetzgeber den Vorwurf gefallen lassen – ist der unternehmerische Spielraum für die Kasse durch das Gesetz eng beschränkt. Er ist so eng, dass es sich kaum lohnt, kreativ zu sein. Es ist beispielsweise nach wie vor noch längst nicht allen klar – und vielleicht auch hier im Saal nicht –, dass Krankenkassen in der Grundversicherung kein Geld verdienen dürfen. Statt nun den Kassen den Handlungsspielraum kontrolliert zu öffnen, den Versicherungen die Möglichkeit zu geben, die Inter-

essen der Versicherten sicht- und spürbar unterschiedlich wahrzunehmen, schlägt die Initiative vor, die Kassen abzuschaffen und durch eine einzige, einheitliche Kasse zu ersetzen.

Dass nun damit der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer gestärkt werden soll, wie die Initianten sagen, ist nicht nachvollziehbar. Im Falle einer Erkrankung ist der Betroffene selbst kaum befähigt, sich aus einer starken Position heraus zu behaupten. Krankenkassen sind nicht allein der Solidarität verpflichtete Ausgleichskassen, also finanzielle Ausgleichsinstrumente, sondern auch Interessenvertreter ihrer Versicherten gegenüber den Leistungserbringern. Solche Elemente müssen ausgebaut und gestärkt werden. Vergleichbare Qualitäts- und Kostenkontrolle ist angesagt und gefordert. Eine Einheitskrankenkasse brächte diesbezüglich eine Fehlentwicklung, welche eine verstärkte wettbewerbliche Ausrichtung unseres Gesundheitswesens weitgehend verunmöglichen würde.

Nebst der Einführung der Einheitskrankenkasse sieht die Initiative auch die Ablösung der Kopfprämien durch eine der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten entsprechende Prämie vor. Ich möchte dazu nicht mehr allzu viel ausführen. Es ist meines Erachtens zu bedauern, dass nur gut ein Jahr nach der deutlichen Ablehnung einer Initiative mit gleicher Stossrichtung durch die Stimmbevölkerung bereits wieder eine Initiative mit ähnlichem Inhalt auf den Tisch gebracht wurde.

Bei dieser Initiative muss man wie bei der letzten davon ausgehen, dass regionale oder kantonale Unterschiede ausgeklammert werden. Das würde heissen, dass die günstigeren Ostschweizer Versicherten in einer neuen Art Finanzausgleich das teure Gesundheitswesen der Westschweiz auszugleichen hätten. Eine Prämienbelastung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit stellt auch das System der wählbaren Franchisen und das Prämienverbilligungssystem infrage.

Die Kommission beantragt Ihnen mit 15 zu 10 Stimmen, die Initiative abzulehnen und damit dem Antrag mit ablehnender Empfehlung der Volksinitiative zuzustimmen.

Meyer Thérèse (C, FR), pour la commission: L'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» a été lancée par le Mouvement populaire des familles, actif en Suisse romande, les Verts, l'association de défense des retraités AVIVO, le syndicat des médias Comedia, le Parti suisse du travail, les Jeunes socialistes, ainsi que les sections vaudoise, genevoise et du Valais romand du Parti socialiste; elle est soutenue par le Parti socialiste suisse.

Elle est centrée sur deux exigences. Premièrement, l'institution par la Confédération d'une caisse-maladie unique pour l'assurance obligatoire des soins en lieu et place des 85 caisses-maladie qui la pratiquent aujourd'hui. Deuxièmement, la fixation des primes en fonction de la capacité économique des assurés.

La caisse-maladie unique serait gérée par des représentants des fournisseurs de prestations, de l'Etat et des assurés. Le texte prévoit en outre un passage des actifs et des passifs des assureurs à la caisse unique dans un délai de trois ans.

Dans son message du 9 décembre 2005, le Conseil fédéral propose de rejeter l'initiative populaire sans y opposer de contre-projet. Il estime qu'une caisse-maladie unique ne permettrait pas de maîtriser les coûts. Il rejette aussi l'idée de fixer des primes basées sur le revenu et la fortune. Il faut signaler que l'initiative «La santé à un prix abordable (initiative-santé)» a été rejetée à une écrasante majorité par le peuple et les cantons lors de la votation populaire du 18 mai 2003.

La commission a examiné cet objet à sa séance du 16 février 2006. Elle a entendu le représentant des initiants, ainsi que les représentants des cantons et des assureurs-maladie. Elle a aussi examiné une proposition de contre-projet direct rédigé par la Fédération des médecins suisses, présenté par notre collègue Guisan, et deux propositions de

contre-projet indirect soutenues par Messieurs Guisan et Robbiani.

A l'issue de ses travaux, la commission a pris, par 15 voix contre 10, la décision de suivre le Conseil fédéral et de rejeter l'initiative. Elle vous invite à en faire autant.

Le contre-projet direct a été largement rejeté par la commission par 14 voix contre 1 et 9 abstentions. Il visait à introduire dans la Constitution un mandat de la Confédération aux caisses-maladie d'assumer la gestion de l'assurance-maladie sociale en collaboration avec les cantons, les fournisseurs de prestations et les patients dans une structure démocratique et de les obliger à se consacrer exclusivement à l'assurance-maladie.

Le contre-projet indirect de notre collègue Robbiani demandait le maintien d'une pluralité de caisses-maladie avec réduction de leur fonction à des caisses de paiements et l'introduction de primes unifiées au plan cantonal.

Le contre-projet indirect de notre collègue Guisan demandait des négociations partenariales au niveau tarifaire entre tous les partenaires pour assurer une amélioration du rapport coûts/efficacité et il prévoyait la limitation stricte de l'activité des caisses-maladie à l'assurance-maladie et accidents sociale. Il a été rejeté par 13 voix contre 9 et 3 abstentions.

La majorité de la commission propose de rejeter l'initiative populaire principalement pour les raisons suivantes.

Pour le volet caisse-maladie unique, la majorité de la commission reconnaît que le système suisse de santé est l'un des plus performants du monde, bien qu'il mérite des améliorations dans la maîtrise des coûts, la chasse aux bons risques et la transparence. La loi et les ordonnances permettent maintenant au Conseil fédéral d'exiger cette transparence et nous attendons de lui qu'il le fasse.

Selon l'avis de la majorité de la commission, le système de la caisse-maladie unique n'a pas fait ses preuves dans les pays qui le pratiquent. On a constaté les problèmes suivants: trous financiers pour les caisses publiques et obligation de souscrire à des compléments d'assurance en France; rationnement des soins en Grande-Bretagne; mauvaise couverture médicale et rationnement au Canada; apparition très rapide d'une médecine à deux vitesses privilégiant très fortement les personnes qui ont des moyens financiers. Ainsi, ni la maîtrise des coûts, ni la qualité des soins, ni l'accès pour tous ne sont mieux garantis par le système proposé.

Le système actuel, qui doit être amélioré sur les points évoqués plus haut, qui comporte encore un peu de concurrence dans les produits proposés, le service et, surtout, qui permet avec les franchises d'instituer une part de responsabilité personnelle vis-à-vis de la demande en soins, est jugé globalement meilleur par la majorité de la commission. Ce système permet un libre passage qui met tout de même sous pression les prestataires d'assurance-maladie sociale. La responsabilité qui doit être partagée vraiment équitablement entre tous les partenaires engendre une lourdeur dans la gestion, car nous aurions, en nombre égal, dans le conseil d'administration et le conseil de surveillance de la caisse-maladie unique, des représentants des fournisseurs de prestations, de l'Etat et des assurés. Cela complique la prise des décisions.

La question des coûts de mutation et de marketing a été spécialement examinée par la commission. Les initiants annonçaient un coût de 1000 francs par changement de caisse-maladie et on en évalue le nombre à 200 000 à 250 000 par an, avec un chiffre un peu plus important en 2003, soit 350 000, qui est redescendu à 200 000 en 2005/06. Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui se base, il est vrai, sur des données de Santéuisse, on annonce des frais de mutation de 100 francs en moyenne par mutation, pour un total de 21 millions de francs en 2006. Le montant de 100 millions avancé par l'OFSP comprend la couverture des frais de marketing et de publicité, alors que les assureurs-maladie livrent un montant global de 170 millions de francs pour le poste «Marketing, publicité et mutations» qui comprend aussi le salaire des agents internes au

sein des sociétés. Ces montants sont loin des 300 à 350 millions de francs annoncés initialement.

Je répète que le montant total des primes de l'assurance-maladie sociale est d'environ 19 milliards de francs par année actuellement.

Pour le volet primes selon la capacité économique, la majorité de la commission rappelle l'échec populaire cinglant de 2003. Les initiants parlent de plafonnement possible vers le haut, ce qui ne ferait que charger les personnes les plus modestes, avec des incidences négatives jusqu'aux revenus qui avoisinent les 80 000 francs. Un calcul simple impliquerait d'instituer une prime linéaire d'au moins 6 pour cent pour couvrir les coûts, ce qui chargerait plus qu'actuellement les personnes à revenu modeste. Il serait impossible de faire appel à des subventions étatiques parce que ce serait inéquitable, puisque les personnes qui contribueraient le plus passeraient une deuxième fois à la caisse par le biais des impôts. Lors de la précédente votation, le peuple l'a très bien compris.

D'autre part, ce système tendrait à faire augmenter le total des coûts par abandon des franchises, système qui stimule la responsabilité individuelle.

Une minorité de dix membres de la commission propose d'accepter l'initiative populaire. Vous entendrez les arguments de la députée qui l'emmène, Madame Goll. Ses arguments rejoignent ceux des initiants.

Les contre-projets directs et indirects comportaient certains éléments intéressants, mais la commission n'a pas été convaincue de l'amélioration apportée par ces dispositions, spécialement à cause de la difficulté d'une représentation démocratique qui ferait participer à la négociation des personnes ayant des intérêts complètement divers et qui pourrait ralentir fortement la prise de décision. D'autre part, les conséquences d'une séparation complète de l'assurance-maladie sociale d'avec les autres branches de l'assurance ne présentent pas un grand avantage pour les assurés.

La majorité de la commission vous demande donc de rejeter l'initiative populaire par 15 voix contre 10. Je vous invite à la suivre.

Goll Christine (S, ZH): Bei der Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» geht es um mehr politische Steuerung, um Transparenz, um Kostenkontrolle und um ein bezahlbares und gutes Gesundheitswesen für alle. Das ist wichtig und gut so, denn der Bundesrat und die bürgerlichen Parteien überbieten sich derzeit mit Wettbewerbs- und Privatisierungsforderungen im Gesundheitswesen. Das führt zu einem amerikanisierten Gesundheitsmarkt, und ein solcher Markt würde dann eben auch ganze Bevölkerungsteile von der medizinischen Versorgung ausgrenzen.

Immer mehr Leute fragen sich, weshalb es in der Schweiz so viele Krankenkassen braucht, wenn doch alle die gleichen Leistungen anbieten und auch anbieten müssen und wenn alle Krankenkassen alle in der Schweiz wohnhaften Personen aufnehmen müssen. Immer mehr Versicherte ärgern sich auch über die mangelnde Informationspolitik ihrer Krankenkasse, und sie fragen sich zuweilen Ende Jahr, weshalb sie jetzt wieder ungefragt eine teure private Zusatzversicherung oder eine höhere Franchise auf ihrem Versicherungsausweis vorfinden. Sie haben vor allem genug von der alljährlichen «Kassenwechselbürokratie», weil diese nicht nur viel Ärger und Aufwand, sondern meistens auch gar nichts bringt, denn im nächsten Jahr ist der Wechsel bereits wieder fällig.

Vor zehn Jahren trat das KVG in Kraft, und die grösste sozialpolitische Errungenschaft ist das Krankenkassenobligatorium, denn es garantiert allen Personen mit Wohnsitz in der Schweiz eine hochstehende medizinische Gesundheitsversorgung, unabhängig vom Geschlecht, unabhängig von der Einkommenssituation, vom Alter, vom Gesundheitszustand oder vom Aufenthaltsstatus in der Schweiz. Und wir, wir wollen, dass das so bleibt.

Zehn Jahre nach der Einführung des KVG ist auch klar: Der vielgepriesene Wettbewerb unter den Krankenkassen hat versagt bzw. er hat gar nie im Interesse der Versicherten

existiert. Wir haben heute in der Schweiz noch 87 Krankenkassen, und diese sind inzwischen zu den grössten Kostentreibern geworden. Die Krankenkassen verschleudern Werbemillionen auf ihrer Jagd nach den guten Risiken, also den jungen, gesunden und internetgewandten Männern. Sie verursachen hohe Verwaltungskosten, und sie bezahlen unverschämt hohe Managersaläre: Denken wir beispielsweise daran, dass ein Krankenkassenmanager weit mehr verdient als eine Bundesrätin. Die Krankenkassen funktionieren intransparent, und sie handeln heute klar illegal, wenn sie ältere oder kranke Menschen, die einen Kassenwechsel vornehmen wollen, ausgrenzen. Gleichzeitig schauen der Bundesrat und das BAG tatenlos zu, obwohl sie von Gesetzes wegen verpflichtet wären, die Aufsicht über die Krankenkassen auszuüben.

Wie kann die Volksinitiative umgesetzt werden? Das ist eine sehr einfache Sache. Zum ersten Element, die Organisation der Einheitskrankenkasse für die Grundversicherung: Die Schweiz kennt im Sozialversicherungsbereich bereits gut funktionierende Modelle, etwa die AHV, die Arbeitslosenversicherung oder auch die Unfallversicherung mit der Suva. Die Volksinitiative schreibt ja vor, dass der Bund für das ganze Land eine einzige Versicherung einrichten muss, und das könnte man machen, indem kantonale Einheiten gebildet werden. Mit einem Stellenabbau ist nicht zu rechnen, weil die Versichertendossiers weiterbetreut werden müssen. Auch das zweite Element der Volksinitiative lässt sich einfach in die Praxis umsetzen: Die Prämien müssen nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ausgestaltet werden, das heisst, sie können, versehen mit einem Sozialziel im Gesetz, aufgrund des steuerbaren Einkommens und Vermögens erhoben werden. Das ist kein Novum, denn das existiert heute bereits im Prämienverbilligungssystem.

Deshalb: Räumen wir auf mit den «kranken Kassen» und ihren Profiteuren, denen die alljährlich steigenden Krankenkassenprämien egal sind!

Rossini Stéphane (S, VS): La discussion sur la caisse-maladie unique est l'occasion de porter un regard sur différents éléments du fonctionnement du système de santé. Mis à part les oppositions idéologiques qui sous-tendent inévitablement un tel débat, un certain nombre de faits constituent la réalité et nous devons avoir le courage de les appréhender.

Le groupe socialiste n'entend plus accepter que l'écart entre la prime la plus basse et la plus élevée dépasse 100 ou 120 francs par mois, dans le même canton, et pour des prestations identiques. Nous ne voulons plus accepter le décalage entre la fixation du montant des primes et l'évolution des coûts. Nous ne voulons plus tolérer le fait qu'une partie des primes n'a rien à voir avec le financement des coûts inhérents au fonctionnement de l'assurance-maladie, que les primes comportent une part d'arbitraire ou servent à financer des opérations de marketing au détriment des assurés. Nous ne voulons plus nous laisser bernier et accepter que les caisses-maladie pratiquent illégalement – mais avec le soutien, ou en tout cas sans contestation, de la part des autorités concernées – la sélection des risques. Nous ne voulons plus de ce système inégal en matière d'aide aux assurés économiquement modestes de notre pays, en fonction de leur domicile et surtout de la répartition de la manne financière à disposition des cantons. La logique de la concurrence dans le secteur de la santé comporte de grands risques d'exclusion, une exclusion que beaucoup veulent encourager. Dans ce contexte, nous entendons défendre celles et ceux qui pourraient être les victimes du rationnement dans le domaine de la santé.

Nous ne voulons pas d'une médecine à deux vitesses pour les patients, à savoir d'un système dans lequel des patients ne pourront bénéficier que de l'assurance obligatoire des soins et dans lequel des patients pourront s'offrir des assurances complémentaires. Nous ne voulons pas d'un système à deux vitesses, à savoir de caisses-maladie à deux vitesses lorsque nous aurons levé l'obligation de contracter, puisque cela est contenu dans le programme des partis

bourgeois et sous-tend la volonté des caisses-maladie. Nous ne voulons plus non plus de médecins d'hôpitaux, de fournisseurs de prestations à deux vitesses en fonction du fait qu'ils sont ou ne sont pas reconnus par les caisses-maladie.

Il existe suffisamment d'arguments pour envisager aujourd'hui une nouvelle piste en matière de gestion du système de santé. Les raisons de soutenir le principe d'une caisse-maladie unique sont pour nous nombreuses.

D'abord, nous pensons qu'il faut simplifier un système devenu trop complexe. Encore près de 90 caisses d'assurance-maladie, 26 cantons pour piloter le système, plus la Confédération, et tout cela pour à peine plus de 7 millions d'habitants, c'est trop compliqué! Nous voulons mettre fin aux inégalités de traitement dont sont victimes les assurés. Nous voulons un partenaire fort dans le domaine de la régulation, car la concurrence n'a jamais résolu le problème de l'augmentation des coûts, ni celui de l'augmentation des primes, ni la question de la solidarité. Nous voulons mettre fin à l'arbitraire et à la part importante d'arbitraire qui sous-tend les primes et supprimer par conséquent le décalage entre l'évolution des coûts et celle des primes. Nous voulons mettre fin aussi à la pratique illégale de la sélection des risques. Nous voulons simplifier le système également dans le domaine de la compensation des risques parce que nous sommes en train d'inventer des modèles tous plus compliqués les uns que les autres avec des arguments qui sous-tendent ou qui devraient sous-tendre un système de caisse-maladie unique. Nous voulons aussi ne plus avoir à débattre sans cesse de la problématique des réserves. Nous voulons un système qui soit visible, lisible par les assurés, sans quoi la concurrence ne fonctionne pas. Enfin, nous voulons qu'il reste dans ce secteur un véritable défenseur des citoyens et des assurés.

Ce que nous promettent les caisses-maladie dans un avenir proche, c'est la suppression de l'obligation de contracter, ce sont la réduction du catalogue des prestations financées par l'assurance de base au profit de celui des assurances complémentaires et l'augmentation des primes selon l'âge. Tous ces éléments ne relèvent pas de la solidarité. Ils vont à l'encontre de la justice sociale, et cela nous ne saurions le tolérer.

Je terminerai avec une petite correction matérielle, puisque les deux rapporteurs ont évoqué soit la question d'une prime pour toute la Suisse, soit la question de la suppression des franchises. Je tiens à préciser que le texte de l'initiative ne prévoit absolument pas ces deux éléments qui ont été mentionnés de manière erronée par les rapporteurs.

Fehr Jacqueline (S, ZH): Die Schweiz hat ein gutes, aber teures Gesundheitswesen. Die obligatorische Krankenversicherung ist ein enormer sozialer Fortschritt; sie hat den Zugang zu einer medizinisch hochstehenden Grundversorgung für alle Bevölkerungsteile gebracht. Das soll auch so bleiben. Die Bilanz nach zehn Jahren KVG zeigt aber auch grosse Schwächen des Systems. Die zwei grössten Schwächen sind einerseits die Kassenlandschaft mit 90 sich konkurrierenden Kassen in der Grundversicherung und andererseits die Finanzierung der Grundversicherung über Kopfprämien. Statt diese Schwächen zu beheben, versucht man krampfhaft, die Schwächen mit zwei Krücken zu mildern. Als Krücken dienen der Risikoausgleich und das unendlich komplizierte System der Prämienverbilligung.

Zuerst zur Kassenlandschaft: Die Grundversicherung muss per Gesetz für alle Menschen die gleichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen anbieten. Wer hier Wettbewerb propagiert, sagt Ja zur Risikoselektion. Das Anwerben von sogenannten guten Risiken – also jungen, gesunden Menschen – und das Loswerden von schlechten Risiken sind die einzigen Möglichkeiten der Kassen, gegenüber ihrer Konkurrenz besser dazustehen. Alle anderen Anreize laufen ins Leere. Vor allem lohnt es sich nicht, in die Kostensenkung zu investieren, da die anderen Kassen ohne diese Investitionen im gleichen Masse davon profitieren würden. Statt anzuerkennen, dass Wettbewerb in der Grundversicherung zu ab-

surden Verhaltensweisen führt, versuchen wir mit einem immer komplizierteren Risikoausgleich die Jagd auf gute Risiken einzuschränken. Die Kassen werden darauf ihrerseits mit immer ausgefeilteren Strategien reagieren und noch mehr Geld in die Risikoselektion investieren.

Die zweite grosse Schwäche des Systems liegt in dessen Finanzierung. Die Prämienlast drückt, die Versicherten fühlen sich ausgeliefert, weil sie stets höhere Prämien bezahlen müssen, selbst wenn sie sich kostenbewusst verhalten. Das Wechseln zu günstigeren Kassen wird als Kosmetik empfunden, da günstige Kassen ein Jahr später meist ebenso teuer sind wie die alten Kassen. Immer mehr Menschen haben von diesem Geschwätz von Wettbewerb und Wahlfreiheit die Nase voll. Mit Kopfprämien ist eine soziale Krankenversicherung nicht zu finanzieren. Das hatten sogar die grössten Wettbewerbsdogmatiker gemerkt. Deshalb wurde mit der Prämienverbilligung die zweite Krücke eingeführt. 26 unterschiedliche kantonale Systeme und ein ungeheurer bürokratischer Aufwand sind die Folgen. Von der Einheitskrankenkasse würden mit einkommensunabhängigen Prämien deshalb vor allem die mittleren Einkommen und die Familien profitieren, denn Kinder und Jugendliche ohne Einkommen wären von den Prämien befreit.

Das Geschäft mit der Gesundheit ist ein grosser Markt. Über 50 Milliarden Franken werden in der Schweiz im Gesundheitswesen jährlich umgesetzt. Mehrere Zehntausend Menschen arbeiten für das Gesundheitswesen. Mit der Pharma- und der Medizinaltechnikindustrie bewegen sich zwei Branchen auf dem Markt, die für die Schweizer Wirtschaft von grosser Bedeutung sind. Damit ist auch klar, dass es sich beim Gesundheitsmarkt um einen Wachstumsmarkt handelt. Vor diesem Hintergrund müssen wir uns mit dieser Initiative entscheiden: Wollen wir innerhalb dieses mächtigen Marktes eine einkommensabhängig finanzierte Grundversicherung mit umfassendem Leistungskatalog, verwaltet von einer Einheitskrankenkasse, welche die Interessen der Versicherten und nur diese mit Nachdruck vertritt, oder wollen wir mehr Wettbewerb, d. h. stärkere Risikoselektion, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Verzicht auf die freie Arztwahl sowie Kürzungen im Leistungskatalog? Für die SP ist klar: Wir wollen das Erste. Wir wollen eine starke, solidarische und effiziente Grundversicherung. Deshalb sagen wir mit Überzeugung Ja zur Einheitskrankenkasse.

Ruey Claude (RL, VD): «Quand le sage montre la lune, l'imbécile regarde le doigt.» Je ne voudrais vexer personne ni injurier quiconque dans cette salle – cela serait d'ailleurs contraire à mes principes démocratiques –, mais lorsqu'on me parle caisse-maladie unique pour résoudre les problèmes de notre système de santé, je ne peux m'empêcher de penser à la maxime chinoise citée en préambule. Car enfin, l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» est un leurre, un miroir aux alouettes pour quiconque s'intéresse sérieusement aux problèmes de santé de ce pays.

Si l'accès aux soins est garanti – et heureusement! –, si la solidarité fonctionne – et heureusement! –, c'est en revanche la maîtrise des coûts qui est le vrai, le lancinant, le gigantesque problème du secteur de la santé. Or la caisse-maladie unique ne s'attaque absolument pas à ce problème, la caisse unique ne change rien à l'organisation sanitaire, ni à la répartition des prestataires de soins, ni à l'efficacité et à l'efficacité des prises en charge. Elle est encore moins apte à répondre aux questions qui se posent quant à la hausse des coûts en raison de la pyramide des âges, des technologies nouvelles, des attentes fortes des patients. Non, la caisse unique ne s'attaque pas aux causes des coûts de la santé.

Ah! pardon, si! il est vrai, les initiants prétendent réduire les frais administratifs des caisses-maladie. Je le dis en déclarant mes liens d'intérêts à la fois d'ancien président de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales et d'actuel président de la Cosama. Cette prétendue économie des frais n'est qu'un faux-semblant. Même en admettant qu'un monopole de caisse unique puisse conduire à une

éventuelle rationalisation des frais, ce qui est loin d'être démontré par l'expérience – il suffit de voir la SUVA –, cette économie serait ridicule par rapport à l'enjeu.

J'ai déjà fait le calcul devant cette même assemblée lors de la deuxième révision de la LAMal. Je le refais. Les frais administratifs des caisses-maladie représentent moins de 6 pour cent. Les caisses payant 40 pour cent des coûts de la santé, cela signifie que les frais administratifs représentent 2,4 pour cent des coûts globaux de la santé. Même en les réduisant de 10, voire de 20 pour cent, ce qui serait vraiment un sommet, on n'arriverait jamais qu'à une diminution des coûts de la santé de 4,8 pour mille, soit de 96 centimes pour une prime de 200 francs! Inutile de dire que ce sont des brouilles, et l'on ne compte pas, bien entendu, les coûts supplémentaires qu'engendrerait le grand chambardement administratif lié à la mise sur pied de cette usine à gaz que serait le monopole de la caisse-maladie unique. Ah, les belles économies que voilà!

Ajoutons à cela que dans le projet on oublie joyeusement les économies réelles qu'engendre le travail actuel des caisses-maladie dans le contrôle des factures; économies que l'on a pu chiffrer à environ 2 milliards de francs. Croyez-vous vraiment qu'un monopole conduirait à un contrôle aussi serré que la concurrence actuelle entre les caisses, même si nous sommes d'accord qu'elle est insuffisante? Poser la question, c'est y répondre. Bien sûr que non!

Je ne m'attarde pas trop sur l'organisation prévue de cette fameuse caisse-maladie unique. Je remarque toutefois qu'en mettant dans le conseil de direction à peu près toutes les personnes touchées par la santé, quel que soit leur rôle et quels que soient leurs intérêts divergents, on va droit vers la paralysie du système. Une telle organisation ne vous rappelle-t-elle rien? En fait, elle date de 1917; c'est ce qu'on appelait les soviets. Je crois que l'histoire a eu raison des soviets! En fait, on va tout droit vers l'étatisme, et qui dit étatisme dit centralisation, paralysie, augmentation des dépenses et gaspillage. De cela, nous ne voulons pas. Nous ne voulons d'ailleurs pas plus d'un système de primes qui conduira, qu'on le veuille ou non, à une forme d'impôt nouveau qui frappera en particulier les classes moyennes de ce pays; impôt nouveau qui, soit dit en passant, a été rejeté très clairement par le peuple il y a seulement trois ans.

Voyez-vous, je suis invité dans dix jours à faire une conférence à l'Institut économique de Montréal sur le système de santé suisse. Et savez-vous pourquoi je suis invité? Parce que là-bas on connaît les misères d'un système de santé étatique sans concurrence. On connaît un système proche de celui de la caisse-maladie unique. Qu'y voit-on? Des hôpitaux encombrés de lits dans tous les couloirs – voyez le film «Les invasions barbares» de Denis Arcand; des listes d'attente pour toutes les opérations électives, jusqu'à trois ans; des queues pouvant dépasser 48 heures d'attente pour les urgences. Mes hôtes canadiens me disent: «Bien sûr que le système suisse n'est pas parfait. Il a peut-être deux vitesses. Mais chez vous, il y a la grande vitesse et la très grande vitesse, alors que chez nous c'est l'embouteillage de l'étatisme.»

Ne cédon pas aux sirènes de la caisse-maladie unique. Ne cédon pas à l'étatisme, n'acceptons pas le monopole. A terme, un monopole coûte cher; un monopole peut abuser de sa puissance; un monopole peut imposer sa volonté aux acteurs du terrain. Alors, adieu la liberté de choix des patients, la liberté de choix des médicaments, la liberté de choix du médecin ou des médecins!

Vous l'aurez compris, le groupe radical-libéral vous invite à rejeter fermement cette initiative.

Gutzwiller Felix (RL, ZH): Sie haben es auf Französisch gehört, ich wiederhole es auf Deutsch: Die freisinnig-demokratische Fraktion beantragt Ihnen, diese Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Ich möchte kurz auf fünf Aspekte eingehen. Wir führen diese Diskussion hier ja nicht zum ersten Mal. Nicht nur gab es die abgelehnte SP-Initiative, es gab auch unzählige Vorschläge aus Ihrer Mitte, die immer wieder das Gleiche wollten, und

wir kennen die Debatte. Ich möchte Folgendes noch einmal sagen: In dieser Systemdebatte geht es doch darum, wie dem Patienten am ehesten gedient ist, und es gibt fünf Gründe, warum ihm mit einer Einheitskrankenkasse nicht gedient ist.

Ich glaube, man darf vorerst sagen, dass das heutige System im Grossen und Ganzen eine gute, offene, für alle zugängliche, soziale, aber eine relativ teure Versorgung garantiert.

1. Man muss überlegen, was ein derartiger massiver Systemwechsel an Transfer- und an Fusionskosten mit sich bringen würde. Die sind beträchtlich und werden nie thematisiert. Das soll vorab festgehalten werden. Das wären enorme Kosten, die in den nächsten fünf bis zehn Jahren auf uns zukommen würden.

2. Eine derartige Institution, eine Einheitskrankenkasse, hätte ganz klar eine unglaubliche, unilaterale Verhandlungsmacht. In vielen Bereichen würde sie zu Bürokratie und Diktat neigen, und – das, denke ich, ist vor allem wichtig – es ist kaum auszumachen, warum diese einheitliche Verhandlungsmacht gegenüber Ärzten und gegenüber Leistungserbringern dem Patienten wirklich dienen sollte.

3. Es gäbe ein Problem mit den künftig wohl landesweit einheitlichen Prämien. Zwar sagen die Initianten, dass das durchaus nach Kantonen abgestuft werden könnte, aber wenn man die heutigen Unterschiede sieht, wenn man sieht, wie wenig die Kantone die unterschiedlichen Infrastrukturen in den Griff bekommen, dann würde man sich doch sehr wundern, wenn das im Rahmen einer Einheitskrankenkasse anders würde. Die Prämien würden sich nach oben schaukeln. Zudem wären die Kantone, sogar noch mehr als heute, in einem echten Konflikt. Sie wären nämlich nicht nur Leistungserbringer, Spitalbetreiber, sondern sie wären natürlich gleichzeitig auch noch in der Gouvernance, in der Aufsicht, in den Gremien dieser Kasse, sodass man sich vorstellen kann, wie diese Interessenkonflikte dann aussehen würden.

4. Zum Wettbewerb: Es wird ja immer wieder gesagt, Wettbewerb sei in der Grundversicherung gar nicht möglich. Ich denke, so einfach ist es nicht; man geht davon aus, dass der Wettbewerb ja nicht einfach nur die Kosten reduzieren, sondern auch die Qualität verbessern soll. Und das interessiert den Patienten und die Patientin. Natürlich kann man die reinen Kosten mit staatlichen Versorgungssystemen niedrig halten; das zeigt bestens das Beispiel England. Es fragt sich eben nur: Wie sieht es mit der Qualität aus? Wie sieht es mit den Präferenzen der Patienten und Patientinnen aus? Da ist ein wettbewerbliches System sicher besser im Optimieren der Kosten und der Qualität. In der Grundversicherung gibt es zum Beispiel einen Wettbewerb im Bereich der Kostenmanagementsysteme. Die Kassen sind heute unter Druck, hier noch sehr viel mehr zu machen, als sie das bisher tun – natürlich nicht im Leistungsbereich, aber im Kostenmanagementbereich. Es gibt einen Modellwettbewerb, beispielsweise im Bereich der Managed-Care-Möglichkeiten, es gibt einen Wettbewerb im Bereich der präventiven Leistungen, die nicht KVG-abgesichert sind, und, und, und. Es gibt also durchaus Platz für den Wettbewerb unter den Kassen im Interesse der Patienten und Patientinnen.

5. Ein solcher Koloss einer Einheitskrankenkasse würde – das hat Herr Ruey ausgeführt und das muss ich nicht weiter ausführen – ganz sicher eine Innovationsfeindlichkeit etablieren. Ich glaube, die Langsamkeit der Entscheidungswege, die Innovationsfeindlichkeit und der Finanzdruck würden sicher zu einem weniger innovationsfreudigen Gesundheitswesen führen.

Leider reicht die Zeit nicht, um über die Finanzierung zu sprechen. Es ist klar: Hier geht es um ein völlig neues Konzept, das die bisherige einkommensabhängige Subventionierung ablösen würde. Es geht um eine progressive, steuerähnliche Finanzierung. Wir werden wissen müssen: Wie sieht es mit den Franchisen aus? Herr Rossini hat das angesprochen. Nicht angesprochen hat er die Wahlfranchisen, die allein 2 Milliarden Franken in das System hineingeben. Ich wäre nicht erstaunt, wenn die Analyse dann zeigen

würde, dass bis weit in den Mittelstand hinein massive Zusatzkosten für die Einzelnen auf uns zukommen würden. Es gibt also genügend Gründe, diese Einheitskrankenkasse, die in die falsche Richtung geht, abzulehnen.

Dunant Jean Henri (V, BS): Eine sogenannte soziale Einheitskrankenkasse, eigentlich die Einführung der Staatsmedizin, hätte neben den bekannten Gegenargumenten wie dem fehlenden Wettbewerb, den massiven Prämienanstiegen in Landkantonen, der ungehemmten Umverteilung und der Desolidarisierung aufgrund der Förderung der Zweiklassenmedizin weitere, vordergründig weniger evidente, aber umso schwerwiegendere Nachteile: Das Kostenbewusstsein der Prämienzahler würde noch weiter geschwächt, jede Schranke gegen die ungehemmte Konsumation medizinischer Leistungen würde dahinfallen. Unweigerlich müssten deshalb Globalbudgets erstellt werden. Diese würden die Umsetzung des medizinischen Fortschrittes behindern und die Behandlungsqualität senken. Globalbudgets würden den Leistungskatalog unangetastet lassen, und es käme infolgedessen zu einem undifferenzierten Spardruck. Globalbudgets in Teilbereichen führen lediglich zu Kostenverlagerungen, nicht zu effektiven Einsparungen. Die administrative Umsetzung würde eine zentralistische Organisation erfordern – denken Sie daran, wir haben in der Schweiz über 19 000 Praxen. Schliesslich entstünde eine Rationierungsform, bei der die Durchführung den Ärzten zugeschoben würde.

Das angestrebte System wäre auch medizinisch nicht gerechter, würde aber jegliche Sparanreize massiv schwächen und neue Probleme vor allem für die Patienten schaffen. Die heute bereits entstehende Zweiklassenmedizin, diese Entwicklung würde durch eine Einheitskrankenkasse verschärft; unverantwortliche Ungerechtigkeiten wären die Folge. Da jegliche Anreize zur Kosteneindämmung verloren gingen, würde die Monopolkasse unter Spardruck die Tarife drastisch senken. Viele gute Ärzte, namentlich im operativen Bereich, würden sich aus der Grundversicherung abmelden und nur noch mit Privatversicherungen und Privatspitälern zusammenarbeiten. Dies liegt gewiss nicht im Interesse der Klientel der links-grünen Initianten.

Zu den einkommensabhängigen Prämien: In einer Zeit, in der aufgrund von Lohnexzessen einiger weniger der Neid – eine gut schweizerische Eigenschaft – fleissig geschürt wird, könnte es verlockend sein, einkommensabhängige Prämien, also eine Reichtumssteuer, zu fordern. Da neben den Krankenkassenprämien schon heute Steuergelder zur Finanzierung der medizinischen Versorgung beitragen und die Prämienverbilligungen ebenfalls aus Steuergeldern bezahlt werden, wird mit der Steuerrechnung bereits ein beträchtlicher Betrag an die Gesundheitsversorgung bezahlt. Die Belastung orientiert sich also schon heute an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Fixe Prozentsätze bei einkommensabhängigen Prämien hätten eine grotesk hohe Belastung der hohen Einkommen zur Folge, gleichbedeutend mit einer massiven Reichtumssteuer. Dies würde zu einer totalen Desolidarisierung führen, Ausweichmöglichkeiten gäbe es ja genug. Mehr zahlen als heute müsste der Mittelstand, also Leute mit einem Bruttoeinkommen zwischen 80 000 und 120 000 Franken, weshalb für Familien wieder differenzierte Lösungen zu finden wären.

Das Schweizer Stimmvolk hat einer vergleichbaren Vorlage, welche die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämien forderte, im Mai 2003 mit nur 27 Prozent Jastimmen eine deutliche Abfuhr erteilt.

Die SVP-Fraktion lehnt die vorliegende Initiative, die bei Annahme in erster Linie für die Patienten – und das sind wir alle gelegentlich –, aber auch für den Mittelstand gravierende Folgen hätte, entschieden ab.

Humbel Näf Ruth (C, AG): Im Namen der CVP-Fraktion bitte ich Sie, diese Initiative abzulehnen. Zu meiner Interessenbindung: Ich bin Teilzeitmitarbeiterin von Santésuisse, dem Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer. Ich spreche nun aber als Vertreterin der CVP-Fraktion.

Die CVP-Fraktion lehnt die Initiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ab, weil sie irreführend ist und dem Mittelstand schadet. Sie ist kostentreibend und führt in die Staatsmedizin. Ich möchte Ihnen diese Hauptgründe im Folgenden detaillierter ausführen.

1. Die Initiative ist irreführend: Das Problem bei der Krankenversicherung liegt nicht in der Art der Finanzierung, sondern bei der Kostenentwicklung. Die Finanzierung der Krankenversicherung ist nämlich keineswegs so unsolidarisch, wie die Initiative zu suggerieren versucht. Im Gegenteil: Das KVG gewährleistet auch bei der Finanzierung Solidarität. Die Grundversicherung wird nämlich zu rund 60 Prozent aus Prämien und zu rund 40 Prozent aus Steuern finanziert. Mit der individuellen Prämienverbilligung werden Versicherte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen bedarfsgerecht entlastet, und das ist immerhin ein Drittel der Bevölkerung. Haushalte mit tiefen Einkommen werden durch die Prämienverbilligung spürbar entlastet. Gerade diesen Menschen brächte die vorliegende Initiative keinen Vorteil. Sie müssten, wie auch der Mittelstand, mit einer Mehrbelastung rechnen.

2. Die Initiative ist kostentreibend und nicht kostendämpfend. Ich erinnere an die Zielsetzungen des Krankenversicherungsgesetzes: die Stärkung der Solidarität, die Schliessung von Leistungslücken und die Kostendämpfung. Die ersten beiden Ziele sind erfüllt, das dritte Ziel, die Kostendämpfung, hingegen keineswegs. Die Initiative leistet aber gerade hier keinen Beitrag, sondern im Gegenteil, sie würde die Kostenentwicklung noch anheizen. Die Initiative schlägt nämlich vor, dass im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat der Krankenversicherung neben Behörden- und Versichertenvertretern auch Leistungserbringer Einsitz nehmen müssen. Folglich würden die Leistungserbringer sowohl die eigenen Leistungen wie auch deren Preis mitbestimmen. Mit anderen Worten: Die Leistungserbringer könnten ihr Einkommen nicht bloss durch ihr Arbeitspensum beeinflussen, sondern sie würden auch den Preis ihrer Leistungen selber bestimmen. Wer selbst über seinen Lohn entscheiden kann, wird dafür sorgen, dass dieser möglichst hoch ist. Die Folge wäre ein noch stärkeres Kostenwachstum, als wir es heute haben. Die Prämien sollen nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden. Die Initianten äussern sich nicht zur genauen Umsetzung dieser Bestimmung. Eine Finanzierung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit kann jedoch nur mittels Lohnprozenten oder direkten Steuern erfolgen. Folglich müssten, damit die Kostenentwicklung aufgefangen werden könnte, die Lohnprozente oder die Steuern jährlich erhöht werden, was nicht so leicht sein dürfte wie eine Erhöhung der Prämien. Ich will die regelmässig steigenden Krankenkassenprämien nicht verharmlosen, aber sie ermöglichen, dass wir für alle Menschen den Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung offen halten können. Gerade durch das heutige System mit der Möglichkeit, die Prämien den Kosten anzupassen, haben wir eine Rationierung verhindern können. Würden die notwendigen finanziellen Mittel nicht mehr der Kostenentwicklung angepasst, was bei einem mit Steuern oder mit Lohnprozenten finanzierten System zu erwarten wäre, wären Rationierungsmassnahmen unumgänglich.

3. Die Initiative bringt eine schweizerische Nivellierung der Kosten auf hohem Niveau. Wir haben heute je nach Kanton ein sehr unterschiedliches Prämieniveau. Die Prämienunterschiede sind wesentlich auch Ausdruck der jeweiligen kantonalen Gesundheitspolitik. Kantone mit hohen Preisen für medizinische Leistungen sowie mit einer hohen Dichte an Leistungserbringern, namentlich mit einer hohen Dichte an Spitälern und Ärzten, haben höhere Prämien. Die Einführung von Tarmed hat klar gezeigt, dass in jenen Kantonen, in denen die Preise bzw. die Taxpunktwerte hoch sind, eben auch höhere Kosten und damit höhere Prämien resultieren. Eine Einheitskrankenkasse hätte eine gesamtschweizerische Nivellierung der Kosten nach oben zur Folge, was insgesamt zu höheren Kosten und Quersubventionierungen führen würde; eine Kostenentwicklung, wie wir sie in der IV erlebt haben, wäre wahrscheinlich. Es ist nicht so, dass das

System mit der AHV oder der Suva zu vergleichen wäre, wie es Frau Goll gemacht hat. Das System wäre eben viel eher mit der IV zu vergleichen, wo die Kostenentwicklung viel schwerer zu berechnen und zu beeinflussen ist.

4. Eine Einheitskrankenkasse wäre ein erster Schritt zu einer Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens. Die CVP will das nicht. Wir müssen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungen die richtige Balance zwischen staatlicher Regulierung und Wettbewerbselementen finden. Die CVP will weder ein absolut liberales Gesundheitswesen noch eine Staatsmedizin. Beide Modelle haben in der Praxis versagt.

Wir wollen in unserem Krankenversicherungssystem vor allem auf der Leistungsseite die Wettbewerbselemente stärken. Es ist völlig absurd, in diesem Zusammenhang von einer Veramerikanisierung des Systems zu sprechen, denn wir haben ein Obligatorium für die ganze Bevölkerung und wollen auch den Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung aufrechterhalten.

Wir verlangen mehr Transparenz sowie bessere Qualitäts- und Preisvergleiche bei den Leistungserbringern, aber ebenso Transparenz bei der Prämiengestaltung der Krankenversicherer. Die Probleme unserer Krankenversicherung müssen dort angegangen werden, wo sie liegen, nämlich bei der Kostenentwicklung, nicht bei der Finanzierung. Die Prämien sind ein Abbild der Kosten. Seit der Einführung des KVG sind diese um mehr als 50 Prozent angestiegen. Wir kennen die Hauptgründe der Entwicklung, nämlich der medizinische Fortschritt, Mengen- und Preisentwicklungen, aber vor allem auch falsche finanzielle Anreize für Versicherte und Leistungserbringer.

Die Einheitskrankenkasse ist kein Mittel gegen diese Kostenentwicklung. Eigentlich will sie ja auch nicht etwas gegen die Kostenentwicklung tun, sondern hat einzig die Verwaltungskosten der Krankenversicherer, welche gerade mal 5,6 Prozent der Ausgaben der Grundversicherung ausmachen, im Visier. Es ist klar, dass die Verwaltung der Kassen und auch der Wettbewerb unter den Krankenversicherern etwas kosten. Aber auch bei der Einheitskrankenkasse würden Verwaltungskosten anfallen. Was hingegen wegfallen würde, wäre der Wettbewerb unter den Krankenversicherern, und gerade der Wettbewerb unter den Krankenversicherern zwingt diese, neue Modelle anzubieten und ihre Kosten tief zu halten, um eben tiefere Prämien anbieten zu können.

5. Ich komme noch zu den Vorteilen des heutigen Systems für Versicherte und Patienten gegenüber einer Einheitskrankenkasse. Es ist eine Errungenschaft des KVG, dass alle Versicherten, ob alt, ob krank, ob jung oder gesund, die Versicherung wechseln können. Tatsächlich wechseln verhältnismässig wenige Versicherte ihre Versicherung, was Ausdruck der hohen Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenversicherung ist. Entgegen der Behauptung von Frau Goll bestätigen verschiedene Umfragen regelmässig eine hohe Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Versicherung. Auch unter diesem Aspekt der Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse braucht es keine Einheitskrankenkasse. Die Unzufriedenen haben aber heute die Möglichkeit, ihre Versicherung zu wechseln. Bei einer Einheitskrankenkasse würde diese Möglichkeit wegfallen.

Aus den dargelegten Gründen lehnt die CVP-Fraktion die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ab und bittet Sie, dies auch zu tun.

Frösch Therese (G, BE): Als Präsidentin des Initiativkomitees für eine Einheitskrankenkasse möchte ich meine kurze Zeit am Rednerpult dazu benutzen, auf die vereinigten Gegenargumente der Botschaft des Bundesrates sowie der Dachorganisation der Krankenkassen Santésuisse einzutreten. Santésuisse nennt die Einheitskrankenkasse eine Scheinlösung und hat zur Abwehr den bekannten Gesundheitsökonom Willy Oggier vor den Karren gespannt. An der Einladung mit Vortrag für Parlamentarierinnen und Parlamentarier letzte Woche, an der lediglich vier Politikerinnen und Politiker teilnahmen, wettete der Gesundheitsökonom in grosser Laut-

stärke über die Einheitskrankenkasse, als ob er sich selber mit aller Kraft von seinen Gegenargumenten überzeugen müsste. So verstieg er sich in die Aussage, dass mit der Einheitskrankenkasse keine Reserven angelegt werden sollen und damit eine mögliche Rationierung der Leistungen für Patientinnen und Patienten in Kauf genommen würde. Das ist ein starkes Stück!

In Tat und Wahrheit ist es so, dass die rund 90 Kassen heute gesamthaft Reserven und Rückstellungen von 7 Milliarden Franken haben und mit diesen seit einiger Zeit 3 bis 4 Prozent weniger Rendite erwirtschaften als die viel kritisierte Suva. Eine Angleichung an Suva-Standards würde pro Jahr rund 250 Millionen Franken mehr bringen. Das ist viel Geld. Es stellen sich die berechtigten Fragen nach dem Management der Kassen und nach der Aufsicht seitens des Bundes. Die tripartite Leitung der Einheitskrankenkasse wird Reserven anlegen; das wird sie sicher tun. Sie wird möglicherweise etwas weniger Reserven anlegen, aber sie könnte diese wie die Suva aus einer Hand effizienter bewirtschaften.

Santésuisse sagt, die Einheitskrankenkasse sei einseitige Symptombekämpfung und keine längerfristig beständige Lösung. Das stimmt nicht, obwohl mit der Einheitskrankenkasse natürlich nicht alle Probleme im komplexen Gesundheitswesen auf einen Schlag gelöst werden können. Mit der Einheitskrankenkasse werden nachhaltige Lösungen zugunsten der versicherten und den Krankenkassen auf Gedeih und Verderb ausgelieferten Versicherten aufgezeigt. Dank der tripartiten Leitung der Einheitskrankenkasse erhalten die Versicherten eine bis anhin nicht gekannte Mitsprachemöglichkeit.

Mit dem zweiten Ziel der Initiative, die Prämien gesamtschweizerisch der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten anzupassen, werden Budgets von Haushalten mit Kindern oder tiefen Einkommen gezielt entlastet. Beide Ziele der Initiative werden nach jüngsten Umfragen von einem sehr grossen Teil der Bevölkerung begrüsst.

Ich komme zur Botschaft. Der Bundesrat scheint mit der Zielerreichung gemäss Revision des KVG von 1996 rundum zufrieden zu sein, denn auf Seite 738 der Botschaft steht, dass «die mit der Einführung des KVG gesetzten Ziele in erster Linie durch eine fortgesetzte Konsolidierung des Systems anzustreben» seien. Auf mindestens einem Auge blind verkennt er die Resultate des regelmässig durchgeführten Gesundheitsbarometers des Forschungsinstituts GFS, wonach die Prämienbelastung durch die Krankenversicherung in der ganzen Schweiz zu einem Riesenproblem geworden ist. Zur Beseitigung der sozial schädlichsten Auswirkungen wurde die individuelle Prämienverbilligung eingeführt, welche unterdessen in allen Kantonen auf verschiedene, bürokratische Weise umgesetzt wird und regelmässig von Sparmassnahmen der öffentlichen Hand bedroht ist.

Auf Seite 736 spricht der Bundesrat von einer «uneingeschränkten Freiheit» bei der Wahl des Versicherers: «Die Versicherten können sich entscheiden, ob sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) bei ihrer bisherigen Krankenkasse fortführen oder zu einem anderen Versicherer wechseln wollen.» Das stimmt für den Grossteil der Bevölkerung nicht, es sei denn, man sei jung, gesund, vermögend, kompetent und gelassen genug, um mit der undurchsichtigen, aggressiven und auf Kurzfristigkeit ausgerichteten Angebotspraxis der Kassen zurechtzukommen. Ich erspare Ihnen hier die Aufzählung der wüstesten Methoden von Rosinenpickerei der Kassen. Der Bundesrat verteidigt den Wettbewerb der Kassen, beruft sich dabei auf eine lange schweizerische Tradition – das wollen wir am Mittwoch dann hören, wenn es um die Swisscom geht! – und schreibt, dass Wettbewerbselemente «die Anreize zu kostendämpfenden Massnahmen fördern». Es bleibt beim Glaubensbekenntnis, den Beweis dafür bleibt er schuldig: Das Ziel der Kosteneindämmung gemäss Einführung des KVG konnte nämlich bis heute nicht realisiert werden.

Die einzelnen Argumente in der Botschaft des Bundesrates gleichen den Argumenten von Santésuisse wie ein Ei dem andern, abgesehen von einer Aussage: Santésuisse bewert-

tet die Einheitskrankenkasse als einseitige Symptombekämpfung, währenddem der Bundesrat von einem fundamentalen Kurswechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung spricht. Im Interesse der Versicherten braucht es diesen Wechsel dringend.

Die Grüne Partei ist Mitinitiantin der Initiative und wird sich mit aller Kraft für deren Durchbruch beim Volk einsetzen.

Wäfler Markus (E, ZH): Unsere EVP/EDU-Fraktion sagt Nein zur vorliegenden Volksinitiative, und wir empfehlen Ihnen ebenfalls die Ablehnung dieser Initiative.

Aus unserer Sicht fehlen in dieser Initiative realisierbare Massnahmen, um die aktuellen Probleme im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung wirksam anzugehen. Vergeblich sucht man nach Massnahmen, um den aufgeblähten Leistungskatalog zu straffen, die wachsenden Kosten unter Kontrolle zu bringen oder die Mengenausweitung im Konsum von Gesundheitsleistungen zu reduzieren. Ganz besonders lehnen wir das vorgesehene Finanzierungssystem mit dem Ersatz der Kopfprämien durch einkommensabhängige Prämien ab. Wir beurteilen es als fragwürdig, wenn unmittelbar nach der wuchtigen Ablehnung der Gesundheits-Initiative im Mai 2003 mit einer neuen Initiative ein fast gleiches Krankenversicherungs-Finanzierungsmodell aufgelegt wird.

Die EVP/EDU-Fraktion lehnt nicht grundsätzlich die Idee einer Einheitskrankenkasse ab, sondern explizit diese Initiative aufgrund ihrer inhaltlichen Mängel. Mit Blick auf die existierenden Einheitslösungen, z. B. bei der obligatorischen Unfallversicherung Suva oder bei den obligatorischen Gebäudeversicherungen, könnten wir uns auch bei der obligatorischen Krankenkasse analoge Modelle vorstellen. Diese müssten aber wirksame Massnahmen der Kostenkontrolle und eine Einschränkung des Leistungskatalogs und der Mengenausweitung enthalten und auch bei der Finanzierung vertretbare Lösungen aufzeigen.

Wir bedauern auch, dass die vorberatende Kommission keinen Gegenvorschlag erarbeitet hat, z. B. auf der Basis des FMH-Gegenvorschlags. Wir werden deshalb, aus diesen Überlegungen heraus, der Standesinitiative Tessin 03.303 zustimmen. Mit Blick auf die Abstimmung über diese Volksinitiative erwarten wir vom Bundesrat, aber auch von diesem Parlament die rasche Erarbeitung und Vorlage der notwendigen wirksamen Reformschritte und Reformschnitte beim KVG, um gegenüber den Stimmbürgern und Stimmbürgerinnen den Tatbeweis eines vorhandenen politischen Willens zu erbringen, die anstehenden Probleme im Bereich des KVG nicht wie bisher vor uns her zu schieben, sondern ernsthaft zu lösen.

Wir bitten Sie, die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» abzulehnen.

Guisan Yves (RL, VD): Il peut paraître a priori totalement incongru, voire franchement indécent, d'avoir relancé une initiative sur la caisse-maladie unique quelques mois à peine après le rejet par le peuple, le 18 mai 2003, d'une initiative analogue par 72 pour cent des voix. Plutôt que de balayer d'un revers de main, comme l'ont fait le Conseil fédéral et la majorité de la commission, une initiative dont les difficultés effectives d'application sont loin d'être négligeables, il eût été sans doute plus approprié de se poser la question des motifs qui ont conduit à ne pas respecter la retenue habituelle qui doit prévaloir avant de revenir à la charge; car en l'occurrence, les motifs à la fois d'exaspération et de frustration sont nombreux.

Depuis 1996, les primes ont augmenté de 62 pour cent, alors que les coûts effectifs à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'ont augmenté que de 53 pour cent, et l'indice des prix à la consommation de 19 pour cent. Cette curieuse différence entre l'augmentation des primes et l'augmentation des coûts effectifs de la santé est déjà la source d'une polémique qui n'a jamais reçu d'explications satisfaisantes. Mais évidemment, c'est surtout l'augmentation des coûts en soi qui pose problème, et cela continue chaque automne.

Le dispositif d'information du système de santé est lacunaire et ne permet pas une analyse suffisamment approfondie pour permettre une gestion ciblée. Les mesures prises jusqu'à présent pour enrayer cette évolution se sont limitées à des opérations de nature restrictive, autoritaire et même vexatoire qui n'ont abouti qu'à un transfert supplémentaire de charges sur les ménages et les personnes, pour les responsabiliser soi-disant. Cette culpabilisation est inadmissible. Personne ne choisit librement de tomber malade ou d'être victime d'un accident.

Jamais une politique consensuelle pour dégager les instruments nécessaires au pilotage du système n'a été ébauchée, pas même une tentative. La seule proposition existante est: davantage de marché. Or, en soi le marché n'est pas une politique, surtout dans celui de la santé où les ressources sont limitées. On en est donc resté au jeu mesquin des pouvoirs, des tracasseries et des suspicions réciproques.

La concurrence entre les caisses-maladie mise en place par la LAMal, qui devait en quelque sorte régler le problème, n'a manifestement pas marché. Les coûts ne sont toujours pas maîtrisés. Seuls 5 pour cent des assurés changent de caisse. Il faut bien dire que, malgré ce que l'on prétend officiellement, cela n'est pas si facile que cela, même pour les habitués du fax et du courrier électronique.

Les caisses-maladie, de leur côté, n'ont pas assumé leurs responsabilités d'assureurs sociaux, et se sont surtout préoccupées d'accroître leurs parts de marché, entre autres par la sélection des risques. Le mécanisme de compensation des risques est insuffisant. De ce fait, la politique de certaines grandes caisses-maladie est orientée essentiellement vers la croissance de tous leurs secteurs d'activité, de préférence ceux qui permettent de dégager des bénéfices. C'est ce que j'ai pu lire noir sur blanc dans le dernier rapport annuel d'Helsana. Ceci témoigne d'une confusion des genres et d'un conflit d'intérêts fondamental entre le social et le privé.

Dans toute cette affaire, l'assuré «obligatoire» n'a strictement rien à dire. Les caisses-maladie dont la structure héritée des anciens temps mutualistes permettent encore une minireprésentation démocratique se comptent sur les doigts de la main. De fait, les conseils d'administration de ces institutions, dont la mission devrait être principalement sociale, sont élus par cooptation, affinités personnelles et intérêts réciproques. Ils ne représentent finalement qu'eux-mêmes.

Il y a là déjà suffisamment de questions qui demandent impérativement des réponses, mais loin de s'interroger quant aux réformes de structures et de fonctionnement qu'il serait souhaitable d'apporter, les assureurs, le Conseil fédéral et la majorité de la commission se contentent d'écarter d'un revers de main cette initiative et les propositions d'amélioration formulées sous forme de contre-projets pour démocratiser les caisses-maladie et mettre un terme aux conflits d'intérêts entre le social et le privé. Il n'a même pas été jugé utile d'y réfléchir, tant la liberté de contracter est censée résoudre tous ces problèmes. La caisse-maladie unique n'est pas la meilleure formule face aux dérapages actuels, mais pour de nombreux assurés, ainsi que des professionnels de la santé, elle est certainement un moindre mal. Après tout, la CNA ne fonctionne pas si mal que cela. On ne s'étonnera donc pas que, dans un climat pareil, la caisse unique bénéficie d'une très forte sympathie que la campagne financée à coups de millions par les caisses aura bien de la peine à entamer. Bien sûr – sic! – il ne saurait s'agir en aucun cas des primes!

Triponoz Pierre (RL, BE): Einmal mehr steht eine Volksinitiative für eine Umkrempelung unserer Krankenversicherung auf der politischen Agenda. Inhaltlich allerdings ist diese Initiative alles andere als grundsätzlich neu, im Gegenteil. Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist weitgehend eine Kopie jener Initiative, die erst vor kurzem, am 18. Mai 2003, also vor weniger als drei Jahren, mit rund 73 Prozent aller Stimmen von Volk und Ständen in einer denkwürdigen Abstimmung abgeschmettert worden ist.

Die jetzt anstehende Neuauflage dieses Begehrens – sie formuliert es mit etwas anderen Worten – für eine staatliche Einheitskasse in der obligatorischen Krankenversicherung ist ebenso untauglich wie der frühere Versuch. Die neue Initiative ist sogar noch unausgegorener als ihre Vorgängerin, lässt sie doch noch mehr Fragen offen als diese, und überlässt sie die Details der Finanzierung der angestrebten Einheitskrankenkasse schlicht und einfach der künftigen Gesetzgebung. Klar ist einzig, dass die Initiative erstens innert drei Jahren eine vom Bund zentral errichtete staatliche Einheitskrankenkasse anstelle der heutigen Krankenkassen verlangt und dass zweitens die Finanzierung der künftigen Grundversicherungen durch Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten zu erfolgen habe. Kein Wort hingegen steht im Initiativtext zu den Kosten der Krankenversicherung in der Grundversorgung. Die Ausgabenseite, also das Hauptproblem der zunehmenden finanziellen Belastung unserer Bevölkerung, wird von der Initiative kurzum ausgeblendet. Kostenüberlegungen werden voll und ganz beiseite gelassen. Es ist gar noch schlimmer: Durch die verlangte absolute Monopolstellung der Einheitskrankenkasse soll der Wettbewerb offensichtlich definitiv aus der Grundversorgung eliminiert werden. Jede Belohnung für Kostendämpfungs- oder Sparmassnahmen würde verschwinden. Die Möglichkeit von Selbsthalten und Franchisen würde wegfallen, und der bisherige, zugegebenermassen bescheidene Anreiz für die Bevölkerung, auf unnötige Arztkonsultationen möglichst zu verzichten und nicht quasi wegen jedem «Bobo» zum Arzt zu gehen, soll offensichtlich abgeschafft werden.

Künftig soll keiner und keine mehr dafür belohnt werden, dass er oder sie kostenbewusst handelt. Unabhängig von der Häufigkeit der Arztbesuche und der Menge an Arzneimitteln soll er bzw. sie die Krankenkassenprämien entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Form von Prämien bzw. Steuergeldern entrichten müssen. Dass ein derart undifferenziertes System mit einem gewollten Abschluss jedes Wettbewerbgedankens in der Grundversicherung die Gesundheitskosten in Zukunft noch viel stärker in die Höhe treiben würde, liegt auf der Hand. Einem derart abenteuerlichen Experiment sollten wir nicht zustimmen. Ich beantrage Ihnen, die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» zur Ablehnung zu empfehlen.

Menétrey-Savary Anne-Catherine (G, VD): En tant que «colanceurs» de l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale», le groupe des Verts vous engage évidemment à la soutenir.

Le dédain manifesté à son égard par le Conseil fédéral et d'autres orateurs qui m'ont précédée suscite chez nous un brin d'ironie, car nous considérons qu'il procède d'un incroyable excès de confiance dans le système actuel et ses vertus. En effet, alors que le public et de nombreux experts estiment que nous sommes dans l'impasse, le Conseil fédéral, lui, affirme avec aplomb, à la page 731 de son message, que la LAMal a atteint les buts fixés par le législateur et, à la page 742, que le modèle de financement appliqué a entièrement fait ses preuves.

A notre avis, le message du Conseil fédéral comporte beaucoup de contradictions, de griefs approximatifs et de suppositions à la limite de la mauvaise foi. Ainsi, il est reproché à l'initiative de remettre fondamentalement en cause le modèle libéral de la concurrence entre les caisses-maladie et la «liberté de choix sans restriction», selon les termes du message, des assurés. Mais en même temps, le Conseil fédéral avoue, à la page 748 de son message, qu'il «ne tient pas forcément à un maintien d'une structure reposant sur une pluralité d'assureurs-maladie». Est-ce à dire que le Conseil fédéral ne refuserait pas un monopole privé ou la domination du marché par deux ou trois puissantes compagnies qui dicteraient leur loi? C'est plutôt inquiétant.

Quant à la liberté tant vantée par le Conseil fédéral et les préopinants, elle se résume, pour les caisses-maladie, à l'élimination des mauvais risques et, pour les assurés, au changement de caisse. Mais cela a un prix que doit finale-

ment payer l'ensemble des assurés. On estime à au moins 2 milliards de francs pour ces dix dernières années le coût des changements de caisse. J'ai entendu que ces chiffres sont contestés, mais vu que personne ne connaît réellement les frais des assurances, on peut ne pas croire Santéuisse.

Ce que le Conseil fédéral défend, en fait, c'est un système foncièrement injuste, avec ses primes individuelles par tête et sa fausse concurrence. Il veut un système où l'implacable logique technique de l'assurance privée s'accompagne d'un «correctif de politique sociale», toujours selon les termes du message, en dehors de l'assurance. Parce qu'il veut remettre le social dans l'assurance, le modèle proposé pour la caisse-maladie unique est discrédité jusqu'à la caricature, comme s'il était question de renoncer aux subsides qui l'Etat verse actuellement aux plus démunis pour mettre l'entier de la charge sur les épaules des assurés, et notamment sur ceux de la classe moyenne.

Cette manière de présenter les choses dénature totalement l'initiative, car celle-ci ne dit nulle part qu'elle entend se priver de la contribution de l'Etat pour soutenir le système de santé ou pour financer l'assurance de base. Surtout, cet argument ne tient aucunement compte du fait que c'est précisément la classe moyenne, celle qui est juste au-dessus du seuil des subsides, qui se trouve actuellement étranglée par la hausse des primes.

En plus, le Conseil fédéral redoute les «intenses discussions» qui pourraient se tenir au sein des conseils tripartites d'administration et de surveillance, entre les représentants des assurés, des pouvoirs publics et des fournisseurs de prestations. C'est plutôt cocasse quand on sait qu'il ne se passe pas un jour sans que résonne la colère, tantôt des médecins, tantôt des assurés, tantôt des responsables cantonaux, contre la toute puissance des caisses-maladie et leur prétention à l'hégémonie. Décidément, le message du Conseil fédéral et le discours de la majorité, c'est l'hôpital qui se fout de la charité!

Les Verts sont convaincus que ces critiques ne tiennent pas la route. Ils sont convaincus aussi que la caisse-maladie unique sera un excellent instrument d'orientation du système de santé et qu'elle contribuera à remettre un pilote dans l'avion ou à réorienter ce bateau ivre.

C'est avec cette conviction que le groupe des Verts vous recommande d'accepter l'initiative populaire et de recommander au peuple et aux cantons d'en faire de même.

John-Calame Francine (G, NE): Au sein du groupe des Verts, nous nous sommes réparti les thèmes de cet important dossier. Je vais traiter plus particulièrement de la gestion tripartite de la caisse-maladie unique prévue par le texte de l'initiative populaire.

Comme pour l'assurance-accidents SUVA, le texte de l'initiative exige que la caisse-maladie unique soit gérée par une commission tripartite dont les membres seront répartis à parts égales entre les pouvoirs publics, les fournisseurs de prestations et les organisations de défense des assurés. Ce système participatif assurera un très bon équilibre entre les différents acteurs et leur permettra de définir une politique de la santé cohérente, constructive et démocratique.

Le fonctionnement actuel permettant au Conseil fédéral de décider tout seul de notre politique de la santé n'est satisfaisant ni pour les fournisseurs de prestations, ni pour les assurés, qui n'ont pas droit à la parole. Le Conseil fédéral vient de décider sans aucune consultation préalable que seuls les assurés qui se sont acquittés de leurs primes seront dorénavant remboursés par les caisses-maladie, sans même se demander comment les médecins pourront appréhender cette nouvelle situation, puisque leur profession leur interdit de refuser des soins à des malades avérés.

Dans un tel contexte, les seuls à y trouver leur compte sont les assureurs-maladie, car à chaque prestation exclue du catalogue LAMal, ils répondent par une prestation nouvelle dans le cadre des assurances complémentaires, bien plus lucratives. Le pouvoir des assureurs est tel que ces derniers ont obtenu que les médecines douces soient exclues du catalogue des prestations de base de la LAMal et que les ma-

lades qui n'ont pas recours aux génériques soient pénalisés financièrement. On nous dit que prochainement les psychothérapies ne seront peut-être plus remboursées et que l'obligation de contracter n'existera plus, supprimant de fait au malade le libre choix de son médecin. Un constat s'impose: notre système de santé est tellement malade qu'il est temps d'en changer et de rééquilibrer les pouvoirs de décision.

Actuellement, l'assuré n'a d'autre choix que de s'acquitter de ses primes – pour autant qu'il en ait encore les moyens! – et de se taire. En fait, il subit les conséquences des décisions sans avoir prise sur ces dernières: c'est juste inadmissible! Et c'est bien pourquoi les assurés désirent enfin être reconnus comme des acteurs du système de santé plutôt que comme des consommateurs de soins. Ainsi, ils pourront définir les domaines prioritaires de la prévention, se prononcer sur les médecines à rembourser – qu'elles soient réservées aux médecines douces ou aux thérapies complémentaires –, mener une réflexion pour essayer d'endiguer les coûts. Enfin, ils seront reconnus, avec les prestataires de soins, comme de vrais partenaires. Quels changements!

Même si nous n'attendons pas de la caisse-maladie unique qu'elle exerce une influence à la baisse sur le montant des coûts globaux de la santé, nous sommes intimement persuadés que ce n'est qu'avec une participation de tous les acteurs que des changements pourront intervenir dans les mentalités, dans la responsabilité individuelle et dans la manière d'appréhender son hygiène de vie. Pour rester en bonne santé, il faut résister au stress, avoir une bonne qualité de vie, faire un minimum d'exercice physique et manger sainement. C'est prouvé: les personnes soucieuses de prévention sont par définition moins malades que celles qui consomment beaucoup de médicaments. En général, ce sont les gens les plus soignés qui sont le plus absents au travail: cherchez l'erreur!

Malheureusement, le monde politique n'a pris que peu de dispositions pour améliorer la prise en charge individuelle de la santé au moyen de programmes de prévention. Dès lors, vous comprendrez pourquoi les Verts souhaitent ardemment un changement de système et que pour mener à bien celui-ci il est indispensable que les acteurs principaux définissent le cadre et les moyens de notre politique de santé. A la SUVA, les différents partenaires qui gèrent l'assurance-accidents sont satisfaits de son fonctionnement. Nous ne doutons pas qu'il en sera de même dans la caisse-maladie unique.

Pour toutes ces raisons le groupe des Verts vous invite à soutenir l'initiative populaire.

Hochreutener Norbert (C, BE): Diese Initiative ist ein Wolf im Schafspelz: Sie verspricht viel, hält wenig, und bei näherer Betrachtung sind die Auswirkungen für die Versicherten negativ. Einer der Vorteile beim heutigen System mit Wettbewerb unter den Krankenversicherern ist für den Versicherten die Möglichkeit, seine Krankenkasse zu wechseln. Dies führt gemäss gesundem Menschenverstand, aber auch erhärtet durch eine Studie des bekannten Gesundheitsökonom Willy Oggier, zu verschiedenen Vorteilen:

1. Der Versicherte kann, bei gleichem Leistungskatalog, einen Krankenversicherer mit einer günstigeren Prämie wählen.
2. Der Versicherte kann den Versicherer wechseln, wenn er mit dessen Service nicht zufrieden ist.
3. Der Versicherte kann schliesslich den Versicherer wechseln, wenn er meint, er werde wegen seines Leidens oder seiner Krankheit von den Kassen schlecht behandelt.

Dies alles würde bei einer Einheitskrankenkasse wegfallen. Der heutige Wettbewerb ist für den Versicherten auch noch aus einem anderen Grund positiv: Der Wettbewerb unter den Krankenversicherern führt nämlich zu einem starken Anreiz, im Rahmen der Verhandlungen zu kostendämpfenden Effekten zu gelangen.

Die Initianten kommen nun mit dem Argument, die Verwaltungskosten seien bei der Einheitskrankenkasse tiefer. Dazu ist zu sagen, dass diese heute nur gerade mal 5,6 Prozent ausmachen, Tendenz sinkend. Der Beweis, dass eine Ein-

heitskrankenkasse weniger Verwaltungskosten verursachen würde, ist meines Wissens auch mit Studien nicht erbracht worden. Die immer wieder kritisierten Werbeausgaben der Krankenversicherer sind gemessen am Gesamtvolumen der Kosten ohnehin von geringer finanzieller Bedeutung.

Und last but not least: Sehr gefährlich scheint mir zu sein, dass eine Einheitskrankenkasse den Weg zu einer Verstaatlichung des Gesundheitswesens ebnen würde. Der nächste Schritt wäre dann die Verstaatlichung selbst. Darüber haben wir schon einiges gehört, unter anderem auch von meiner Fraktionskollegin Ruth Humbel.

Ich verzichte deshalb auf weitere Ausführungen dazu und bitte Sie, die Initiative abzulehnen.

Maury Pasquier Liliane (S, GE): Depuis la naissance de la LAMal, certains progrès ont été réalisés, qu'il est toujours utile de rappeler, parmi lesquels – et non des moindres – l'instauration d'une solidarité entre personnes malades et bien portantes. Il est toutefois une promesse qui n'a pas été tenue, c'est celle de contenir la croissance des coûts de la santé. Il y a plusieurs explications à cela, notamment, du côté des bonnes nouvelles, la réjouissante augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux, mais aussi, dans la colonne des aspects négatifs, la mauvaise utilisation d'une partie des sommes affectées au financement de l'assurance-maladie du fait d'une concurrence aussi inadéquate qu'inefficace.

Le risque est grand que la pression insupportable des coûts fasse exploser le système, conduisant, comme certains le souhaitent, à un système de santé à deux vitesses: d'un côté, une assurance de base aux prestations réduites au point d'en être insuffisante, juste bonne pour la partie la plus défavorisée de la population, et, de l'autre, des assurances complémentaires qui se répartiraient le juteux marché d'assurer efficacement les personnes qui en ont les moyens.

Pour éviter ce scénario catastrophe, l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale», même si elle n'est pas la seule réponse à une augmentation inéluctable des coûts de la santé, constitue une réponse pleine de bon sens, que je soutiens en tant qu'assurée et en tant que prestataire de soins, car les intérêts de la sage-femme que je suis rejoignent ici tout à fait les intérêts de la patiente qu'il m'arrive d'être.

Comme assurée, j'ai tout intérêt à voir l'assurance-maladie gérée par une seule caisse-maladie. C'est une bonne manière de faire, qui permet d'instaurer enfin une nécessaire transparence, de mettre fin à l'éternelle ronde des questions et des doutes qui ressurgissent régulièrement, comme: «Les montants des primes ont-ils bien été utilisés pour le remboursement des prestations de mon canton?» Ou bien: «Pourquoi y a-t-il une différence entre les chiffres des assureurs et ceux des cantons?» Ou bien encore: «Pourquoi y a-t-il une différence entre l'évolution des primes et celle des coûts?»

C'est la seule manière de faire qui permette aux personnes assurées de participer à la gestion et au contrôle d'une assurance sociale qui les concerne au premier chef, contrairement à ce qui se passe actuellement, où l'on peine malheureusement à trouver, notamment chez les assureurs-maladie, des personnes qui défendent vraiment les intérêts des personnes qu'elles assurent. C'est la solution qui leur donne enfin la possibilité de faire valoir leur point de vue, puisque l'initiative prévoit que les organisations de défense des assurés sont représentées dans les instances de direction et de surveillance de la caisse-maladie unique.

Enfin, c'est la meilleure manière de mettre fin à cette scandaleuse chasse aux bons risques qui voit se développer des pratiques inacceptables. Avez-vous déjà essayé de changer de caisse-maladie, comme on nous le conseille, pour faire baisser le montant des primes? Eh bien, c'est la croix et la bannière. Je peux vous assurer que vous aurez toutes les peines du monde à y arriver, surtout si votre profil de risque est élevé.

Si vous utilisez le téléphone, d'abord vous aurez certainement beaucoup de peine à joindre quelqu'un; ensuite, vous

risquez de trouver à journée faite les lignes occupées. Si vous bénéficiez d'un ordinateur ou d'une liaison Internet – ce qui n'est pas le cas, vous en conviendrez, de tout le monde, notamment des personnes d'un certain âge –, vous avez au moins la chance d'envoyer votre demande. Encore faut-il par la suite, premièrement, recevoir une réponse dans votre langue, deuxièmement, que cette réponse corresponde à la demande que vous avez faite, notamment pour ce qui concerne le montant de la franchise et, troisièmement, vous souvenir qu'il n'est pas nécessaire de répondre au questionnaire de santé joint à la réponse alors que vous avez fait une demande qui ne concerne que l'assurance de base. Pour peu que vous ne soyez pas très à l'aise avec les démarches administratives ou que vous ne parliez pas bien une des langues nationales, vous serez dès lors contraint de rester affilié à votre assureur-maladie, même si ses primes sont les plus élevées du canton. On est très loin du principe du libre passage dont Madame Meyer a parlé tout à l'heure.

Comme prestataire de soins, je me réjouis également de la création d'une caisse-maladie unique: plus besoin de refaire une facture parce qu'une femme que j'ai suivie pendant sa grossesse a oublié de me dire qu'elle avait changé d'assureur au 1er janvier, plus besoin d'envoyer des rappels aux caisses – toujours les mêmes – qui ne respectent pas le délai de paiement fixé par la convention, plus besoin de faire des démarches dans 26 cantons en cas de divergence d'interprétation de la convention, la saisie d'une seule commission paritaire devenant suffisante. Comme prestataire de soins, j'ai aussi tout intérêt à ce qu'un meilleur contrôle soit effectué par l'assureur pour empêcher les moutons noirs de faire artificiellement gonfler les coûts par une surfacturation, contrôle qui sera beaucoup plus facile avec une caisse unique qu'avec près de 90 caisses.

Je vous invite à adopter l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale», parce qu'elle permet de mettre fin à l'arbitraire, parce qu'elle permet de façon simple d'alléger vraiment la charge que les primes représentent pour les familles, parce qu'elle n'oblige pas les cantons aux primes basses à payer pour les cantons les plus coûteux et parce qu'elle permet de calculer justement des frais qu'on peut limiter au maximum.

Graf Maya (G, BL): Am Bahnhofausgang machen Werber und Werberinnen von Billigkrankenkassen mit Hunderterten in der Hand Jagd auf neue Kunden und Kundinnen. Die Gruppe Mutuel ködert Leute mit einer neuen Grundversicherung von nur Fr. 179.50 pro Monat und verschweigt dabei, dass dieser Preis nur mit einer Franchise von 2500 Franken zu haben ist. Immer mehr Kassen fordern ihre Versicherten zur Konsultation von Callcenters auf und winken mit einem Prämienrabatt, wenn sie auf Arztbesuche verzichten. Mit Geld aus unseren Prämien werben die Kassen auf aggressive Weise, um sich gegenseitig die sogenannten guten Risiken abzugeben. Die Solidarität zwischen Alt und Jung, Frau und Mann, Gesund und Krank wird damit ausgehöhlt.

Es stellen sich die Fragen, ob damit wenigstens die Gesundheitskosten sinken und die qualitativ hochstehende Versorgung aller Menschen in der Schweiz, wie sie damals mit dem neuen KVG 1996 postuliert wurde, überhaupt erreicht wurde. Das ist mitnichten so. Die Gesundheitskosten, vor allem aber die Prämien, steigen für einen Grossteil der Leute, und die oben beschriebene Angebotspraxis der Kassen mit Intransparenz und der Verwischung von Grund- und Zusatzversicherung sowie hohen Franchisen bei tiefen Prämien führen zu einer Zweiklassenmedizin. Konsumentinnen und Konsumenten fühlen sich oft überfordert, wenn es darum geht, das für sie geeignete Produkt im unübersichtlichen Dschungel der Angebote herauszufiltern. Beinahe unmöglich wird diese Aufgabe für jene, welche neben den reinen Kosten auch noch die Qualität der Kassen bezüglich Dienstleistungen, Beratung, Zahlungsfristen usw. berücksichtigen wollen.

Die Versicherten fühlen sich ausgeliefert. Vielleicht ist das der Grund, warum nur noch wenige Versicherte überhaupt die Krankenkasse wechseln. Das Gesundheitsbarometer

des Forschungsinstitutes GFS stellte schon 2002 aufgrund der Befragungen fest, dass 42 Prozent der Befragten grosse Probleme mit der Bezahlung der Krankenkassenprämien hatten. Diese Zahl hat sich bei der Befragung 2004 nochmals markant erhöht. Die individuelle Prämienverbilligung, welche in allen 26 Kantonen verschieden gehandhabt wird, schafft schweizweit Ungleichheiten, unnötige Bürokratie, und Jahr für Jahr muss in den Kantonen gegen Sparmassnahmen gekämpft werden.

Die vorgeschlagene soziale Einheitskrankenkasse löst sicher nicht alle Probleme des komplexen Gesundheitswesens, jedoch ein paar entscheidende. Dank der von der Initiative geforderten tripartiten Führung der Einheitskrankenkasse erhalten die Versicherten eine bis anhin nicht gekannte Mitsprache.

Das zweite wichtige Ziel der Initiative ist, die Prämien der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten anzupassen. Das Sorgenbarometer zeigt es: Die Prämienlast drückt. Die Budgets von Haushalten mit Kindern oder tiefen Einkommen könnten somit gezielt entlastet werden. Beide Ziele der Initiative werden darum von einem grossen Teil der Bevölkerung begrüsst. Die Versicherung für unsere Gesundheit soll einfach, demokratisch und gerecht sein – so, wie eine soziale Einheitskrankenkasse, wie sie mit der Volksinitiative vorgeschlagen wird, ausgestaltet werden kann.

Dormond Béguelin Marlyse (S, VD): Depuis le 1er janvier 1996, date d'entrée en vigueur de la LAMal, on nous assure que la concurrence est la panacée pour réguler le système de santé. Depuis plus de dix ans, on nous serine que la concurrence entre les assureurs-maladie est bénéfique pour les assurés, mais depuis dix ans aussi, les assurés voient leurs primes augmenter, et souvent plus vite que l'augmentation des coûts de la santé. Durant cette période, on a aussi affirmé que les assurés pouvaient choisir leur assureur sur la base du meilleur service qui pouvait leur être proposé. Il y a quand même un petit problème pratique, c'est seulement en adhérant à une caisse-maladie que l'on se rend compte si le service convient ou non. S'il ne convient pas il faut, dans la majorité des cas, attendre la fin de l'année pour changer de caisse-maladie.

Ce qui se passe actuellement dans le canton de Vaud avec la caisse-maladie Visana est révélateur. Cet assureur-maladie a décidé de ne rembourser que les 20 premières minutes d'une consultation chez un médecin, le reste étant laissé à la charge des assurés. Cette décision est le résultat d'un différend entre les médecins et la caisse-maladie Visana quant à la manière de présenter les factures. Cette pratique est parfaitement arbitraire et on peut même se demander si elle est légale. Elle n'a provoqué aucune réaction visible de l'autorité fédérale responsable. Il n'y a pas eu de réaction non plus de Santésuisse, association faïtière de la branche de l'assurance-maladie sociale, qui affirme pourtant périodiquement défendre aussi les intérêts des assurés. Santésuisse est aux abonnés absents, ou trop occupée par la campagne contre la caisse-maladie unique. Dans cette campagne – tout de même payée en partie par les primes des assurés, elle défend avec une belle vigueur les intérêts des assureurs, et ce n'est rien de le dire. Il reste aux assurés chez Visana, d'une part, à actionner la justice pour obtenir ce qui leur est dû et, d'autre part, à attendre la fin de l'année pour changer de caisse, étant donné que le délai pour résilier à fin juin est déjà passé. Les assurés sont pris en otage et complètement démunis face à ces méthodes. Dans la réalité, c'est cela, les joies de la concurrence et de la loi du marché. Mais le Conseil fédéral estime quant à lui qu'il n'y a rien à faire pour améliorer le contrôle des assureurs. Circulez, il n'y a rien à voir!

La concurrence n'a rien réglé non plus dans le domaine de la maîtrise des coûts de la santé. Les seules mesures prises – par ordonnance – sont un report supplémentaire des charges sur les assurés en augmentant les franchises et les participations. Dans les faits, ce qui n'est pas reporté sous la forme d'une augmentation des primes l'est sur les

franchises et participations, mais c'est toujours l'assuré qui paie.

La caisse-maladie unique supprimera ce miroir aux alouettes qu'est la concurrence, qui n'a rien apporté aux assurés. Elle mettra les assurés au centre de la politique de la santé, ces assurés qui sont lassés de devoir chaque année soit changer d'assureur-maladie, soit changer de genre d'assurance, pour ne pas voir leurs charges devenir insupportables; ces assurés fatigués, aussi, de ne jamais être consultés sur les projets dont ils financent finalement la plus grande partie. La caisse unique pourra aussi être mise en place d'après des modèles d'autres assurances sociales telles que les caisses de compensation de l'AVS/AI ou la SUVA.

A ce propos, je voudrais quand même dire qu'il est de particulièrement mauvaise foi de critiquer la SUVA étant donné que les problèmes qu'elle a eus ces derniers temps se situent sur le plan immobilier, et non pas sur le plan de la gestion d'assurance. Nous n'avons jamais dit que la caisse-maladie unique se lancerait dans la gestion immobilière.

Parmi les critiques émises contre cette initiative issue du Mouvement populaire des familles, certaines, telles que l'accusation d'étatisation, ne méritent même pas que l'on s'y arrête maintenant. On l'entend pour tout projet visant de véritables changements. On en reparlera lors de la campagne «devant le peuple». Mais affirmer avec un bel aplomb que la création d'une caisse-maladie unique entraînerait des suppressions d'emplois est un mensonge éhonté. En effet, un minimum de bon sens nous fait vite constater que, d'une part, les assureurs-maladie auront toujours besoin d'employés pour administrer les assurances complémentaires; d'autre part, la caisse unique aura aussi besoin de personnel pour inscrire les personnes, effectuer les mutations et rembourser les prestations. Elle aura aussi besoin de personnel pour négocier les tarifs auprès des donneurs de soins. De plus, quand on sait que certains des assureurs qui font ces déclarations ont licencié ces derniers mois des personnes dont certaines ont près de 60 ans et vingt-cinq à trente ans de bons et loyaux services dans la même entreprise, on se dit qu'ils ont un certain culot.

Pour toutes ces raisons, je vous prie de soutenir la proposition de la minorité de la commission.

Heim Bea (S, SO): Wie positioniert sich das Schweizer Gesundheitswesen in Europa? Es ist das teuerste – aber ist es auch das beste? Punkto Versorgung rangiert es an vierter Stelle, und hinsichtlich Effizienz findet es sich in den hinteren Rängen. So weit die jüngste Analyse im Auftrag der Santéuisse. Was die Ergebnisqualität betrifft, ist es gar unvergleichlich, weil die Schweiz dafür weder Kriterien noch Daten kennt.

Ist es das sozialste Gesundheitswesen? Die Schweizer Versicherten bezahlen vergleichsweise viel aus der eigenen Tasche und müssen dennoch mit der unsozialsten der Finanzierungen, der Kopfprämie, zurechtkommen, die noch zusätzlich um 15 Prozent in die Höhe getrieben wurde, weil sich die öffentliche Hand aus der Mitfinanzierung ein Stück weit zurückgezogen hat. Faire und tragbare Krankenkassenprämien für alle, insbesondere für die Familien, Prämienfreiheit für die Kinder und Jugendlichen in Ausbildung, Entlastung für den Mittelstand – das ist das, was die Einheitskrankenkasse bringt. Weg vom komplizierten System, hin zu einem einfachen System, zu einer echten, starken Sozialversicherung – ein Pendant zur AHV im Gesundheitsbereich.

Was ist die Bilanz von zehn Jahren Wettbewerb unter den Kassen? Viel versprochen, wenig gehalten. Die Kostenentwicklung konnte nicht stabilisiert werden. Der Wettbewerb entpuppt sich immer mehr als Pseudowettbewerb. Die Kassen selbst beklagen zum Teil den Trend zu Billigkassen und den damit verbundenen aufwendigen Risikoausgleich. Nicht zu reden von der Selektion der Risiken, der Konzentration der Kassen auf die gesunden, billigen Versicherten, weil das lukrativer ist, als sich auf Qualität und Kosteneffizienz zu konzentrieren.

Die SP will mehr Solidarität. Sie will den Trend zu Billigkassen und den damit verbundenen teuren, aufwendigen Risikoausgleich beheben. Die SP will mehr Solidarität. Sie will der Taktik der Ausgrenzung von kostenintensiven Patientengruppen den Riegel schieben. Das sind die Vorteile der Einheitskrankenkasse.

Mit der tripartiten Zusammensetzung der Organe, der Mitbestimmung der Versicherten, stärkt man deren Position und schafft eine Plattform des Verständnisses und der Konsensfindung zwischen öffentlicher Hand, den Versicherten und den Leistungserbringern – ein Weg hin zu einer konstruktiven Gesundheitspolitik. Damit stärkt man die pflegerische und medizinische Kompetenz der Versicherung, und man schafft endlich die notwendige Daten- und Kostentransparenz. Die Einheitskrankenkasse legt also die Basis für eine wissenschaftsbasierte, effizientere Gesundheitspolitik, und das gerade hinsichtlich der Kostenentwicklung. Sie erlaubt ein rascheres, gezielteres Reagieren auf so kostenträchtige Faktoren wie Versorgungslücken und teure Doppelspurigkeiten oder Überversorgungen. Sie bietet die Möglichkeit für eine transparente Kostenkontrolle.

Griffige Massnahmen bei den Medikamentenkosten, Koordination bei der Spitzenmedizin, Förderung von Managed Care und Ärztenetzwerken, das Denken in Behandlungsketten zur Vermeidung von Kostenverschiebungen: All das sind Faktoren, die rascher realisiert werden können. Damit kann die Kostenentwicklung rascher und gezielter gebremst werden. Die SP unterstützt die Initiative mit dem Ziel, dank mehr Effizienz pro Versicherungsfranken das Maximum an Gesundheit zu erreichen.

Die Versicherten sind nicht so erpicht darauf, wie oft behauptet wird, die Kassen zu wechseln. Die Versicherten wollen Wahlfreiheit bei den Leistungserbringern, und sie wollen die Gewissheit, eine qualitativ gute Gesundheitsversorgung zu tragbaren Prämienkosten zu bekommen. Sie dienen also mit Ihrem Ja zu dieser sozialen Einheitskrankenkasse den Versicherten, und das wollen wir doch alle.

Wir, die SP, plädieren nicht für den Wettbewerb um die tiefsten Kosten, sondern für den Wettbewerb um die beste Versorgungs- und Behandlungsqualität, was gleichzeitig auch – und das ist ja der springende Punkt – die Frage der Kosteneffizienz löst.

Die Einheitskrankenkasse stärkt diese Prinzipien, kann gezielt und effizient steuern, ist einfach im System und sozial in der Finanzierung.

Sich für diese Ziele einzusetzen, heisst, sich für die Mehrheit in diesem Land einzusetzen. Ich bitte Sie, die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» zu unterstützen.

Savary Géraldine (S, VD): Tout système de santé devrait concourir à un objectif fondamental: assurer à chacune et à chacun un accès à des soins de qualité. En Suisse, le Parlement y a ajouté un objectif supplémentaire, aujourd'hui inscrit dans la LAMal: assurer, toujours dans un souci de garantir la qualité de soins, la meilleure efficacité économique. Sur le principe, on ne peut évidemment qu'approuver cela.

Aujourd'hui, tout le monde le reconnaît, la qualité des soins est très haute en Suisse. Cette situation, née d'une volonté politique et populaire, est «précieuse» et nous devons naturellement la préserver. Si nous voulons y parvenir, nous devons néanmoins apporter les correctifs nécessaires à notre système de santé pour le rendre plus juste et aussi plus efficace. La Suisse ne pourra pas éternellement garantir l'accès de toutes et de tous à des soins de qualité en conservant un système de perception des primes comme celui que nous connaissons. Nous avons besoin d'un système plus juste; beaucoup viennent de le dire et je n'y reviendrai pas.

Nous avons aussi besoin d'un système plus efficace. Et que dire en effet de l'économie de notre système actuel? Quelle est son efficacité économique quand on sait que les primes augmentent plus vite que les coûts, que l'opacité du pilotage est criante et que la coordination des politiques de santé s'enlise? Et pourquoi? Parce qu'on a bâti un système de santé inféodé à l'idéologie de la concurrence.

Et il faut bien admettre, dix ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, que la machine est aujourd'hui enrayée et que la concurrence a généré plus de surcoûts et de gâchis que d'économies. A l'idéologie de la concurrence et à ses échecs, il convient d'apporter une réponse susceptible de lever quelques-uns des plus gros dysfonctionnements qui, actuellement, paralysent notre système de santé.

L'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» y contribue sur trois points que je vais développer.

1. La concurrence entre les caisses-maladie ne fonctionne pas, quoi que prétendent le Conseil fédéral et les milieux des assurances. La preuve, selon eux: le nomadisme de caisse en caisse est très faible. Cela signifierait à leurs yeux que les gens sont satisfaits de la situation existante, de la qualité de leur caisse-maladie et du niveau des prix. Tout irait donc pour le mieux dans le meilleur des mondes de l'assurance-maladie.

La relative stabilité des assurés a malheureusement d'autres explications. En premier lieu, après plus de dix rentrées automnales ont annoncé une augmentation des primes, les Suisses sont fatigués de quitter une caisse-maladie qu'ils vont peut-être réintégrer plus tard en fonction de l'état des réserves, de la présence des bons risques ou de l'âge des assurés. Pourquoi se lancer dans des démarches administratives compliquées quand on sait que l'on se retrouvera à la case départ, à la caisse départ, quelques années plus tard? Ce n'est pas de la satisfaction, c'est de la résignation. En outre, la peur de perdre des assurances complémentaires justifie aussi qu'on ne quitte pas sa caisse. Un système de caisse-maladie unique serait beaucoup plus rationnel: un fonds de risque serait créé, la concurrence ne fonctionnant plus que sur les prestations administratives, à savoir traitement des dossiers, rapidité des remboursements, etc., selon le modèle de l'assurance-chômage ou des caisses de compensation de l'AVS/AI.

2. En ce qui concerne la question du contrôle des coûts, les caisses-maladie n'ont aujourd'hui aucune raison de s'engager en faveur d'une réduction des coûts de la santé, ni de proposer des primes plus basses. Leur objectif, c'est de capter les bons risques, c'est-à-dire les jeunes et les bien portants, et de se débarrasser des plus vieux et des plus malades. Dans le même état d'esprit, la maîtrise des coûts de la santé importe peu aux assureurs-maladie privés. Ainsi, on s'aperçoit que ce sont dans les pays au bénéfice d'une caisse-maladie unique, contrairement à ce qu'a dit Monsieur Ruey, que les dépenses totales de santé sont les plus basses. En Autriche par exemple, les dépenses de santé sont évaluées à 8 pour cent, alors qu'en Suisse on est à 12 pour cent. Les Etats-Unis, champions de la concurrence, grimpent à 16 pour cent du PIB. Pourquoi? Parce qu'une caisse unique permet un meilleur pilotage de la politique de la santé: les données concernant les dépenses par patient, par région, par pathologie sont connues, rassemblées, harmonisées et contrôlées.

3. Enfin, la question du suivi des dossiers et des patients ne résiste pas à l'opacité de notre système. Contraintes de se concurrencer, d'attirer les assurés bon marché, les caisses-maladie ne développent aucune mesure propre à améliorer la mise en réseau des informations, le suivi des patients et par conséquent le contrôle des coûts. Notre pays est en train de passer à côté des nouveaux instruments que nous offre la technologie pour améliorer la qualité des soins et leur efficacité économique. Chaque caisse-maladie poursuit ses propres objectifs financiers et néglige de développer de nouveaux modes de suivi des dossiers. Ici encore, les pays qui ont mis sur pied des caisses nationales d'assurance peuvent pourtant nous en remontrer. De nouvelles technologies sont ainsi utilisées pour améliorer le suivi des patients, éviter les factures ou traitements inutiles, comparer les pratiques, etc. L'absence de pilotage de notre système de santé a par exemple rendu impossible la mise en place d'une vraie carte de santé. Cela implique naturellement des précautions indispensables en termes de protection des données, mais c'est une absolue nécessité pour éviter des prestations inutiles.

Je conclurai en ajoutant qu'une caisse nationale permet une gestion plus rationnelle et plus économique de l'argent des assurés et de l'argent public. Nous payons en effet très cher un système aberrant de concurrence qui sert avant tout les intérêts privés de quelques-uns. Jugez seulement du niveau des frais administratifs: en Suisse, ils sont de 7 pour cent contre 4 pour cent en France, 3 pour cent en Autriche et 2 pour cent à Taïwan, qui a instauré depuis 1995 une caisse-maladie unique. Par contre, les caisses cotées en bourses aux USA ont des frais administratifs évalués à 25 pour cent. Pour toutes ces raisons, je vous demande de soutenir l'initiative populaire «pour une caisse maladie unique et sociale» et d'adopter la proposition de minorité.

Garbani Valérie (S, NE): A titre liminaire, je soulignerai à nouveau, comme certains de mes préopinants, le volet politique de cette initiative populaire.

Il s'agit d'une alternative, d'un contre-projet au projet d'assurance-maladie voulu par les assureurs-maladie eux-mêmes, qui souhaitent supprimer l'obligation de contracter et introduire un système moniste. Il s'agit également d'un contre-projet à la voie préconisée par ceux qui veulent réduire drastiquement le catalogue des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, et ce dans la perspective de développer le secteur lucratif des assurances complémentaires.

Ensuite, je souhaite souligner le fait que l'initiative ne prévoit pas une harmonisation des primes sur l'ensemble de la Suisse, contrairement à ce que certains de ses détracteurs allèguent. En cas d'introduction d'une caisse-maladie unique, les primes pourraient toujours être fixées par canton; la loi d'application pourrait ainsi fixer, cependant, une limite supérieure. Les subventions de la Confédération et des cantons pourraient être affectées au financement de la caisse unique, d'autant que ce système de subventionnement est aujourd'hui plus que boiteux puisque certains cantons n'utilisent pas l'intégralité de leurs enveloppes et puisqu'il n'est pas le reflet de la solidarité, attendu qu'il ne touche pas les classes moyennes, pour qui les primes chargent aussi lourdement le revenu, et qui, aujourd'hui, peuvent se voir refuser un traitement en cas de demeure dans le paiement de leurs primes.

Nous préférons en outre une caisse-maladie unique à un monopole privé, tendance qui s'accroît de jour en jour puisque, de plusieurs centaines, les caisses d'assurance-maladie se réduisent comme peau de chagrin et totalisent aujourd'hui le nombre de 90 environ. De plus, une caisse unique est un gage de transparence, de contrôle sérieux par opposition à la difficulté actuelle de procéder au contrôle de la gestion et de la politique de 90 caisses différentes. Avec une caisse unique, l'affiliation à l'assurance obligatoire ne pourrait plus constituer un appât pour la conclusion, pas forcément nécessaire pour chacune et chacun, d'assurances complémentaires.

Pour mémoire, la prime individuelle par tête est un système unique en Europe. Notre modèle singulier n'est précisément pas satisfaisant, car il entraîne, soit des non-paiements de primes, soit des demeures dans le paiement des primes qui conduisent à la suppression de l'assurance-maladie – des demeures pour cause de budget serré; cela concerne en particulier les classes moyennes –, soit le subventionnement des primes pour les bas voire les très bas revenus, soit une disproportion crasse entre les revenus et le montant des primes à payer.

Je vous invite dès lors à soutenir l'initiative populaire, qui est celle de la solidarité et du virage, tout en étant bien consciente qu'il nous faudra nous en remettre, pour la tenue d'un débat plus constructif, moins dogmatique, à la campagne en vue de la votation populaire.

Schenker Silvia (S, BS): Alle Jahre wieder im Sommer flattern Prospekte von verschiedenen Krankenkassen ins Haus, zieren Werbeslogans von Krankenkassen die Plakatwände und klingelt bei mir das Telefon noch öfter als sonst. Versicherungsvertreterinnen und -vertreter oder Angestellte so-

genannt unabhängiger Beratungsbüros bieten ihre Dienste an. Interessiert sind die jeweiligen Versicherungsvertreter jedoch nicht an mir. Ich bin kein gutes Risiko. Ein gutes Risiko sind meine drei jungen, erwachsenen Kinder. An ihnen hoffen die Krankenkassen in den nächsten Jahren noch zu verdienen. Spätestens dann, wenn sie ein paar Mal krank waren oder ein paar Spitalaufenthalte hinter sich haben, verfliegt dann das Interesse der Kassen. Die meisten Menschen werden im Laufe ihres Lebens irgendwann zu schlechten Risiken. So ist der Lauf der Dinge, allen medizinischen Fortschritten zum Trotz.

Versicherte wollen letztlich von ihrer Krankenkasse nur eines: Sie wollen dann, wenn sie medizinische Leistungen benötigen, möglichst rasch und unbürokratisch zu ihrem Geld kommen, das sie zur Begleichung der Rechnung benötigen. Das kann eine Einheitskrankenkasse genauso gut wie jede der bestehenden Kassen. Denn das gut ausgebildete Personal, das jetzt in diesem Bereich tätig ist, kann auch für eine Einheitskrankenkasse arbeiten.

Mein Interesse als Politikerin ist ähnlich gelagert. Ich will, dass die Krankenkasse eine gut funktionierende und transparente Zahlstelle ist. Mehr möchte ich von einer Kasse nicht. Insbesondere möchte ich nicht, dass die Kassen jeweils im Spätsommer Jagd auf die sogenannten guten Risiken machen. Diese Jagd bringt ausser zusätzlichen Kosten und ausser dem immer lauter werdenden Ruf nach einem noch differenzierteren Risikoausgleich nichts. Die Diskussion, die wir in der letzten Woche in der SGK geführt haben, hat aufgezeigt, dass es kein effizientes, differenziertes und gerechtes System für den Risikoausgleich gibt.

Als Politikerin bin ich auch daran interessiert, dass es in Zukunft besser als heute möglich wird, das Gesundheitswesen zu überwachen und zu steuern. Das heutige System mit den verschiedenen Kassen ist diesem Anliegen hinderlich. Die Kassen bilden eine mehr oder weniger undurchdringbare Wand zwischen den Leistungserbringern und den Stellen des Bundes, die für die Gesundheitspolitik zuständig sind. Für mich ist klar: Die Kassen müssen ein ureigenes materielles Interesse am heutigen System haben, sonst würden sie sich nicht so vehement gegen eine Einheitskrankenkasse wehren.

Ebenso dringend wie eine bessere Steuerung und Überwachung des Gesundheitswesens ist endlich eine soziale Finanzierung. Dazu werden wir früher oder später den Wechsel von der unsozialen Kopfprämie zur Prämie aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit machen müssen. Zu viele Menschen sind es, die heute unter der Last der Krankenkassenprämien leiden. Seitdem die Bevölkerung das letzte Mal die Gelegenheit hatte, zu diesem Thema abzustimmen, hat sich die Situation weiter verschärft. Das System der Prämienverbilligungen greift zu kurz. Die Initiative verlangt, dass die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit festgelegt werden. Wie genau dieses System ausgestaltet wird, soll Gegenstand der Diskussion und Beratung in den eidgenössischen Räten sein.

Damit wir in diese Diskussion einsteigen und sie führen können, bitte ich Sie, die Initiative mit der Empfehlung auf Annahme vorzulegen.

Rennwald Jean-Claude (S, JU): Je déclare tout d'abord mes liens d'intérêts. Je suis l'un des seize représentants des travailleuses et des travailleurs au sein du conseil d'administration de la CNA et vous allez comprendre dans quelques instants pourquoi j'annonce ces liens d'intérêts.

Entre parenthèses, je ne peux pas et je ne pourrai jamais dire «SUVA», parce que j'ai tout de même une assez haute idée de la langue française et de sa défense.

Tout le monde ou presque sait que les coûts de la santé, et les primes d'assurance-maladie plus spécialement, grèvent très lourdement les budgets des ménages de condition modeste ou moyenne. Ils les grèvent à un tel point, Monsieur le conseiller fédéral, que de plus en plus, dans des assemblées syndicales, des travailleuses et des travailleurs me disent: «Rennwald, c'est bien d'obtenir la pleine compensation du renchérissement. Rennwald, c'est mieux encore d'obtenir

des hausses réelles de salaire. Mais, Rennwald, à quoi servent tous ces efforts lorsqu'ils sont partiellement voire totalement mangés par la hausse des primes d'assurance-maladie?»

A partir de ce constat, il me semble qu'il faut se poser au moins trois questions. La première consiste à se demander si une caisse-maladie unique va résoudre tous les problèmes en rapport avec les coûts de la santé. Je réponds très clairement non, mais j'ajoute aussitôt qu'elle y contribuerait de manière importante avec, bien sûr, d'autres mesures, comme une meilleure planification hospitalière, un développement de la médecine préventive et encore davantage de la médecine du travail, et enfin par un certain effort au niveau du prix des médicaments, notamment par le biais des génériques.

Elle y contribuerait, je crois, en tout cas à trois titres: d'abord, par une plus grande transparence; ensuite avec des frais administratifs plus réduits – une étude du Fonds national suisse de la recherche scientifique parle de 1 milliard de francs de moins au titre des frais administratifs; enfin, je crois qu'il faut aussi souligner un point important: c'est qu'aujourd'hui on nous dit qu'il faut miser sur la concurrence; or on sait que cette concurrence est en bonne partie fictive. A cela s'ajoute le fait qu'on assiste, et c'est une règle du capitalisme, à une concentration de plus en plus importante des caisses-maladie puisque leur nombre est passé entre 1990 et 2003 de 220 à 99. Je pense que ce mouvement va encore se poursuivre et que, s'il se poursuit, la concurrence sera encore moins forte.

La deuxième question qu'il faut se poser est la suivante: est-ce qu'on sera plus efficace avec la caisse-maladie unique? Là, je réponds clairement par l'affirmative en m'inspirant notamment d'une pensée du grand socialiste français Jean Jaurès qui a dit un jour: «Partir du réel pour aller à l'idéal.»

Que nous dit le réel, Monsieur le Conseiller fédéral? Il nous dit notamment qu'entre 1994 et 2001, sur une période de sept ans, la CNA a redistribué 95 pour cent des primes encaissées sous forme de prestations, et que cette proportion tombe à 83 pour cent pour les caisses-maladie. Je pense qu'il y a donc là un petit, voire un très grand problème. Je pense aussi que ça fonctionnera parce que ce système reposera sur un organe tripartite constitué de représentants des pouvoirs publics, des assurés et des fournisseurs de prestations. On peut également remarquer que la CNA fonctionne très bien sur ce modèle à satisfaction du patronat, des travailleurs et de l'Etat. Je ne vois pas pourquoi on ne pourrait, sinon le copier, du moins s'en inspirer dans le cas précis.

La troisième question qui se pose concerne les primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés, car un discours se fait jour depuis quelques mois, qui consiste à dire que c'est un nouvel impôt. Je crois que ce n'est pas le cas; on sait qu'il y a d'autres formes d'assurance sociale qui sont financées, du moins en partie, sous forme de prélèvement sur le salaire. Ceci est notamment le cas pour l'AVS, et cela fonctionne depuis 1948. Je ne vois pas pourquoi cela ne fonctionnerait pas ici, d'autant plus que l'initiative se distingue – je le souligne – de manière importante de celle qui a été rejetée par le peuple. Elle laisse donc encore une très grande marge de manoeuvre au Parlement.

Je vous demande donc de soutenir cette initiative, comme le fait d'ailleurs UNIA, le plus grand syndicat du pays.

Fässler-Osterwalder Hildegard (S, SG): Die Signale für den Schweizer Wirtschaftszug stehen auf Grün, die Auftragsbücher der Exportwirtschaft füllen sich, die Konjunkturforschungsinstitute korrigieren ihre Wachstumsprognosen nach oben. Wie kann die Lage der Unternehmen in der Schweiz, vornehmlich der KMU, die vom Gang der Binnenwirtschaft, des Binnenmarktes abhängig sind, die davon abhängig sind, dass die Leute in unserem Land Geld ausgeben, konsumieren und investieren, zusätzlich verbessert werden? Was tun wir für jene Wirtschaftsbereiche, welche die Krise der letzten Jahre wesentlich gemildert haben?

Werfen wir einen Blick auf einen durchschnittlichen Schweizer Haushalt. Was diesen belastet, sind ausgabenseitig nicht, wie von rechts ständig behauptet, die Steuern, sondern es sind erstens die Mietkosten und zweitens die Prämien für die Krankenversicherung. Einnahmenseitig – das ist ja bei den meisten einfach nur der Lohn – gilt: 2005 sind die Löhne real gesunken, um durchschnittlich 0,7 Prozent. Sogar in der Finanzbranche mit den ungeheuerlichen Manage-reinkommen sanken die Reallöhne 2005 um 0,2 Prozent. Vergessen wir nicht: Der Median bei den Löhnen liegt unter 6000 Franken pro Monat. Die 1.-Mai-Forderung dieses Jahres «Löhne rauf und Lohngleichheit jetzt!» ist absolut gerechtfertigt.

Der Vorschlag aus dem EVD für eine Reform des Mietrechtes liegt vor. Die Mieten sind ja trotz der guten Hypothekarzins-Bedingungen der letzten Jahre nicht gesunken. Dieser Vorschlag ist aber halbherzig und kaum kostensenkend. Mit dem sogenannten dualen System und einem Wahlrecht – ja, Wahlrecht für wen?; vermutlich nur für die Vermieter – wird sich die Situation für die Mieterinnen und Mieter nicht verbessern.

Kurz: Mietkosten steigen, Löhne stagnieren, Krankenkassenprämien steigen sehr. Das heutige Rezept dagegen heisst Prämienverbilligung. Besser als nichts – aber kostendämpfend wirkt es nicht. Deshalb ist unsere Initiative, über die wir heute sprechen, sehr wichtig. Sie wird nicht alle Probleme der Gesundheitspolitik lösen, das ist auch nicht ihr Anspruch. Aber in zwei Punkten wird sie die heutige Situation wesentlich verbessern:

Erstens, eine einzige Krankenkasse für die Grundversicherung hat keine Werbekosten. Sie braucht zwar weiterhin viel und gutes Personal, vermutlich aber weniger Leute in den Managementpositionen. Das Buhlen um sogenannte gute Risiken entfällt, und damit entfällt sehr viel administrativer Leerlauf zulasten z. B. der Chronischkranken. Das senkt die Kosten. In einer einzigen Krankenkasse sind die Geldflüsse transparent gestaltbar, die Entscheidungswege einfach nachvollziehbar. Für die Grundversicherung gibt es keinen Markt, also ist das Gerede vom nötigen Wettbewerb hohl und leer. Für die Umsetzung lässt die Initiative sehr viel Spielraum, den der Gesetzgeber sinnvoll nutzen kann. Er steht sozusagen vor der grünen Wiese und kann darauf ganz neu planen. Die Initiative verlangt zweitens, dass die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit festgelegt werden. Krankenkassenprämien-Verbilligungssysteme werden überflüssig. Wer wie viel bezahlen muss – auch das wird der Gesetzgeber festlegen – ist transparenter und weniger interessengebunden, als wenn es die Krankenversicherer festlegen. Der Gesetzgeber muss nämlich nicht verdienen. Er hat aber die Möglichkeit, die unteren Einkommen vollkommen und die mittleren angemessen zu entlasten. Die Initiative sorgt also für mehr Geld in den Kassen der Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen.

Dieses Geld fliesst in den Wirtschaftskreislauf zurück, insbesondere zugunsten der nicht exportorientierten KMU. Die Initiative ist also ein echter Beitrag an einen prosperierenden Wirtschaftsstandort Schweiz. Das sage ich nicht zuletzt an die Adresse des ehemaligen Chefs des Volkswirtschaftsdepartementes, Herrn Bundesrat Couchepin.

Schelbert Louis (G, LU): Ich konzentriere mich im Folgenden auf die Frage der Prämien. Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» verlangt, dass die Krankenkassenprämien in der obligatorischen Grundversicherung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden. Sie will das aktuelle System der unsozialen Kopfprämien ablösen. Das ist besonders wichtig, weil die Prämien vor allem in der Grundversicherung immer weiter steigen und die privaten Haushalte über Gebühr belasten. Bei einer Basis von 100 im Jahr 1999 lag der Index 2005 bei 145,6. Die durchschnittliche Prämie ist damit nun etwa um die Hälfte höher als 1999. Die Kosten für die obligatorische Krankenversicherung stellen für einen wachsenden Teil der Bevölkerung eine immer grössere Belastung dar. Für

viele ist die Höhe der Prämien unterdessen das grösste finanzielle Problem, das grössere als die Steuern.

Dass die Krankenkassenprämien steigen, hat verschiedene Gründe. Klar ist, dass die Kosten im Gesundheitswesen seit Jahren stärker steigen als die Teuerung. Tatsache ist aber auch, dass in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ein immer grösser werdender Kostenanteil von der Bevölkerung getragen wird und sich der Anteil des Staates laufend verringert. Das trifft untere und mittlere Einkommen und Familien bis weit in den Mittelstand hinein sehr hart. Die Prämienverbilligung, die als Korrektiv zu den Einheitsprämien eingeführt wurde, wird in vielen Kantonen nur ungenügend umgesetzt und vermag die vorgegebenen Ziele nicht zu erfüllen. Sie ist aber schon als System ungenügend, weil sie, im Unterschied zur hier diskutierten Volksinitiative, den nötigen sozialen Ausgleich nicht schaffen kann.

Der Bundesrat schreibt, soweit das geltende System Lücken aufweise, würden diese laufend analysiert und korrigiert. Dass die Lücken analysiert werden, bezweifeln wir nicht, aber die vom Bundesrat vorgeschlagenen Korrekturen sind systembedingt ungenügend und zu einem guten Teil politisch verunmöglicht worden. Die Entwicklung der Prämien, inklusive Prämienverbilligung, wirkt sich seit Jahren regelmässig negativ auf die verfügbaren Einkommen aus. Sie fressen die bescheidenen Lohnerhöhungen auf, was sich auch volkswirtschaftlich ungünstig auswirkt. Die Vorschläge des Bundesrates zur Revision des KVG hat das Parlament 2003 und 2005 abgelehnt, und die neue Kompetenznorm für die Kantone ist keine echte Alternative zu unserer Initiative.

Für die Umsetzung schlagen wir Grünen vor, die Prämien für alle, nicht nur für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung, sozial gerechter zu verteilen und analog zur Steuerkraft der Versicherten kantonal festzulegen. So wird sich Appenzell nicht an den Gesundheitskosten von Genf beteiligen müssen. Die Verteilung der Prämienlast muss sich an einem Sozialziel orientieren. Prämien dürfen z. B. bei kleineren und mittleren Einkommen einen bestimmten Prozentanteil des Einkommens nicht übersteigen und sind progressiv auszugestalten. Mit einer national festgelegten Höchstlimite ist zudem zu sichern, dass die Prämien für alle ein tragbares Niveau aufweisen. Die jetzt in die Prämienverbilligung fließenden Mittel müssen weiterhin und im selben Umfang die Gesundheitskosten mitfinanzieren.

Der Bundesrat hält fest, eine vergleichbare Forderung sei erst 2003 abgelehnt worden. Das erachten wir nicht als ganz richtig. Richtig ist, dass 2003 mit der Gesundheits-Initiative ein ganzes Bündel von gesundheitspolitischen Vorschlägen abgelehnt wurde. In unserer Analyse war die Vielzahl von Forderungen der Hauptgrund der Ablehnung und nicht die vorgeschlagene Einführung der Prämien nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Wir sind im Gegenteil überzeugt, dass das, was in weiten Teilen Europas Standard ist, auch bei der Bevölkerung in der Schweiz grossen Rückhalt findet. Ein ganz anderer Ansatz, die Prämienfrage anzugehen, findet sich in der eidgenössischen Volksinitiative mit dem führerischen Titel «Tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung». Wir Grünen lehnen diese Initiative ganz klar ab. Sie will über einen Abbau von Leistungen zu tieferen Prämien gelangen. Welche Leistungen gemeint sind, sagt die Initiative nicht. Aber wenn das Ziel von tieferen Prämien in der Grundversicherung erreicht werden soll, müssten die Einschnitte massiv sein. Die Folgen sind klar: Die Versicherten müssten im Krankheitsfall entweder selbst tiefer in die Tasche greifen oder sich teure Zusatzversicherungen leisten. Jedenfalls würde die soziale Krankenversicherung kaputt gemacht. Das liegt nicht im Interesse der grossen Mehrheit der Bevölkerung.

Hingegen liegt die hier diskutierte Initiative auf der richtigen Linie. Wir beantragen Ihnen, sie zur Annahme zu empfehlen.

Cavalli Franco (S, TI): All'inizio solo qualche parola in italiano: non c'è bisogno di dire molto perché questa iniziativa e l'idea della cassa malattia unica sono talmente popolari nella Svizzera italiana – non solo nella popolazione ma anche tra le istanze politiche, compresi il Gran Consiglio e il Consiglio

di Stato – che è normale che oggi nessuno dei parlamentari borghesi ticinesi sia venuto qui a dire qualcosa contro questa iniziativa.

Aber jetzt auf Deutsch: Es gibt aus meiner Sicht nur zwei ernstzunehmende Gründe, um gegen diese Initiative zu sein. Der erste Grund: wenn man unbedingt die Kopfprämien verteidigen will, weil sie eben den Reichen und Superreichen erlauben, wenig bis fast nichts für die Grundversicherung zu zahlen, vor allem im Vergleich zu dem, was sie im Ausland zu zahlen hätten. Dafür haben dann die Leute aus der Mittelschicht viel mehr zu zahlen, aber eben, es ist eine Frage der Geschmacklosigkeit, die häufig keine Grenzen kennt – es gibt ja auch Leute, welche die obszöne degressive Besteuerung für richtig halten. Der zweite Grund: wenn man unbedingt die Macht und die Interessen von Hunderten von Bürokraten und Manager der Krankenkassen verteidigen will, die dann schlussendlich häufig schamlose Gehälter bekommen und hier die Gesundheitspolitik der bürgerlichen Parteien bestimmen.

Ich nehme es dagegen niemandem, nicht einmal der schlimmsten Wettbewerbsfetischistin oder dem schlimmsten Wettbewerbsfetischisten ab, dass sie oder er wirklich daran glaubt, dass Wettbewerb die Kosten im Gesundheitswesen senken würde. Das hat es auf dieser Welt noch nicht gegeben, dass der Wettbewerb das erreicht hat. Wir haben dagegen unzählige Beispiele für das Gegenteil, nämlich dass dank Planung die Kosten eingeschränkt und kontrolliert werden konnten. Überall auf der Welt, wo mehr Wettbewerb ins Gesundheitssystem hineingekommen ist, sind die Kosten gestiegen. Der Vergleich zwischen den USA und Kanada spricht Bände. Es ist normal, dass es so ist – das ist das ABC der Gesundheitsökonomie –, weil der Gesundheitsmarkt kein normaler Markt ist. Er ist ein Anbietermarkt, das heisst ein Markt, bei dem das Angebot entscheidet und nicht die Nachfrage. In einem Anbietermarkt bedeutet mehr Wettbewerb mehr Kosten. Natürlich löst die Einheitskrankenkasse nicht alle Probleme des Gesundheitswesens, das hat noch nie jemand behauptet. Aber sie ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

Wer wie ich täglich das ungeheure Durcheinander der fast hundert Krankenkassen erlebt, weiss ganz genau, dass eine Einheitskrankenkasse endlich etwas Transparenz, etwas Ordnung, mehr Effizienz, weniger administrativen Leerlauf bedeuten würde – und das wäre schon sehr viel. Das gäbe dieser Krankenkasse ungeahnte Möglichkeiten. Keine Frage: Eine einzige Krankenkasse könnte viel eher die nötige Qualitätskontrolle einführen, könnte viel eher die unnötigen Leistungen ausmerzen, die in unserem System einige Milliarden ausmachen. Sie hätte eine viel stärkere Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern; in einem Anbietermarkt sind eben die Leistungserbringer entscheidend. Deswegen, obwohl nicht alle Probleme gelöst werden könnten, würde diese Initiative sicher einen richtigen Schritt in eine richtige neue Richtung bedeuten.

Ich hoffe nur, dass diesmal die Krankenkassenvertreter etwas mehr Geschmack zeigen werden als vor drei Jahren, als sie mit Prämienmillionen gegen die Gesundheitsinitiative der SP gekämpft haben und auch noch dem Volk einiges vorgegaukelt haben.

Man hat damals gesagt, man solle nur Nein stimmen, und dann werde alles besser, denn man sei ja dabei, die Probleme zu lösen. Was ist in den drei Jahren passiert? Die Franchise ist gestiegen, der Selbstbehalt ist gestiegen, die Prämien sind weiter gestiegen. Die einzige Neuerung, die dieses Parlament eingeführt hat, ist mit Artikel 64a KVG der Umstand, dass wir heute im Prinzip kein Obligatorium mehr haben. Denn die Patienten, die ihre Krankenkassenprämien nicht bezahlen können, sind nicht mehr sicher, dass sie behandelt werden können. Das ist, was wir erreicht haben.

Unterstützen Sie daher bitte diese Initiative. Sie ist für dieses Parlament der erste Schritt in die richtige Richtung.

Rechsteiner Paul (S, SG): Der letzte grosse Reformschritt im Gesundheitswesen der Schweiz, in der Krankenversicherung, datiert aus dem Jahre 1996 mit dem neuen KVG, der

Einführung des Obligatoriums und – damit verbunden – des Grundleistungskatalogs. Dies war der letzte grosse Reformschritt in Richtung besserer Leistungen für die Bevölkerung, Chancengleichheit, und es war ein wichtiger Entscheid gegen die gefährlichen Tendenzen in Richtung Zweiklassenmedizin. Das Obligatorium hat dafür gesorgt, dass bei uns endlich niemand mehr aus dem System herausfällt. Trotz der verschiedenen Mängel, die das Gesundheitswesen hat, ist die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung dank dem KVG über alles gesehen doch einigermassen gut.

Seit 1996 ist leider nichts mehr passiert – wenigstens nicht im positiven Sinne. Der Bundesrat tritt mit seinen Arbeiten an Ort, er bastelt. Wir haben Rückschritte durch einzelne Entscheide gemäss der Ideologie des gegenwärtigen Vorstehers des EDI, wie bezüglich der Homöopathie; dasselbe droht auch wieder bezüglich der Psychologen. Über alles gesehen, viel Lärm und Rauch und wenig Ergebnisse.

Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» nun, die heute behandelt wird, bedeutet endlich wieder einen Schritt in die richtige Richtung. Es ist sicher ein Schritt mit begrenzter Wirkung, aber, gemessen am Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu tragbaren Kosten, doch ein Schritt in die richtige Richtung. Das ist der Grund dafür, dass diese Volksinitiative vom Schweizerischen Gewerkschaftsbund bei ihrer Lancierung unterstützt wurde und weiterhin unterstützt wird.

Natürlich kann in der Einheitskrankenkasse keine Vorteile sehen, wer dem Wettbewerb als Staatsziel anhängt. In dieser Zeit ist der Wettbewerb für zu viele in den bürgerlichen Reihen einfach die entscheidende Zielsetzung im politischen Alltag geworden. Die Effizienz, die eigentlich der Massstab wäre, an dem solche Entscheide gemessen werden müssten, ist ihnen egal. Die entscheidende, die wichtigste Frage, die sich stellt, ist die folgende: Welches System ist für eine optimale, für eine soziale Grundversorgung, Gesundheitsversorgung effizienter, die heutige Kassenvielfalt mit vermeintlichem Wettbewerb oder eine einzige Sozialversicherung?

Wie funktioniert der sogenannte Wettbewerb heute? Die Kassen jagen sich gegenseitig die guten Risiken ab, mit gewaltigen Werbebudgets, auf dem Buckel der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler. Sie haben dazu nichts zu sagen; das werden wir jetzt dann im Abstimmungskampf zu dieser Initiative auch wieder erleben. Der Leistungskatalog in der Grundversicherung ist festgelegt, und umgekehrt gibt es einen Kontrahierungszwang. Bei dieser Ausgangslage produziert der sogenannte Kassenwettbewerb fast unausweichlich Ineffizienzen. Die Leute müssen die Kosten für diese Systemfehler berappen, die mit einer guten Gesundheitsversorgung nichts zu tun haben. Die Desolidarisierung über Billigkassen, die Jagd auf sogenannt gute Risiken sind eine Folge dieses Systems, was man dann über den Risikoausgleich wieder zu flicken versucht; das lädt geradezu zu Manipulationen ein.

Die Einheitskrankenkasse wäre ein klarer Fortschritt gegenüber dem heutigen System. Dass die Krankenkassenmanager daran nichts ändern wollen, weil sie und ihre hier gut vertretenen Beiräte ihre Pfründen verlieren würden, das ist nachvollziehbar. Die geplagten Prämienzahlerinnen und Prämienzahler können aber darauf verzichten, für diese überflüssigen Strukturen bezahlen zu müssen, wie auch darauf, jedes Jahr flächendeckende Prämienvergleiche durchzuführen, damit sie dann die Kasse wechseln können. Die meisten haben dafür entweder nicht die Zeit oder dann nicht die Möglichkeiten. Auch das wäre ein Fortschritt, wenn das nicht mehr gemacht werden müsste.

Was sich überlebt hat, das gehört abgeschafft. Sorgen wir im Dschungel der Krankenkassen endlich für übersichtliche, transparente und effiziente Strukturen. Das ist dann die Voraussetzung dafür, dass auch das Problem eines sozialeren Finanzierungssystems und einer wirksameren Kostenkontrolle endlich besser angegangen werden könnte. Eine gute Gesundheitsversorgung braucht eine effiziente und soziale Krankenversicherung. Nach dem gesundheitspolitischen

Stillstand der letzten Jahre sorgt diese Initiative dafür, dass es wieder in die richtige Richtung weitergehen kann.

Parmelin Guy (V, VD): Si l'idée peut paraître séduisante au premier abord avec son aspect «chacun paie en fonction de ce qu'il gagne et l'équité et la morale sont sauves», force est de constater que cette initiative populaire est un leurre. L'audition d'une délégation des initiants n'a fait que renforcer cette impression.

Même s'il faut admettre que tout est plus compliqué et que la perfection ne sera jamais atteinte dans le domaine de la santé publique quel que soit le projet, celui-ci devrait au minimum remplir les conditions suivantes pour qu'on puisse le soutenir: premièrement, il devrait freiner la hausse des coûts en matière de santé, d'une façon ou d'une autre; deuxièmement, il devrait être clair et transparent par rapport à la façon dont les assurés vont être mis à contribution; et troisièmement, il ne devrait pas davantage compliquer la situation actuelle et il devrait être facile à mettre en oeuvre. Or, aucune de ces conditions n'est remplie dans cette initiative, bien au contraire.

Tout d'abord, le système proposé se contente de répartir différemment la facture totale et ne propose rien pour maîtriser la hausse des coûts. A la poubelle les soins gérés, les efforts entrepris par les cantons dont les primes sont inférieures à la moyenne nationale, ainsi que toutes les incitations existantes à économiser et à mieux se responsabiliser individuellement! Nulle part les auteurs de l'initiative ne s'aventurent à démontrer que leur texte permettra de freiner la hausse de coûts ou à tout le moins de mieux gérer le système suisse de santé. La raison en est simple, leur texte conduira au contraire à «lâcher les freins» et incitera chacun à consommer davantage. En effet, les assurés auront soit à payer en fonction de leur capacité contributive – donc beaucoup pour certains – justifiant du coup en quelque sorte leur «droit» d'en avoir pour leur argent; ou alors ils n'auront que peu ou pas du tout à payer et donc aucun intérêt à économiser, ce qui reviendra au même.

Ensuite, je me suis posé la question de savoir ce qu'est la capacité économique du citoyen. La réponse est que la loi règlera la question. Mais les citoyens ont le droit de savoir à quelle sauce ils vont être mangés avant de voter un principe d'aspect séduisant. Or, aucun calcul, aucune simulation de primes en fonction du revenu – si c'est de cela que l'on parle – ne sont concrètement «avancés». De même – et c'est symptomatique – il n'y a aucune indication pour savoir si, et surtout comment, la fortune entrera comme composante dans la capacité économique. Je pense ici aux propriétaires de leur logement, dont l'estimation fiscale pourrait, ainsi que cela se fait pour avoir droit aux réductions de prime, être capitalisée et ajoutée au revenu. Cela touche naturellement des patrons de PME, des indépendants, des salariés et des retraités, qui seraient tous dans ce cas de figure mis à contribution. Y a-t-il un plafond aux primes? Si oui, à quel niveau se situe-t-il dans l'esprit des partisans de l'initiative?

Finalement, il apparaît que cette initiative s'apparente à une hausse déguisée de la fiscalité qui va tout particulièrement mettre à contribution une fois de plus la classe moyenne, voire introduire par la bande un nouvel impôt sur la richesse. Cette politique de redistribution des cartes n'est pas crédible, car aujourd'hui déjà les Suisses et les Suissesses de la classe moyenne participent largement aux coûts de la santé par leurs impôts, puisque les pouvoirs publics – il ne faudrait pas l'oublier – prennent à leur charge une large partie des coûts des hôpitaux et du système de santé en général. D'ailleurs, des experts arrivent à la conclusion dans leurs simulations que ce sont bien les catégories de revenus comprises entre 80 000 et 120 000 francs qui risquent de supporter en fin de compte la majeure partie des frais de l'opération.

Quant au fédéralisme et à la volonté des cantons de garder la main sur le système de santé en faisant jouer la proximité et en ciblant leurs efforts de maîtrise des coûts, tout cela est manifestement abandonné sans état d'âme par une bonne

partie de la gauche de cet hémicycle. Qu'il est loin le temps de l'union sacrée, entre le centre-gauche et les cantons, visant à sauvegarder la souveraineté financière de ces derniers lors du scrutin relatif au défunt paquet fiscal. Aujourd'hui, des conseillers d'Etat de gauche ont tourné casaque et se préparent à soutenir un texte qui va à l'encontre des intérêts de leur canton respectif, en affaiblissant leur volonté et leur intérêt à contrôler les coûts et en tuant à terme leur souveraineté en matière de santé publique, mais surtout en prônant lourdement leurs citoyens contribuables sans aucune amélioration du système, bien au contraire.

En plus de ce qui précède, il reste encore bien des inconnues relatives à l'aspect juridique de la nouvelle caisse-maladie unique, à son mode de fonctionnement, au transfert des réserves des caisses-maladie actuelles, à son financement général, par exemple: quelle part de fiscalité, s'il y en a une, cela représente-t-il, et, surtout, quel contrôle la population exerce-t-elle s'il faut augmenter les impôts pour assurer le fonctionnement de la nouvelle entité lorsque les coûts poursuivent leur ascension?

Pour toutes ces raisons, et pour bien d'autres encore, je vous invite à proposer au peuple et aux cantons de refuser ce texte qui n'est qu'un miroir aux alouettes et qui va à l'encontre du but recherché, lequel est de freiner la hausse incessante des coûts dans notre système de santé.

Stahl Jürg (V, ZH): Bevor ich inhaltlich zum Thema der Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» spreche, lege ich meine Interessenbindung offen: Als Mitglied der Direktion des drittgrössten Krankenversicherers der Schweiz, der Gruppe Mutuel, setze ich mich tagtäglich mit dem bereits heute stark regulierten und komplexen Gesundheitssystem der Schweiz auseinander. Es erstaunt darum kaum, dass ich Ihnen empfehle, diese reisserische Umverteilungsinitiative nicht anzunehmen. Ich tue dies aber nicht einzig vor dem Hintergrund meiner beruflichen Tätigkeit; vielmehr ist es meine Überzeugung, dass diese Initiative mit grosser Vehemenz bekämpft werden muss.

Das Thema der Einheitskrankenkasse, gekoppelt an die Idee der einkommensabhängigen Prämien, kommt in der politischen Auseinandersetzung in regelmässigen Abständen auf den Tisch. In einer Phase, in der die Bevölkerung unseres Landes verunsichert ist und das Vertrauen in das kostenintensive Gesundheitswesen stark angeschlagen ist, ist diese linke Forderung eine populäre und verführerische Art, die Bevölkerung mit Schönreden und Ideologiedenken zu ködern. Bei genauer Analyse und vertieftem Hinsehen entpuppt sich die Initiative aber erstens als ungerecht, zweitens lässt sie die Kosten explodieren und drittens führt sie zum Verlust der Freiheit aller Beteiligten. Die Folgen der Initiative sind unklar, die Prämien werden weiter ansteigen, und es fehlen jegliche Anreize, kostengünstiger, gerechter und effizienter zu behandeln und abzurechnen. Es wäre eine weitere Form der Umverteilung, welche bereits zur Genüge und über die akzeptierte und vernünftige Form einer gelebten Solidarität hinausgeht und nicht nur den Standortvorteil unseres Landes aufs Spiel setzt, sondern einiges mehr. Der Gang zur Einheitsmasse und zur Staatsmedizin führt unweigerlich zur Einschränkung der Freiheit sowohl bei Patienten wie auch bei den Leistungserbringern, aber auch zur Innovationsbremse und zu einem lethargischen «Dienst-nach-Vorschrift-Verhalten». Wollen wir das alles hinnehmen? Nein, ich will das nicht.

Das Gesundheitssystem hat andere Fehlanreize. Zum Beispiel bestraft es gesundheitsbewusste Personen, eigenverantwortliche Personen. Es ist quantitativ orientiert und generiert mit Automatismen höhere Einkommen für Leistungserbringer. Vernünftiges Verhalten und Behandeln wird nicht belohnt, und die Prämienverbilligungsregelung lenkt von den wahren Gegebenheiten und Schwächen des Systems ab. Bereits heute wird mit einkommensabhängigen und aus erhöhter Eigenverantwortung resultierenden Beiträgen eine grosse Umverteilungsübung durchgeführt und stillschweigend hingenommen. All diese Fehlanreize müssen korrigiert werden – Sie haben die Möglichkeit, zum Beispiel mit der

SVP-Prämiensenkungsinitiative. Aber eine Korrektur mittels Einheitslösung ist der falsche Weg.

Bevor ich zum Schluss komme, muss ich noch einige Bemerkungen zum Thema Effizienz der Krankenversicherer und zu der mangelnden Wertschätzung einiger Rednerinnen und Redner gegenüber deren Mitarbeitenden machen. Wenn Sie – insbesondere Kollegin Maya Graf, die nicht da ist – relativ unqualifizierte Anschuldigungen an die Versicherer machen, wenn Sie diese Auseinandersetzung mit dem Management wünschen und haben, ist das Ihr gutes Recht. Das Management der Krankenkassen wird sich dieser Auseinandersetzung stellen. Aber bitte tun Sie eines nicht: Unsere Mitarbeitenden, die tagtäglich Tausende, ja Zehntausende von Abrechnungen kontrollieren, überprüfen, Fehlpositionen kritisieren und auch annullieren, haben es nicht verdient, so dargestellt zu werden, als seien sie überflüssig und ineffizient. Die machen ihren Job sehr gut und sind sehr motiviert. Ob sie das auch in einem Monopolbetrieb sein würden, bezweifle ich sehr.

Die Gruppe der Bevölkerung, die wenig Leistungen bezieht und ihre Prämienrechnung pünktlich zahlt, hat ebenso Anspruch auf eine klare und gute Kostenkontrolle, und sie muss man auch schützen. Solidarität ist keine Einbahnstrasse.

Ich bitte Sie, diese Initiative, welche eine erneute Umverteilung darstellt, zur Ablehnung zu empfehlen, weil sie falsch und unehrlich ist, weil sie Kostenbewusstsein und Vernunft bestraft und weil sie den Patienten, Ärzten und Marktteilnehmern die Freiheit wegnimmt. Entscheiden Sie wie die Mehrheit Ihrer Kommission, und folgen Sie ebenfalls dem Bundesrat, zum Wohl der freiheitlichen Schweizerinnen und Schweizer!

Leutenegger Oberholzer Susanne (S, BL): Nach dem Werbespot gegen die Initiative vom Vertreter der Groupe Mutuel, Herrn Stahl, möchte ich jetzt meine Interessenbindung auch offen legen: Ich bin Versicherte der Öffentlichen Krankenkasse Basel, einer Krankenversicherung, die man im Rahmen des Privatisierungswahns bereits einmal aufgeben wollte.

Ich spreche mit genauso viel Vehemenz wie Herr Stahl, der dagegen gesprochen hat, für die Initiative. Warum? Weil ich mich wie Tausende von anderen Versicherten in diesem Land über die jährlichen Prämien erhöhungen ärgere; weil ich mich ebenfalls darüber ärgere, dass die Kopfprämien eine unsoziale Verteilung in diesem Land noch begünstigen; und weil das KVG den Anforderungen an eine Sozialversicherung heute nicht genügt. Was sind die Anforderungen an eine Sozialversicherung? Sie muss der ganzen Bevölkerung offen stehen. Sie muss solidarisch finanziert werden. Sie muss transparent sein. Und sie muss mit möglichst schlanken Strukturen effizient arbeiten.

Das KVG von 1996 brachte Fortschritte. Dazu gehört die obligatorische Versicherung, die der ganzen Bevölkerung ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen und den Zugang dazu sichert. Sie hat die gravierendsten Diskriminierungen zwischen Jung und Alt und zwischen Frauen und Männern aufgehoben. Nun kommen aber bereits die Aber: Die Solidarität zwischen reichen und ärmeren Schichten ist nicht gewährleistet. Die unsozialen Kopfprämien verhindern eine soziale Finanzierung. Zwar werden die untersten Einkommen mit der Prämienverbilligung entlastet. Die Prämienverbilligung ist aber sehr kompliziert; sie ist nur mit einem grossen Verwaltungsaufwand der Kantone zu bewerkstelligen; und sie erreicht die mittleren Schichten eben nicht.

Dafür zahlen Personen mit hohem Einkommen eben weit, weit weniger, als sie im Vergleich zu ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zahlen müssten. Das sind die Folgen. Personen mit mittleren Einkommen erleiden seit Jahren einen Kaufkraftverlust. Alleine in den letzten beiden Jahren sind die verfügbaren Durchschnittseinkommen nur wegen der Prämienhöhung um 0,4 und 0,2 Prozent gesunken.

Dann zum Wettbewerb: Der Wettbewerb sollte tiefere Kosten bringen. Man empfahl den Versicherten als Anreiz einen Kassenwechsel. Die neuesten Zahlen zeigen, dass die Versicherten nur im ganz geringen Ausmass die Kassen wech-

seln wollen. Bei den 35 grössten Versicherern sind es etwas mehr als 2 Prozent. Und wissen Sie warum? Weil die Leute selber nicht daran glauben, dass dies auf Dauer tiefere Prämien bringt. Das Instrument des Wettbewerbs taugt nicht zur Kostensenkung. Wir haben einen festen Leistungskatalog und einen Kontrahierungszwang, folglich kann der Wettbewerb nur über die unsoziale und unerträgliche Jagd nach den guten Risiken erfolgen.

Schliesslich brachte das KVG auch nicht tiefere Gesundheitskosten und mehr Effizienz der Kassen. Über 80 Krankenkassen sind für die kleine Schweiz zu viel. Das müsste den Gesundheitsminister beunruhigen – Herr Couchepin. Auch die hohen Verwaltungskosten, über die nicht einmal Transparenz herrscht, müssten Sie beunruhigen, denn Sie stützen sich auf die Zahlen von Santésuisse ab; etwas anderes haben wir nicht. Es besteht auch keine Transparenz bei den Abrechnungen zwischen der Grund- und der Zusatzversicherung.

Was wir heute brauchen, sind klare Antworten auf die Probleme, welche die Leute heute mit der Krankenversicherung haben. Das ist erstens die unsoziale Finanzierung, die viele Haushalte über Gebühr massiv belastet – ich verweise auf die GFS-Umfrage. Zweitens sind es die ständig steigenden Kosten des Gesundheitswesens. Das zeigt ganz klar, dass die Initiative die wesentlichsten Probleme der Bevölkerung mit lösen hilft. Sie setzt erstens bei den Kosten an, denn die Grundversorgung soll nur mehr über einen Versicherer angeboten werden, und dieser sorgt dann mit einem effizienten Angebot, tieferen Verwaltungskosten und schlankeren Strukturen für tiefere Kosten.

Ich verweise auf das Beispiel der Suva, Herr Couchepin, das müsste Ihnen ja bestens bekannt sein: Bei der Suva gehen von einem Prämienfranken 95 Rappen zurück an die Versicherten. Bei den privaten Unfallversicherern gehen von einem Prämienfranken nur knapp 80 Rappen zurück an die Versicherten. Das zeigt ganz klar, wohin die Reise gehen muss: Mit der Einheitskrankenversicherung haben wir tiefere Kosten und einen Strukturwandel, der die Kostensenkung zusätzlich begünstigt. Dieser Strukturwandel muss für das Personal, das gut arbeitet – da stimme ich Herrn Stahl durchaus zu –, sozialverträglich erfolgen. Da das Gesundheitswesen eine Jobmaschine ist, habe ich keine Angst, dass dies nicht gelingt. Aber was wir bei den Krankenversicherungen nicht brauchen, sind Spitzenmanager mit Spitzenlöhnen.

Zweitens bringt diese Initiative eine klare Entlastung durch eine Versicherung, die bei der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ansetzt. Damit löst die Initiative die zentralen Probleme der schweizerischen Bevölkerung im Bereich der Krankenversicherung.

Deswegen bitte ich Sie: Stimmen Sie ihr zu.

Borer Roland F. (V, SO): Frau Kollegin Leutenegger Oberholzer, können Sie mir bitte sagen – Sie sind ja Versicherte der Öffentlichen Krankenkasse Basel –, mit wie vielen Franken die ÖKK Basel für ihre Versicherungsprodukte in den letzten zehn Jahren durch öffentliche Gelder quersubventioniert und finanziert worden ist?

Leutenegger Oberholzer Susanne (S, BL): Wissen Sie, das Problem der ÖKK Basel sind nicht die Kosten. Das Problem der ÖKK Basel ist, dass sie sich in einer Struktur mit über 80 anderen Krankenversicherern bewegt, die das gleiche Angebot haben. Das ist doch ein ökonomischer Unsinn. Genau deswegen brauchen wir eine soziale Krankenversicherung, z. B. nach dem Muster der ÖKK, die dann, zum einen mit tieferen Verwaltungskosten, zum anderen mit mehr Druck auf die Leistungserbringer, für eine Senkung der Gesundheitskosten in diesem Land sorgen kann – und das bei gleichbleibendem Leistungsangebot. Genau das spricht aus der Sicht der Versicherten für ein Ja zur dieser Initiative.

Teuscher Franziska (G, BE): Meine Vorrednerinnen und Vorredner haben ihre Interessenbindungen auf den Tisch gelegt. Ich kann sagen: Ich bekomme von keiner Kranken-

kasse Geld, aber ich spreche im Namen vieler in der Schweiz. Ich bin eine Frau, ich bin grundversichert, ich habe eine vierköpfige Familie, und ich kann feststellen, wenn ich die Rechnungen für die Krankenkassenprämien seit 1996 anschau, dass der Rechnungsbetrag auch für unsere Familie in jedem Jahr stark angestiegen ist. Krank sein ist für viele Familien in der Schweiz ein finanzielles Risiko. Das KVG verfehlte klar das Ziel, den Kostenanstieg zu bremsen – das Ziel, das uns das KVG 1996 versprach. Jahr für Jahr sind daher eben nicht nur für meine Familie, sondern für alle Leute in der Schweiz die Prämien angestiegen.

Wer heute Post von der Krankenkasse bekommt, wagt kaum mehr, das Couvert zu öffnen. «Der Blick auf die Prämienrechnung schadet Ihrer Gesundheit»: Das müsste eigentlich in fetten Buchstaben als Warnhinweis unter dem Adressfenster stehen. Trotz eines Prämienverbilligungssystems führen die Prämien für viele Leute zu einem Schockerlebnis, entweder weil die Prämienverbilligung nicht ausreicht oder weil schon Versicherte mit einem mittleren Einkommen gar nicht mehr in den Genuss der Prämienverbilligung kommen. Das System der Prämienverbilligung ist alles andere als einfach: 26 Kantone mit 26 Lösungen. In jedem Kanton wird ein Gesuch anders beurteilt. Wie viel Geld da unnötig in eine immense Administration gesteckt wird, sollte man auch einmal für alle Kantone berechnen.

Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist kein Allheilmittel für alle Probleme der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens. Doch die Initiative würde das Krankenversicherungswesen stark vereinfachen: Statt rund 90 Kassen wie heute, die im Bereich der Grundversicherung alle dasselbe anbieten, gäbe es nur noch eine Kasse. Zudem würde die Initiative den unsäglichen Kopfprämien endlich eine Abfuhr erteilen. Die Kopfprämien, diese Schweizer Spezialität, sind in Europa einmalig. Die Prämien würden neu nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt. Das wäre endlich ein gerechtes System! Daher beantrage auch ich Ihnen, diese Initiative zur Annahme zu empfehlen.

Die gesundheitspolitische Debatte in der Schweiz geht von einer falschen Voraussetzung aus; davon nämlich, dass eine möglichst ungehinderte Konkurrenz zwischen den Krankenkassen langfristig die Gesundheitsversorgung optimiere. Immer noch denken auch die Gesundheitsstrategen von Bundesrat Couchepin, der Wettbewerb werde es schon einmal richten. Was die rund 90 Schweizer Krankenversicherer aber Jahr für Jahr abziehen, ist ein Scheinwettbewerb. Es ist die Jagd nach den guten Risiken; und das sind für die Krankenkassen die jungen Männer zwischen 20 und 40. 90 Kassen, die sich um diese Männer balgen, sparen keinen einzigen Gesundheitsfranken. Das haben die letzten zehn Jahre bewiesen. Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» setzt dieser unseligen Konkurrenz und ihren horrenden Kostenfolgen endlich ein Ende. Jeder Kassenwechsel verursacht nämlich administrative Kosten. Man geht von insgesamt 2 Milliarden Franken aus. Auch wenn Bundesrat Couchepin jetzt dann vielleicht sagt, diese Kosten würden total überschätzt: Diese Kosten für einen Kassenwechsel fallen an, und sie müssten eigentlich nicht sein.

Mit der Einheitskrankenkasse sparen wir also Kosten, ohne dass wir Leistungen abbauen müssen. Die Jagd nach den guten Risiken fällt weg. Der Scheinwettbewerb zwischen den Versicherungen erübrigt sich. Der komplizierte und kostspielige Risikoausgleich zwischen den Kassen muss nicht jedes Jahr neu berechnet werden.

Die Zeit ist reif für eine Systemänderung, denn die steigenden Krankenkassenprämien sind für viele Familien in der Schweiz ein immenses Problem. Die Revision der Krankenversicherung, wie sie Bundesrat Couchepin aufgelegt hat, schafft keine Abhilfe. Es fehlt eine grundlegende Kursänderung. Und diesen Paradigmenwechsel brauchen wir heute. Deshalb bitte ich Sie, die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» zur Annahme zu empfehlen.

Reymond André (V, GE): La réalité des problèmes de notre système de santé ne se limite pas à des barèmes de primes

et de quotes-parts personnelles. C'est toute la philosophie de notre couverture-maladie qui est remise en question ces jours-ci. Nos caisses d'assurance-maladie privées, dont le fonctionnement satisfait plus de 80 pour cent des habitants de notre pays, sont une fois de plus sur la sellette. Rappelons qu'en 2003, ce sont 73 pour cent des votants qui ont rejeté l'initiative populaire socialiste sur la santé (initiative-santé), infligeant par là même aux partisans d'une médecine étatisée un désaveu cinglant.

Et voilà qu'on en reparle encore et toujours! Au lieu de chercher à améliorer un système, qui en fin de compte ne marche pas si mal et que d'autres pays songent à imiter, on va chercher un modèle qui a clairement prouvé sa faillite pas loin de nos frontières. Chez nos voisins français par exemple, la Caisse nationale d'assurance-maladie est devenue synonyme de gabegie technocratique. Elle fait figure d'étaillon pour ce qui est de la lenteur administrative. Elle devient le jalon ultime de l'incurie et de l'inertie de la fonction publique. N'attirant que critiques et quolibets, elle cumule plus de mécontents que toutes les autres administrations françaises réunies. Attendre plus de six mois pour passer un scanner est là-bas une chose courante, et encore faut-il en trouver un à moins de 200 kilomètres de chez soi. Mais, qu'importe, les assurés, ce n'est pas là le problème de fonctionnaires endormis dans une routine qui leur fait fermer les yeux sur lespires abus que praticiens et patients peuvent commettre au grand dam des budgets sociaux et de l'équilibre budgétaire de leur nation. Les comptes de la sécurité sociale française plongent dans le déficit tel qu'on songe pour y remédier à introduire des caisses-maladie privées comme chez nous.

Et encore, il y a pire, allez chez nos amis britanniques pour voir la faillite la plus flagrante d'un système de santé dont on pourrait penser qu'il est l'oeuvre commune de Charles Dickens et de Franz Kafka. Le royaume britannique est aussi celui de la médecine à deux vitesses, un système désorganisé qui «plonge» chaque jour un peu plus dans le délitement le plus total.

C'est dans une gestion efficace et précise que réside le secret d'une bonne maîtrise des coûts de la santé. Sans doute, notre système de santé helvétique est-il perfectible; sans doute, faut-il améliorer l'offre des réseaux de soins et contrôler en même temps les factures des médecins, les ordonnances des patients et les comptes de gestion des caisses-maladie privées – on s'y emploie sans cesse –, mais, face à l'augmentation des dépenses de santé, je doute fort qu'une caisse-maladie unique soit la panacée que notre pays réclame.

Ce qui renforce notre système d'assurance-maladie, c'est la concurrence, cette saine compétition entre les caisses-maladie qui doivent ajuster leurs primes, au risque de voir leur clientèle passer chez un concurrent. Cette épée de Damoclès entre les mains des assurés est l'arme la plus efficace pour inciter nos caisses d'assurance à une gestion saine et fiable de leurs coûts et ainsi donc du montant de leurs primes.

On sait que chaque facture, chaque ordonnance est examinée au plus près. Rembourser ce qui doit l'être sans pour autant cautionner d'éventuelles fraudes ou de possibles abus mobilise une armée d'employés servis par des moyens informatiques conséquents. Tous ces moyens mis en oeuvre engendrent, c'est certain, des frais importants, mais la rigueur de la gestion et la vitesse des remboursements ou de prises en charge sont à ce prix. Il faut savoir que ces rigoureux contrôles font économiser plus de 1 milliard de francs par an. Dommage que les partisans de la caisse-maladie unique ne connaissent pas ce chiffre!

Puisque que nous y sommes, parlons des frais administratifs qui semblent être, selon les initiants, les grands responsables de l'augmentation des primes. Ils ne représentent que 6 pour cent du montant des primes, c'est-à-dire à peu près 13 francs par assuré. C'est dire que leur argument, celui d'économiser des dépenses administratives, ne tient pas. Ils parlent d'une économie finale de 1 milliard de francs après une réduction des frais administratifs, alors que ceux-ci ne repré-

sentent que 950 millions de francs au total pour les caisses-maladie.

Voilà le genre d'arguments qui alimentent le discours démagogique des partisans d'une médecine en voie d'étatisation, car c'est bien la finalité d'une telle initiative: mettre la santé des Suisses sous la tutelle de l'Etat, avec tous les dérapages que cela peut induire. Et le coût faramineux de la transition de notre système actuel à celui que prévoit l'initiative n'a pas encore été évoqué. Laissons le bon sens reprendre le dessus. On l'a dit, les Suisses sont, dans leur grande majorité, satisfaits de leur caisse-maladie. D'ailleurs, selon les années, par rapport aux 7,4 millions d'assurés que compte notre pays, seuls 150 000 à 350 000 changent de caisse. Il faut bien reconnaître que c'est peu. A peu près 50 pour cent d'entre eux choisissent des franchises à option. C'est à une meilleure maîtrise des dépenses de santé qu'il faut veiller pour éviter que le montant des primes ne s'envole et non pas à étatiser notre système de santé par une initiative dangereuse sur bien des points.

Et que dire de cette proposition d'établir le montant des primes en fonction du revenu? Si les bas salaires ne paient qu'une partie infime des cotisations, que penser des personnes qui font marcher notre économie et qui devraient payer des primes avoisinant les 100 000 ou les 150 000 francs?

Widmer Hans (S, LU): Zualererst möchte ich etwas infrage stellen, was Herr Stahl so in einer Nebenbemerkung gesagt hat. Er hat indirekt gesagt, bei Monopolbetrieben sei die Motivation schlecht. Das ist sicher nicht der Fall. Mögliche Motivationen können auch bei privaten Unternehmungen genau die gleichen sein wie bei Monopolbetrieben. Das als kleine Einleitung. Und übrigens könnte auch eine Einheitskrankenkasse, das wurde hier immer wieder gesagt, durchaus gute Kontrollfunktionen erbringen. Man muss jetzt nicht so tun, als wäre die Fähigkeit, kontrollieren zu können, an einzelne Kassen gebunden. Das glaubt Ihnen niemand. Jeder ist fähig zu kontrollieren, wenn er dazu den entsprechenden Auftrag hat.

Nun zu meinem Votum: Die Leistungen der Kassen sowie auch Preise und Tarife sind ganz genau im KVG festgelegt. Wer hier von einem Wettbewerb sprechen will, der kann höchstens einen Scheinwettbewerb meinen oder, mit anderen Worten, wie das der ehemalige FDP-Präsident, der Innerschweizer Franz Steinegger gesagt hat, einen Pseudowettbewerb. Das hat er im Zusammenhang mit der Suva gesagt, es gilt aber genau gleich auch hier. Es handelt sich um einen Pseudowettbewerb. Dieser Scheinwettbewerb bedeutet, dass gerade die positiven Aspekte des Wettbewerbs eben nicht funktionieren können. Leidtragende sind dann normalerweise die Kunden, die Konsumenten, in diesem Fall die Versicherten. Und wegen des Obligatoriums trifft es eben alle, nämlich die ganze Bevölkerung. Ich möchte einige Beispiele aufzählen:

1. Der Pseudowettbewerb sorgt dafür, dass sich die Kassen um die sogenannten guten Risiken streiten; das ist ein Skandal, wenn man davon ausgeht, dass das Recht auf Behandlung eigentlich für alle gilt. Alle stellen ein Risiko dar. Die guten und die schlechten Risiken – das kommt mir vor wie eine schlimme Auswahl, eine Art Versicherungseugenik. Diese Risikobewertung geschieht übrigens zum Teil mit echt problematischen Methoden. Ältere Menschen und Chronisch-krankte werden indirekt zum Teil regelrecht weggemobbt. Das geschieht nicht so direkt, sondern über die ganze Werbemaschinerie. Der ganze Bereich der Krankenkassen mit diesem Wettbewerb schafft zwar in der Werbewirtschaft sehr viele Arbeitsplätze, aber wir wollen doch keinen Impuls für diesen Wirtschaftszweig, wir wollen direkt Gesundheitspolitik machen und nicht indirekt die Werbemaschinerie fördern in einem Bereich, der gar keine Werbung nötig hat. Warum nicht? Weil die Gesundheit ein Gut ist, das jedem zukommt.
2. Der Pseudowettbewerb senkt die Kosten nicht, das wurde schon genügend gesagt, sondern treibt sie eher in die Höhe. Um für sozialen Ausgleich zu sorgen, müssen dann Bund und Kantone Prämienverbilligungen ausschütten, und, wie gesagt, die Werbe- und Abwerbekosten bezahlen die Versi-

cherten direkt. Wir alle zahlen also, während die einzelnen Kassen dann am Schluss Gewinne einstreichen. Einzelne Kassen schieben schlechte Risiken zum Teil in die IV ab. Auch da sparen die Kassen, während die Allgemeinheit für die Mehrkosten aufkommen muss.

Ich möchte nicht wie mein Vorredner die Zeit überschreiten; für mich ist diese Initiative «pas une initiative dangereuse», sondern eine sehr vernünftige Sache, die bei unserer ganz grossen Tradition anknüpft, nämlich beim Aufbau der Sozialwerke, beim Aufbau der AHV, beim Aufbau der IV, in einer Zeit, als der Solidaritätsgedanke noch nicht total durch den reinen Marktgedanken unterdrückt wurde.

Ich bitte Sie, die Initiative zu unterstützen.

Borer Roland F. (V, SO): Auch ich möchte meine Interessen offen legen: Ich bin in der «groupe de réflexion» der Groupe Mutuel tätig und bin vor allem auch bei dieser Versicherung versichert. Ich bin somit einer jener Krankenversicherten, die zusammen jährlich mehr als 100 Millionen Franken in den Risikoausgleich, den Transfer in andere Krankenversicherungen, bezahlen.

Warum bin ich gegen diese Initiative? Ich bin dies aus einem ganz einfachen Grund: Sie bringt nichts. Sie setzt am falschen Ort an. Man will mit dieser Initiative auf eine neue Art und Weise Gelder umverteilen. Aber für die tatsächlichen Probleme, nämlich den Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen, bietet diese Initiative leider keine Lösung.

Die Initiative für eine Einheitskrankenkasse ist der Anfang eines Weges in eine falsche Richtung. Es ist ein Schritt in Richtung Staatsmedizin. Denn gerade die Einheitskrankenkasse ist fast Bedingung dafür, dass man einen Wechsel unseres Gesundheitssystems in Richtung Staatsmedizin machen kann. Ich gebe zu: Es gibt sogar bürgerliche Wählerinnen und Wähler in unserem Land, auch solche, die mich gewählt haben, die sagen: Es ist immer noch besser, ein System der tatsächlichen Staatsmedizin zu haben als eine Mischform, wie sie heute besteht. Denn wir haben heute weder Fisch noch Vogel. Aber wohin führt die Staatsmedizin? Sie führt nicht etwa dazu, dass alle in Zukunft die gleichen Leistungen zu einem annehmbaren Preis bekommen. Sie führt nicht zu einer Zweiklassen-, sondern zu einer Dreiklassenmedizin: Da ist einmal die Holzklasse für alle, die Prämien bezahlen, ob einkommensabhängig oder Kopfpämie bleibe dahingestellt. Dann ist da die Klasse 2 für die Politiker, denen man ja dann Gutes tun will, sollten sie einmal krank werden; sie ist schon ein wenig besser als die Holzklasse. Die Klasse 1, die beste Klasse, ist dann für jene, welche es sich leisten können, ihre medizinischen Leistungen zu bezahlen und dort zu beziehen – ob im Inland oder im Ausland bleibe dahingestellt –, wo sie wollen. Das ist eine Medizin, die ich nicht will.

Warum funktioniert bei uns der Wettbewerb nicht? Ich gebe zu: Der Wettbewerb funktioniert im Moment nicht, obwohl gerade diejenigen, die jetzt das bestehende KVG in Grund und Boden verdammen, doch diejenigen sind, die es vor der Einführung beim Referendum so vehement verteidigt haben! Ich bin x-mal gegen Politikerinnen und Politiker der Grünen oder der Sozialdemokratischen Partei angetreten gegen dieses KVG, und die haben das KVG durch alle Böden hindurch verteidigt, als wäre es die grosse Errungenschaft für uns – und jetzt ist es plötzlich nicht mehr so. Manchmal habe ich wirklich das Gefühl, ich sei im falschen Film.

Warum funktioniert der Wettbewerb nicht? Weil wir den Wettbewerb verhindern! Wir wollen den Wettbewerb nicht bei den Leistungserbringern, weil wir ja vielleicht plötzlich feststellen würden, dass gewisse öffentliche Einrichtungen im Bereich der Spitäler ineffizient arbeiten. Wir wollen ihn aber auch nicht im Bereich der Krankenversicherer. Wir subventionieren dort einzelne Versicherte durch einen Risikoausgleich, wozu auch immer dieser sein soll. Sagen Sie mir einen anderen Ort in der Wirtschaft, wo in diesem Ausmass quersubventioniert wird! Seit Einführung des Risikoausgleichs hat in der Schweiz ein einzelner Krankenversicherer, ein einziges Unternehmen, über 4 Milliarden Franken, über 4000 Millionen Franken, aufgrund des Risikoausgleichs kas-

siert – und da sagen Sie, der Wettbewerb funktioniere nicht! Ich frage mich wirklich, was das eigentlich soll. Wer ein Gesundheitswesen will, das leistungsorientiert ist, und wer mittelfristig dann auch risikogerechte, aber bezahlbare Prämien will, der unterstützt diese Initiative für eine Einheitskrankenkasse nicht, sondern wird die Initiative der SVP, die Prämien-senkungsinitiative, unterstützen.

Zisyadis Josef (–, VD): A vrai dire, dans ce débat, il y a un tel décalage entre les millions d'assurés de ce pays – qui vivent au quotidien avec le système antisocial de la fameuse loi sur l'assurance-maladie que, pour ma part, je n'ai pas soutenue à l'époque, comme, d'ailleurs, le Parti suisse du travail/POP – et ce Parlement qu'on peut se demander à quoi sert ce débat-fleuve fait de juxtapositions indissociables et de professions de foi des uns et des autres. En fait, ce Parlement, à mon sens, n'a aucune légitimité pour discuter de la caisse-maladie unique parce qu'il est infiltré par un grand nombre de personnes qui sont le bras armé des assureurs-maladie. Jamais aucun lobby occulte n'a été aussi fort dans ce Parlement.

A quoi ça sert de débattre alors que les jeux sont déjà faits? L'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» sera balayée tout à l'heure de la plus belle façon. Nous avons affaire à un vote qui est, à mon sens, piégé, détourné, sans aucune indépendance d'esprit. J'espère pour ma part que ce sera ce visage-là que retiendra la population de notre pays: le visage de ce Parlement qui a des fils à la patte.

Je vais citer ici quelques-uns de ces membres du conseil, en m'excusant auprès d'eux déjà des oublis possibles parce que je ne suis qu'un modeste député qui lit des listes de liens d'intérêts. Ils viendront peut-être corriger d'eux-mêmes si j'en ai oublié quelques-uns. Evidemment, je ne prendrai que les membres siégeant au Conseil national, parce qu'il y en a tout autant au Conseil des Etats: Monsieur Roland Borer, UDC, de Soleure, conseiller au Groupe Mutuel – il vient de le dire; Monsieur Yves Christen, PRD, à Helsana; Monsieur Gutzwiller, PRD, de Zurich, à Sanitas et au Hirslanden Holding AG; Monsieur Norbert Hochreutener, PDC, de Berne, membre de l'Association suisse d'assurances; Madame Doris Leuthard, PDC, d'Argovie, à la Chrétienne sociale suisse; Monsieur Claude Ruey, PLS, au groupement des assurances Cosama et au groupe de réflexion Mutuel; Monsieur Simon Schenk, UDC, de Berne, à la CPT; Monsieur Jürg Stahl, UDC, de Zurich, membre de la direction du Groupe Mutuel; Monsieur Georges Theiler, PRD, de Lucerne, à Wincare; Monsieur Pierre Triponez, PRD, de Berne, au Groupe de réflexion Mutuel. J'en ai certainement oublié!

Plus le résultat contre la caisse-maladie unique sera net tout à l'heure, plus la coupure avec le pays réel sera flagrante. Aujourd'hui, les assurés en ont marre des hausses incessantes de primes; les assurés en ont marre du manque de transparence des assureurs-maladie privés; les assurés en ont marre d'être taxés individuellement par tête, comme le voulait Madame Thatcher avec sa «poll tax», alors que le millionnaire et le chômeur de ce pays ne vivent absolument pas dans la même situation du point de vue social. C'est pour cela que la sympathie pour la caisse-maladie unique monte; c'est, pour une partie de la population, une véritable bouée de sauvetage populaire. Elle est perçue ainsi tant la situation est grave socialement.

Alors, votons et qu'on en finisse! et que le peuple ait la parole au plus vite pour mettre de l'ordre dans cette gabegie du privé!

Engelberger Eduard (RL, NW): Wir wissen es: Die Initiantinnen und Initianten streben einen grundlegenden Kurswechsel in der sozialen Krankenpflegeversicherung an, indem die Krankenversicherung für die ganze Schweiz von einer einzigen Institution – der Einheitskrankenkasse – übernommen werden soll. Damit würden jede Form von Wettbewerb und alle damit verbundenen Vorteile wegfallen. Eine solche Monopolstellung ist dem schweizerischen Gesund-

heitssystem bis heute fremd und für uns in dieser Form auch nicht akzeptabel.

Die stetig steigenden Krankenkassenprämien bereiten auch uns, den Gewerbetreibenden, immer wieder Sorgen; eine Gegenbewegung wäre sehr zu wünschen. Primär aber gilt es, die Gesundheitskosten durch Einsparungen unter Beibehaltung der Leistungsqualität in den Griff zu bekommen. Dies ist aber nicht möglich, wenn wir eine Einheitskrankenkasse einführen, ich glaube sogar, das Gegenteil würde eintreffen. Eines der wenigen verbleibenden Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen mit Kostendämpfungswirkung würde damit aufgegeben, wenn auch einige anderer Meinung sind. Anstelle einer echten Auswahl konkurrenzierender Krankenkassen träte ein aufgeblähter, vielleicht träger Staatskoloss mit einer dreigliedrigen Führung, welche de facto zur Handlungsunfähigkeit führen würde. Das wollen wir nicht und können wir nicht brauchen. Im heutigen System sind die Krankenversicherer im Wettbewerb gezwungen, ihre Kosten möglichst tief zu halten. Sie tun dies primär durch systematische Kontrollen der zu bezahlenden Leistungen und durch eine mehr oder weniger sanfte Einflussnahme auf die Leistungserbringer. Die daraus resultierenden Einsparungen übertreffen die durch ein Wettbewerbssystem verursachten Vertriebs- und Marketingkosten sicher bei weitem.

Was für schlimme Folgen ein schlaffer Monopolbetrieb haben kann, der meist zu spät reagiert und sich kaum um die Höhe der zu bezahlenden Leistungen kümmert, zeigt uns die IV in aller Deutlichkeit. Hüten wir uns deshalb davor, eine zweite, ungleich grössere und problematischere «IV» zu schaffen, und bleiben wir beim bisherigen System, das immerhin noch den Wettbewerb sichert.

Die Einheitskrankenkasse-Initiative hat nach unserer Ansicht eine nicht verantwortbare Stossrichtung, und sie löst die Probleme nicht. Im Titel und meist auch in der Argumentation wird zudem verschwiegen, dass neben der Einheitskrankenkasse auch eine einkommensabhängige Finanzierung verlangt wird. Diese Finanzierungsart, so, wie sie sich die Initianten vorstellen, hätte zur Folge, dass wir auf kaltem Weg eine Reichtumssteuer einführen. Wer heute eine überdurchschnittliche Leistung erbringt, wird vom Staat und den Sozialwerken immer stärker gefordert und hat immer mehr Nachteile in Kauf zu nehmen. Diese fragliche Entwicklung dürfen wir nicht auf die Spitze treiben, das würde sich äusserst leistungshemmend auswirken. Deshalb ist es für uns unabdinglich, diese Einheitskrankenkasse-Initiative ebenso klar und deutlich zurückzuweisen, wie das Volk und Stände am 18. Mai 2003 mit der aus der gleichen Linie stammenden Gesundheits-Initiative mit 73 Prozent Neinstimmen getan haben.

Ich beantrage Ihnen, auch im Namen des Schweizerischen Gewerbeverbandes, diese Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» abzulehnen, wie das auch der Bundesrat und die FDP-Fraktion vorschlagen.

Huguenin Marianne (–, VD): En 2003, un rapport commandé par la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales, regroupant les conseillers d'Etat des huit cantons latins, concluait que «la concurrence entre assureurs s'avère manifestement incompatible avec une gestion sociale de l'assurance-maladie». Ceci en raison des écarts de prime à l'intérieur des régions, des coûts administratifs en hausse, du manque de transparence de ces coûts et surtout du fait que la concurrence se joue principalement sur la sélection des risques.

La sélection des risques occasionne par ailleurs des coûts supplémentaires importants liés à la publicité et au débouchage des bons risques – des coûts non contrôlés et dont rien ne prouve qu'ils ne sont pas pris dans l'assurance de base –, et, pour elle, les caisses-maladie dépensent une grande partie de leur énergie et usent de divers moyens à la limite de la légalité tels que l'absence de réponse à une demande d'affiliation, la pression sur les agents d'assurance, les retards voulus dans les versements de prestations, les suspensions injustifiées de prestations.

Le rapport précité en appelait à une réorganisation du système de l'assurance-maladie, nécessité absolue pour le centrer sur les relations avec les assurés dans la transparence. Et il concluait en proposant une caisse suisse d'assurance-maladie, évoquant divers modèles allant d'un mandat aux caisses actuelles à une centralisation sur le modèle des agences cantonales AVS.

Qu'une telle suggestion vienne d'un milieu si proche des décideurs, du pouvoir, des cantons montre l'ampleur de la crise. Cette crise de confiance envers les assureurs-maladie est générale et leur image a basculé en cinquante ans, passant de mutuelles au service des assurés à un pouvoir économique abstrait symbolisé par une voix anonyme au téléphone, à une image de luxe, de hauts salaires des managers et l'opacité de leur gestion. En effet, ceux qui veulent soumettre tout le système de santé, toute la médecine à des critères d'économie, à des mesures de qualité, ceux qui imposent paperasse et bureaucratie aux prestataires de soins ne sont, eux, pas contrôlés, pas évalués.

Ce manque de confiance et ce ras-le-bol existent aussi chez les médecins, pourtant hostiles historiquement à des solutions étatiques. Ils sont cependant de plus en plus nombreux à se montrer favorables à une caisse-maladie unique, tant les caisses-maladie privées toutes-puissantes agacent. Ces caisses qui se mêlent de tout, de la relation thérapeutique, de la durée de la consultation – voyez la polémique récente entre les médecins vaudois et Visana qui refuse de rembourser les frais de consultation pour le temps qui excède la durée de 20 minutes et prend les patients en otage, hors de toute légalité –, qui se mêlent des examens nécessaires à un diagnostic, de la durée de l'hospitalisation, du nombre de médecins et du libre choix de ceux-ci.

La liberté des médecins à exercer, à traiter, est remise en cause bien plus fortement par les caisses-maladie devenues des pouvoirs économiques intangibles, que par l'Etat. Elles jouent de plus en plus un rôle de petit lobby privé se créant des marchés juteux grâce à la complicité des décisions prises par la majorité en place, par le Conseil fédéral lui-même. Elles se créent un marché pour les assurances complémentaires, par des suppressions ou des limitations de remboursement pour les médecines naturelles, pour les psychothérapies, pour le libre choix du médecin bientôt!

Dans le dernier numéro de l'«Hebdo», on mentionnait le futur marché créé par la possible suppression de l'obligation de contracter. Avec 10 francs par mois et par assuré pour garantir le libre choix du médecin traitant auquel les habitants de ce pays sont attachés, l'«Hebdo» évoquait, pour 7,3 millions d'assurés, un total de 876 millions de francs de primes possible par an pour un risque quasi nul, les fameux moutons noirs étant fort rares et d'ailleurs contrôlés.

La caisse-maladie unique est donc le seul moyen de donner un signal politique fort pour modifier le système actuel, qui conduit exactement vers ce que Monsieur Ruey a dénoncé, soit vers une médecine à deux vitesses, un démantèlement de la qualité des soins, des files dans les services d'urgence, une liste d'attente pour des interventions importantes.

Voter pour la caisse-maladie unique, c'est dire que la population en a assez d'un système où une vendeuse paie la même prime que Monsieur Ospel; des comptes mélangés entre la prime de base et les complémentaires; de la compétition entre assurés, et du débauchage à grands frais des «bons risques», faisant des personnes âgées et malades des pestiférées; de l'arrogance des caisses envers les soignants et les patients; du contrôle chez les autres et du laxisme et de l'opacité pour soi; de l'obsession de la surveillance censée réduire les coûts; et aussi de faire croire que la diminution des coûts et la qualité du système de santé reposent avant tout sur le contrôle des médecins.

«A gauche toute!/Links!» soutient donc le principe de la création d'une caisse-maladie unique. Ce n'est pas un scoop, puisque le Parti suisse du travail l'a soutenue activement dès le début, récoltant près du tiers des signatures. Il la soutient aussi parce que le nouvel alinéa 3 de l'article 117 de la Constitution propose un conseil d'administration com-

prenant un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des assurés. Ce système géré paritairement nous semble en effet nécessaire, car nous n'avons aucune confiance dans l'Etat tel qu'il est pour gérer une caisse-maladie unique.

Une caisse-maladie unique, c'est simplement une vraie réforme, une chance que le système change. Ce n'est pas une révolution, ce ne sont pas les Soviets, comme le disait Monsieur Ruey. C'est simplement reprendre les systèmes français, anglais, nordique actuels. Et cette réforme, il faut oser la mener.

Keller Robert (V, ZH): Ich bin ja kein Gesundheitspolitiker, aber der Franken rollt immer mehr in diese Richtung. Ich spreche als Gewerbevertreter und habe etwas Sympathie für diese Initiative. Ich frage mich: Braucht es 85 Kassen, sind sie effektiv, sind sie auch produktiv, können und wollen sie mit geballter Kraft auf die Kostentreiber einwirken? Bei den Banken reduzierte der Markt die Anzahl der Institute in wenigen Jahren um mehr als die Hälfte. Ich möchte nicht in die Details gehen, Sie haben genug gehört. Aber: Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird langsam unerträglich. Die Lohnerhöhungen unserer Mitarbeiter werden in der Regel durch höhere Krankenkassenprämien aufgehoben. Beim StromVG haben wir gesagt, es sei wichtig, aber bedenken Sie: Der Strom kostet eine Familie 1000 Franken im Jahr, aber die Gesundheitskosten sind um einen Faktor von etwa 10 höher.

Wer handelt eigentlich? Fundamentalere Wandel ist angezeigt! Es ist natürlich wie bei den Steuern: Die gerechten Prämien sind die, welche die anderen zahlen. Kostenreduktion ist teilweise ein Fremdwort. Wir sprechen nicht von den Verwaltungskosten, diese sind relativ tief, aber davon, die Gesundheitskosten generell zu senken. Nach unserer Ansicht leisten die Kassen zu wenig für die Prävention. Ich sehe, was die Suva macht: Das ist nicht das Gleiche. Was machen denn die Kassen, um die Kosten zu senken? Die Politik – wir –, wir können nicht alles machen! Kostenreduktion ist gefragt. Es ist auch nicht richtig, wenn die Jungen für die ältere Generation zahlen müssen. Auch bei den Spitälern ist Handlungsbedarf angesagt.

Zusammengefasst: Es ist viel zu tun, um Erfolge zu erzielen. Kann das eine Einheitskrankenkasse? Da frage ich mich wirklich. Ich glaube es nicht. Warum? Sicher ist: Die Monopolwirtschaft ist dem Wettbewerb immer unterlegen. Der Wettbewerb der Kassen muss spielen. Dazu gehören natürlich auch die Qualität, der Preis und die Vertretung der Interessen der Versicherten. Ein weiterer Grund, die Initiative abzulehnen, ist für mich die von ihr vorgesehene Abschaffung der Kopfprämie, eine weitere Umverteilungsübung.

Aus diesen Gründen lehne ich die Initiative mit Überzeugung ab.

Lang Josef (G, ZG): Die sachbezogenen Argumente, die Kollega Keller vorher vorgebracht hat, sprechen zu einem grossen Teil für die Initiative. Gegen die Initiative sprechen vor allem die ideologischen Argumente, die er vorgebracht hat.

Der helvetische Krankenkassensalat ist tatsächlich unnötig teuer. Kollega Stahl, die Kritik der mangelnden Effizienz betrifft nicht das Personal, sie betrifft das System. Eine Einheitskrankenkasse schafft Synergien und spart damit Kosten – mindestens eine halbe Milliarde Franken pro Jahr.

Viele Krankenkassen wurden vor über hundert Jahren als Selbsthilfeorganisationen gegründet. Die Kassen gehörten den Mitgliedern und wurden auch von ihnen geführt. Die meisten oder praktisch alle Sozialversicherungen wurden in der Zwischenzeit zu dem, was Kollega Keller Monopolwirtschaft genannt hat, beispielsweise die AHV, die sehr gut funktioniert. Die Krankenkassen entwickelten sich zu markt-orientierten Playern – und das in einem Geschäft, das im Jahr etwa 50 Milliarden Franken ausmacht. Das Management trifft alle wichtigen Entscheide. Die Prämienzahlenden haben praktisch keinen Einfluss mehr. Ihre einzige theoretische Handlungsmöglichkeit ist, die Kasse zu wechseln. Die

Tatsache, dass das weniger als 3 Prozent machen, zeigt, dass das kein Mittel des Wettbewerbs ist.

Kommt dazu, dass sich die Zahl der Krankenkassen seit 1945 von über 1100 auf unter 90 vermindert hat. Diese Konzentration führt zu einer zusätzlichen Entmachtung der Versicherten. Die zehn grössten Kassen verwalten 70 Prozent der Versicherten. Das mag gut und recht sein, wenn es um Zusatz- und Luxusversicherungen geht, ist aber völlig daneben, wenn es um die obligatorische Krankenpflegeversicherung geht. Deshalb braucht es neben zahlbaren Prämien – das ist tatsächlich das Hauptziel der Initiative – mehr Demokratie, mehr Transparenz, mehr Gerechtigkeit und auch mehr Innovation.

Die tripartite Führung der Einheitskrankenkasse entspricht einem bewährten Modell schweizerischer Lösungssuche unter genau festgelegten Verantwortlichkeiten. Collègue Raymond, Kollega Borer, das ist keine Staatskasse. Es sind die Akteurinnen und Akteure selbst, die partnerschaftlich für die Verwaltung der Kasse und die Erhaltung der öffentlichen Gesundheit zuständig sind. Die Versicherten erhalten damit etwas, was sie einmal hatten, nämlich Mitsprachemöglichkeiten. Die höhere Transparenz und die genaueren Kenntnisse werden es erlauben, das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Mit einer Einheitskrankenkasse wird es zudem möglich – hier spreche ich etwas an, was Kollega Keller vorher betont hat –, ähnlich wie in der Unfallverhütung die Prävention viel stärker zu betonen: Die soziale Einheitskrankenkasse ist gesünder und günstiger als der Krankenkassensalat.

Zuletzt noch dies: Nehmen Sie sich die Glarnerinnen und Glarner zum Vorbild!

Leuenberger Ueli (G, GE): Tout d'abord, je déclare mes liens d'intérêts. Je suis assuré à une caisse-maladie; je suis âgé de plus de 50 ans: je ne peux donc pas revendiquer le fait d'être un bon risque.

La caisse-maladie unique ne va évidemment pas résoudre tous les problèmes de notre système de santé. D'autres collègues se sont expliqués sur les différents aspects qui plaident pour une acceptation sans hésitation de l'initiative populaire. Mon intervention se limite à insister encore une fois sur le fait qu'elle mettra fin à un des grands scandales qui est la chasse aux bons risques par les assureurs.

Oui, la chasse aux bons risques est un véritable scandale. Jusqu'à aujourd'hui, aucune majorité politique, ni au sein de notre gouvernement, ni au sein de notre Parlement, ne s'est trouvée pour interdire cette pratique – que certains qualifient de «pratique à la limite de la légalité» – et que l'immense majorité de la population trouve tout simplement scandaleuse. Ce qui semble évident, c'est qu'une telle pratique est contraire à l'esprit de la LAMa.

De nombreux experts suisses et internationaux critiquent par ailleurs durement les caisses-maladie qui pratiquent la sélection des risques au moyen de campagnes de publicité ciblées principalement sur des jeunes en bonne santé. Chaque année, des sommes colossales sont dépensées à cette fin, au lieu d'utiliser ces montants financés par les assurés pour financer correctement les prestations de l'assurance-maladie et pour contribuer au travail de prévention contre les maladies. L'explosion des coûts de la santé est inquiétante; l'augmentation des primes d'assurance-maladie alimente évidemment l'inquiétude des assurés; les primes grèvent les budgets des familles et pèsent très lourdement sur les budgets cantonaux. Cette lutte concurrentielle acharnée pour s'arracher les bons risques est inadmissible.

En acceptant le principe de la création d'une caisse-maladie unique, on en finira enfin avec ce scandale.

Hassler Hansjörg (V, GR): Die Befürworter einer Einheitskrankenkasse begründen ihre Forderung vor allem mit Argumenten wie tiefere Verwaltungskosten, Vereinfachung der Krankenversicherung für die Versicherten, mehr Macht bei Tarif- und Preisverhandlungen, mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten sowie ganz generell mit dem Versagen des bisherigen Systems im Kampf gegen die Kostenentwick-

lung. Eine nähere Analyse ihrer Argumente zeigt aber ganz deutlich, dass ihre Vorwürfe an das bisherige System danebenzielen und dass ihre Erwartungen an eine Einheitskrankenkasse unrealistisch sind. Für die Kostenentwicklung ist nicht das Versicherungssystem mit den autonomen Krankenversicherern verantwortlich; vielmehr sind die heutigen Rahmenbedingungen wie Vertragszwang, Überkapazitäten in vielen Bereichen, wachsende Ansprüche der Versicherten und Anreize zu einer unnötigen Mengenausweitung verantwortlich.

Das Problem der stetig steigenden Gesundheitskosten muss daher an der Wurzel gepackt werden. Reformen sind nötig, aber sie müssen in Richtung wirtschaftlicher Anreize und wettbewerblicher Elemente gehen. Statt nach einem neuen System zu rufen, sollte man dafür sorgen, dass den Versicherern die nötigen Instrumente zur Verfügung gestellt werden, damit sie im Rahmen des heutigen Systems ihre Aufgaben optimal erfüllen können. Die Einheitskrankenkasse hingegen bringt keine Anreize für eine Kostensenkung im Gesundheitswesen. In Ländern mit staatlichen oder halbstaatlichen Gesundheits- und Versicherungssystemen wächst die Unzufriedenheit der Bevölkerung mit den wachsenden Versorgungslücken. Dies ist vor allem in Grossbritannien, in Frankreich und neuerdings auch in Dänemark der Fall. Diese Länder betrachten in zunehmendem Masse unser Gesundheitssystem als wegweisend.

Eine Einheitskrankenkasse bevormundet die Versicherten. Alle in der Schweiz wohnhaften Personen können heute in ihrem Kanton die Krankenversicherung frei wählen. Sie können die Versicherung wechseln, wenn sie mit ihrem bisherigen Versicherer unzufrieden sind. Die Konkurrenz zwingt die Versicherer, die Serviceleistungen zu verbessern, die Verwaltungskosten tief zu halten und die Kostenkontrollen zu intensivieren, wenn sie sich am Markt behaupten wollen. Eine Einheitskrankenkasse kennt hingegen keine Konkurrenz, die sie zu besseren Leistungen zwingt. Wenn sie schlecht funktioniert, haben die Versicherten keine Wahl. Sie sind dem Monopolisten ausgeliefert.

Weiter wird von den Initianten behauptet, mit einer Einheitskrankenkasse könnten die Verwaltungskosten gesenkt werden. Dem ist nicht so. Die Verwaltungskosten sind – mit dem heutigen System – in den letzten Jahren deutlich gesenkt worden. Sie betragen heute noch 5 bis 6 Prozent der Ausgaben. Für eine Einheitskrankenkasse besteht im Verwaltungsbereich kaum noch Sparpotenzial. Die Suva zum Beispiel zeigt deutlich, dass Monopolkassen nicht kostengünstiger arbeiten. Eine nationale Einheitskrankenkasse schwächt auch den Sparwillen der Kantone. Die Einheitskrankenkasse nimmt keine Rücksicht auf kantonale Kostenunterschiede, wenn sie mit landesweit einheitlichen Prämien- oder Beitragssätzen verbunden ist. Die Versicherten in Kantonen mit tieferen Gesundheitskosten finanzieren damit die Versicherten in teuren Kantonen mit. Das schwächt das Kostenbewusstsein und den Sparwillen sowohl in Kantonen, die profitieren, wie in jenen, die bezahlen.

Die Initiative verlangt weiter, dass die Prämie aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festzulegen sei. Das käme einer weiteren Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Wir haben bereits heute eine Finanzierung des Gesundheitswesens aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Zum einen werden rund 40 Prozent der Gesundheitskosten durch Steuereinnahmen gedeckt, zum anderen erhalten Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Das heutige Finanzierungssystem ist also bereits sehr sozial ausgestaltet und bedarf keiner grundlegenden Änderung.

Aus all diesen Gründen ist die Initiative klar abzulehnen. Sie ist kein Mittel zur Kosteneindämmung. Das geltende System kann nicht für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden. Natürlich, Korrekturen am heutigen System sind immer wieder nötig in Anbetracht der sich verändernden Umstände. Aber ein Kurswechsel in Richtung Einheitskrankenkasse ist entschieden abzulehnen, weil eine Einheitskrankenkasse die anstehenden Probleme im Gesundheitswesen nicht lösen kann. Im Gegenteil, bei ei-

ner Einheitskrankenkasse überwiegen die Nachteile gegenüber dem heutigen System klar.

Fehr Hans-Jürg (S, SH): Es ist schon erstaunlich, wie die Sprecherinnen und Sprecher der bürgerlichen Fraktionen fast ohne Ausnahme in den letzten Stunden das Hohelied des Wettbewerbs im Gesundheitswesen gesungen haben, als ob es in den letzten zehn Jahren gelungen wäre, die Kosten einigermassen in den Griff zu bekommen, und als ob es dem Wettbewerbsmodell gelungen wäre, den Menschen einigermassen tragbare Prämien aufzuerlegen. Die Bilanz zeigt doch das exakte Gegenteil. Die Kosten sind fast ungebremst gestiegen, und bald die Hälfte der Versicherten muss heute sagen, dass sie Mühe hat, die Krankenkassenprämien zu bezahlen. Das ist die Bilanz nach zehn Jahren. Man kann sagen: Das Konkurrenzmodell hat seine Chance gehabt, aber es hat sie nicht genutzt! Darum ist jetzt Zeit für einen Systemwechsel. Und Systemwechsel, Herr Borer, heisst nicht, dass man sich vom KVG distanzier, überhaupt nicht. Das hat auch von unserer Seite niemand getan. Systemwechsel heisst weg vom teuren Pseudowettbewerb, Systemwechsel heisst weg von der unsozialen Finanzierung.

Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» verlangt zwei Strategieentscheide, nichts anderes. Sie verlangt zwei Strategieentscheide, einen auf der organisatorischen Ebene, indem sie die Einheitskrankenkasse verlangt, und einen auf der finanziellen Ebene, indem sie eine einkommensabhängige Prämienbemessung verlangt. Alles andere ist Aufgabe dieses Parlamentes. Aber was hier in den letzten Stunden dieser Initiative alles unterschoben wurde an operativen Umsetzungsschritten, bis hin zur Behauptung einzelner SVP-Vertreter, es würde eine Zweiklassenmedizin eingeführt, geht auf keine Kuhhaut. Das haben Sie mit Ihrer Initiative verwechselt, die führt eine Zweiklassenmedizin ein. Über alle diese Dinge sagt die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» überhaupt nichts. Sie enthält eine einzige Anweisung, was einen operativen Umsetzungsschritt betrifft, und das gilt für die Aufsichtsbehörden. Man kann es in einem Satz zusammenfassen: Die Einheitskrankenkasse ist billiger, sie ist besser, und sie ist gerechter.

Warum ist sie billiger? Weil sie zwei aufwendige Bürokratien abschafft. Die Prämienverbilligungsbürokratie bei den Kantonen und die Risikoausgleichsbürokratie bei den Kassen. Die Einheitskrankenkasse ist billiger, weil sie weniger Reserven halten muss – man muss dann auch einen kleineren Prämienanteil dafür entrichten –, sie ist billiger, weil die Verwaltungskosten tiefer sein werden.

Noch ein Punkt, auf den, glaube ich, von Herrn Lang hingewiesen worden ist: Die Kapitalanlage der Krankenkassen ist miserabel. Die Suva verdient mit ihren Kapitalanlagen das Doppelte, die AHV das Dreifache. Insgesamt wird eine Kostenverbesserung von mindestens einer halben Milliarde Franken pro Jahr zu erzielen sein.

Herr Ruey und andere haben hier von Staatsmedizin, von Zentralisierung gesprochen; sogar Sowjets sind hier zitiert worden. Was ist mit diesen Begriffen gemeint? Die AHV war gemeint, die Arbeitslosenversicherung war gemeint, die Suva war gemeint. Das sind doch unsere Referenzinstitutionen. Das, was die Einheitskrankenkasse verlangt, ist doch überhaupt nicht systemfremd, es ist total schweizerisch. Wir finanzieren doch unsere Sozialversicherungen einkommensabhängig – alle! Wir finanzieren auch unser Steuersystem einkommensabhängig – überall! Das ist das, was man in der Schweiz unter solidarischer Finanzierung versteht.

Ich glaube, Herr Ruey hat gesagt, die Freiheit der Arztwahl werde abgeschafft. Nicht wir sind für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges, nicht diese Initiative verlangt das. Das verlangen doch heute die Krankenkassen, das verlangt Santéuisse, das ist ihre Position, nicht unsere. Sie sollten uns das nicht vorwerfen.

Warum würde es besser? Aus drei Gründen:

1. Es würde endlich die Grundversicherung von den Zusatzversicherungen getrennt.
2. Es gäbe eine viel effizientere Leistungskontrolle.

3. Wir könnten endlich Managed-Care-Modelle flächendeckend durchsetzen.

Warum wird es gerechter? Das ist einfach: Die Abschaffung der Kopfsteuer ist der grösste Gerechtigkeitsschritt, den man in der Schweiz überhaupt tun kann. Die Einheitskrankenkasse verlangt eine solidarische Finanzierung, wie wir sie bei der AHV und anderen Sozialversicherungen kennen.

Ich bitte Sie, dieser sozialen Initiative zuzustimmen – einer Initiative, welche die Chance verdient, nachdem das andere Modell versagt hat.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Y a-t-il un système de santé idéal dans le monde? Non, il n'y en a pas, il n'y a aucun système parfait, mais il y a un certain nombre de systèmes qui sont moins imparfaits que les autres. Mais même lorsqu'on dit cela, il peut y avoir des divergences quant à la définition de ce qui est moins imparfait ou plus parfait, et cela en fonction de critères politiques et idéologiques.

Cela dit, j'ai essayé, il y a quelques instants, de repasser le film de cet après-midi, d'écouter à nouveau le ton de base des 40 orateurs qui se sont exprimés. Aucun d'eux n'a prétendu que le système suisse de santé était mauvais, qu'il fallait changer fondamentalement de système, que nous avions fait complètement fausse route. Tout le monde admet implicitement que certains des objectifs qui avaient été fixés lorsqu'on a introduit les nouvelles dispositions légales à la fin des années 1990 ont été atteints.

Nous disposons en Suisse de soins d'excellente qualité et d'un avantage qui est la proximité des prestataires de soins. Nous avons renforcé au cours de ces dernières années, grâce à la législation en vigueur, la solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux, entre femmes et hommes. Finalement, si 40 orateurs admettent que le système suisse est dans le peloton de tête – ce n'est peut-être pas le meilleur, mais il est dans le peloton de tête – des systèmes de santé du monde, cela signifie que les acteurs du système ne sont pas catastrophiques comme le prétend tel ou tel groupe. Au contraire, ils l'ont dans l'ensemble pas mal fait leur boulot. Je pense aux médecins, aux hôpitaux, aux autres prestataires de soins, mais aussi aux assurances.

Finalement, collectivement, le résultat n'est pas catastrophique. Non seulement il n'est pas catastrophique, mais il est admis globalement comme positif. Nous sommes dans le peloton de tête des systèmes de santé en comparaison internationale. Je sais qu'on ne gagne pas une votation en disant quelque chose de positif, par les temps qui courent, mais je le dois à la vérité et aussi aux partenaires du système de santé. Je le répète: hôpitaux, médecins, prestataires de soins, y compris les assurances.

Le système a cependant – on l'a dit et redit – une faiblesse, c'est que ses coûts augmentent rapidement, ils augmentent plus rapidement que ce que l'on avait pensé au moment où l'on a adopté la loi. Il ne faut pas ignorer ce que l'on sait depuis toujours: on a toujours dit que les coûts de la santé augmenteraient plus rapidement que l'indice du coût de la vie. Alors, les orateurs qui viennent ici et qui font mine de s'indigner que les coûts de la santé augmentent plus rapidement que les salaires ou que le coût de la vie sont soit de mauvais lecteurs, soit des gens qui font délibérément le choix d'ignorer ce qu'ils savaient depuis toujours, à savoir, à cause du vieillissement, du progrès technologique, de l'évolution des mœurs, qu'on a toujours admis que les coûts de la santé augmenteraient plus rapidement que le coût de la vie et que les salaires. Par contre, ce que l'on n'avait pas prévu au départ, c'est que le différentiel – le delta – entre le coût de la vie et les coûts de la santé serait aussi important qu'il l'a été au cours de ces dernières années.

Je ne vous imposerai pas des comparaisons, je ne vous rappellerai pas ce qu'il m'arrive de rappeler, que du temps de mes prédécesseurs – de ma «prédécesseure» –, les coûts ont augmenté de 6 pour cent par an en moyenne et que, depuis que je suis à ce département, ils augmentent de 4,5 pour cent. C'est encore trop, il faut poursuivre l'effort. Il faut poursuivre l'effort afin de faire pression sur les coûts pour réussir à «tenir les ambitions» qu'on s'était fixées au départ

en mettant en place le système. Il faut le faire sans porter atteinte aux acquis sociaux, notamment à la solidarité.

Dans ce contexte qui nous impose de réduire la progression des coûts – non pas de les diminuer en chiffres absolus, mais de réduire la progression des coûts –, chaque secteur de coûts doit être revu. Le Conseil fédéral s'y emploie au niveau des ordonnances; nous avons agi, et pas seulement, comme l'a prétendu un orateur, en renforçant la responsabilité individuelle: les dernières mesures que nous avons prises tendent à diminuer les coûts dans le domaine pharmaceutique, avec la décision relative aux génériques. Avant la fin du mois de juin, je prendrai, sauf imprévu, une décision pour «encadrer l'usage» des psychothérapies, et d'autres décisions suivront, qui iront toutes dans le même sens: maintien de la solidarité, de la qualité du système, mais pression sur les coûts.

J'ai aussi fixé, au début de mon entrée en fonction, certains principes qui ont conduit l'administration. Lorsque je suis entré en fonction, j'ai constaté que dans les années précédentes, pour éviter des coûts, on avait eu tendance à diminuer les réserves au point qu'une grande caisse d'assurance-maladie avait un taux de réserve de 5 pour cent, ce qui devenait relativement dangereux. J'ai prié les responsables du contrôle des primes d'assurance-maladie de veiller à ce que les réserves soient reconstituées et que les dispositions légales quant aux réserves minimales soient respectées.

Aujourd'hui, la quasi-totalité des caisses-maladie a de nouveau atteint le taux de réserve imposé par la loi. C'est la raison pour laquelle il a été possible de réduire le taux minimal de réserve imposé par la loi. Parce que avec l'amélioration de la qualité de la gestion, avec un suivi plus efficace que dans le passé, il n'est pas indispensable de maintenir le taux de réserve à 15 pour cent; on peut le réduire à 10 pour cent. Le Conseil fédéral n'a pas agi seulement au moyen d'ordonnances et de directives à l'intention des organes de surveillance, il a aussi agi au niveau de la loi. A la suite de l'échec de la réforme de l'assurance-maladie en décembre 2003, qui avait nécessité cinq ans de préparation, le Conseil fédéral a décidé de prendre toute une série de mesures aboutissant aux différents paquets de réformes législatives que vous connaissez. Vous êtes maintenant en possession des propositions de réforme présentées par le Conseil fédéral. Je souhaite que le Parlement prenne ses responsabilités et aboutisse rapidement à des décisions. Je ne dis pas que ça m'est égal qu'elles soient positives ou négatives, je dis que je suis heureux lorsqu'elles sont positives, mais il faut des décisions de telle sorte qu'on puisse avancer dans la réforme du système.

Dans ce paysage, qu'apportent l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale» que nous discutons aujourd'hui et l'introduction du paiement des cotisations en fonction de la capacité économique? Malgré une écoute attentive des orateurs partisans de l'initiative, je n'ai pas découvert les buts très clairs que poursuit l'initiative.

Je sens bien à quoi on veut s'attaquer, je ne l'ai pas vu en positif. Monsieur Fehr Hans-Jürg, vous avez donné vous-même quelques indications, mais ça ne me paraît pas clair. Personne ne prétend que, si l'initiative aboutissait, la qualité serait améliorée. Personne ne le dit. Vous avez dit que probablement, il y aurait un meilleur contrôle des prestations. Au nom de quoi y aura-t-il un meilleur contrôle des prestations, Monsieur Fehr? Lorsqu'il y a un seul partenaire, la concurrence étant inexistante, comment fait-on pour savoir si on atteint la qualité optimale et si on a été jusqu'à l'os dans la négociation avec les partenaires, et notamment dans la négociation sur la qualité avec ceux-ci?

Va-t-on vers une amélioration sur le plan des coûts? C'est probablement la volonté des partisans de l'initiative. Il y a un point sur lequel il est indéniable qu'il y aura une économie sur le plan de coûts, c'est sur celui des coûts d'acquisition, coûts qui sont relativement faibles; des chiffres ont été donnés.

Par contre, prétendre qu'avec la caisse-maladie unique, en dehors de ce secteur des coûts d'acquisition qui est relativement faible, il y aura des améliorations touchant les coûts

généraux, n'est absolument pas démontré. Plusieurs orateurs ont dit qu'en aucun cas il n'y aurait une réduction du personnel: il n'y aura pas de rationalisation de ce point de vue-là, parce que finalement, on aura besoin du même nombre de personnes pour traiter les dossiers du même nombre d'assurés, que ce soit dans une caisse unique ou dans plusieurs caisses. Je crois d'ailleurs que cet argument est «incomplet». Probablement que c'est dans la concurrence qu'on a tendance à essayer d'augmenter la productivité de chaque collaborateur; lorsqu'il n'y a plus de concurrence, la productivité est moins le but de l'opération. Par conséquent, je prétends non seulement que vous avez raison de dire qu'il n'y aura pas de diminution du personnel, mais qu'il y aura probablement assez rapidement une augmentation du personnel par manque de rationalisation, par manque de pression sur la productivité. Sur ce point-là, donc, l'initiative n'apporte aucun avantage, bien au contraire.

Monsieur Fehr, vous avez dit quelque chose qui m'a un peu surpris: grâce à la caisse-maladie unique, ce sera la fin de la bureaucratie chargée de distribuer les subsides. Est-ce que ça signifie que vous allez supprimer tous les subsides? Cela signifierait que des gens qui, aujourd'hui, ont de faibles capacités économiques et qui ne paient pas leurs primes ont dont les primes sont largement subventionnées, seront soumis demain au paiement de l'impôt de santé que veut introduire la caisse unique? Ou alors, avez-vous l'illusion de croire que l'impôt de santé que vous voulez introduire par cette initiative se concentrera sur une fine pointe de gros revenus qui, paisiblement, attendront d'être écorchés vifs avant de quitter la Suisse afin de chercher des cieux plus cléments?

Tout le monde sait que dans ce domaine, si on veut avoir une base fiscale suffisamment large, c'est la classe moyenne – qui est la plus nombreuse – qui, généralement, supporte le poids de l'impôt. On peut exiger naturellement davantage des plus gros revenus – c'est la justice sociale qui l'exige –, mais on ne doit pas atteindre un point tel que l'incitation à la mobilité, qui est la chose la plus facile pour les plus hauts revenus, soit si efficace que ceux-ci finissent par quitter le pays. A la fin, vous allez probablement élargir encore davantage l'assiette fiscale de ce nouvel impôt et imposer des gens qui, aujourd'hui, bénéficient de ce que vous appelez la «bureaucratie de distribution des subsides».

Est-il plus efficace de ne pas réduire les coûts? Poursuivons un instant sur le même sujet. Au cours de ces dernières années – personne ne l'a relevé, y compris les adversaires de l'initiative –, les frais administratifs des caisses-maladie ont diminué. Je ne les félicite pas toujours pour cela, car il est parfois faux de les diminuer, car certains frais administratifs sont nécessaires, notamment en ce qui concerne le contrôle. Un médecin va probablement coûter plus cher pour contrôler certaines prestations qu'une personne non qualifiée.

Mais cet investissement en frais administratifs est parfois utile. La réalité démontre qu'au cours de ces dernières années, les frais administratifs ont diminué sous l'effet de la concurrence entre les caisses-maladie. Celles-ci sont sous le regard du public. Elles se contrôlent mutuellement, car elles ne s'aiment pas. Il n'y a pas de raison que les caisses-maladie et leurs dirigeants s'admirent et se complaisent dans une trop grande bienveillance, comme dans d'autres domaines. Monsieur Eggly, j'ai la même pensée que vous: les caisses-maladie n'ont pas de raison de se soutenir mutuellement et de s'aimer. Elles se contrôlent, et la concurrence fait que les frais administratifs diminuent efficacement. On a aussi fait une comparaison avec la SUVA, qui est une assurance plutôt bien gérée dans l'ensemble. Ses frais administratifs ne sont pas plus élevés que ceux des autres caisses-maladie. Il s'agit de deux choses assez différentes. La SUVA a des frais administratifs supplémentaires dus à la prévention. Son suivi des dossiers est différent de celui des caisses-maladie. Par ailleurs, un dossier d'assurance-maladie est plus complexe qu'un dossier d'accident, car la personne était en bonne santé avant d'avoir un accident qui l'a conduite à devenir cliente de la SUVA. Si on ne la fait pas re-

venir en bonne santé, du moins parvient-elle à une stabilisation de son état et l'affaire est liquidée. Les caisses-maladie ont, elles, un problème plus grave, plus difficile parce que les maladies sont généralement plus complexes que les accidents. Par conséquent, comparer les caisses-maladie avec la SUVA risque de ne pas tourner à l'avantage de cette dernière. A mon avis, la SUVA et les caisses-maladie sont plutôt bien administrées et des progrès sont faits des deux côtés.

On a cité un chiffre qui, à ma connaissance, est faux. On prétend que la SUVA restitue environ 95 pour cent des primes aux assurés. Je ne conteste pas ce chiffre; je crois que c'est plus ou moins de cet ordre de grandeur. Mais les assurances-maladie aussi le font. Le canton de Vaud protestait contre des primes-maladie qui auraient dépassé, au cours de ces dernières années, les coûts engendrés par les clients des caisses-maladie. Les études faites montrent que, sur dix ans, il y a en effet des années où les caisses-maladie encaissent davantage qu'elles ne dépensent; mais il y a aussi des années où elles encaissent moins qu'elles ne dépensent, aussi bien à Genève que dans le canton de Vaud. Les partenaires des administrations cantonales qu'on a reçus sont partis en disant: «Les chiffres ne disent pas ce qu'on prétend dans nos cantons.» Sur dix ans, les caisses-maladie ont restitué aux assurés sous forme de prestations environ 95 pour cent des primes qu'elles ont encaissées. Le reste, à 1 ou 2 pour cent près, ce sont les coûts de gestion des assureurs-maladie.

Alors, durant la campagne avant la votation, n'acceptez pas qu'on vous cite le chiffre d'une année. Exigez le chiffre moyen établi depuis le début de l'obligation de s'assurer, et là vous aurez des armes très fortes. Parce que depuis le moment où on a eu l'obligation de s'assurer, la restitution aux assurés sous forme de prestations s'est élevée à environ 95 pour cent, le reste étant constitué par les frais généraux qui, comme vous l'aurez compris, ne sont pas extrêmement élevés. Si on veut polémiquer, il suffit de prendre une année et, sur une année, il est vrai qu'il a fallu parfois compenser des faiblesses des années précédentes et encaisser davantage qu'on a distribué. Mais sur dix ans, cela n'apparaît pas. Au contraire, c'est juste.

La caisse-maladie unique n'apporte aucune amélioration sur le plan de l'efficacité; aucune rationalisation réelle; pas de diminution des frais généraux. Au contraire, elle risque d'entraîner des coûts supplémentaires parce que l'absence de témoins, de «benchmarking», comme on dit maintenant, de concurrence camoufle les faiblesses. Or, nous le savons bien, un système étatique qui gère une entreprise a rarement la capacité de se réformer, sauf sous la pression d'une catastrophe ou d'un événement dramatique, ce qui ne serait pas le cas ici. Pire encore! Si vous acceptez l'initiative, vous aboutirez pendant trois ou quatre années à un gigantesque gaspillage.

Parmi les adversaires de l'initiative, personne n'a relevé le problème que posent les dispositions transitoires. L'initiative prévoit que la caisse-maladie unique doit être opérationnelle au bout de trois ans. Que se passera-t-il pendant ces trois ans? Les caisses vont, premièrement, faire disparaître leurs réserves; deuxièmement, elle vont diminuer leurs provisions qui servent à la sécurité; troisièmement, elles vont faire avec démagogie l'acquisition du plus grand nombre possible de clients en espérant qu'ils restent fidèles aux assurances complémentaires.

Vous voyez que je ne me fais pas d'illusion sur l'esprit altruiste des dirigeants des caisses-maladie. Si vous leur dites qu'ils ont trois ans et qu'après ce délai tout ce qu'il leur restera de fortune passera à la caisse-maladie étatique ou à la caisse-maladie unique, je ne me fais pas d'illusion, ils ne vont pas naïvement continuer à faire des réserves, maintenir des provisions, risquer de se disputer avec leurs clients pendant ces trois ans. Ils vont faire comme le mauvais intendand de l'Evangile: essayer d'acquiescer des amis pour la période qui suivra l'arrivée de la caisse unique.

Tout autre comportement ne serait pas rationnel et serait même, à la limite, stupide. Ce sera un gigantesque gaspillage qui portera sur des sommes importantes: 15 pour

cent de réserves – 10 pour cent dans quelques années – cela représentera des milliards de francs. Les provisions: aujourd'hui, 25 pour cent des frais annuels de l'assurance-maladie sont mis en provision, ce que je considère comme nécessaire. Tout cela va disparaître durant ces trois ans; cela représentera des milliards de francs de gaspillage et un changement d'attitude des caisses-maladie qui désarmeront complètement leur système de surveillance et renonceront à faire pression pendant trois ans sur les primes. Et après cela, vous aurez une caisse unique qui entrera en fonction dans les pires conditions possibles: plus de réserves, plus de provisions, un changement d'attitude et de philosophie. Ce sera catastrophique.

Je terminerai en disant que je suis quand même surpris que personne ne se soit penché longuement sur le système de gouvernance de cette future caisse-maladie unique – c'est-à-dire de ce futur monstre!

Le système de gouvernance: l'Etat, les prestataires de soins et les assurés. L'Etat, je crois savoir ce que c'est; la définition est relativement simple. Les prestataires de soins, qui est-ce que ce sera? Comment seront-ils désignés? Quelle légitimité auront-ils? Quel appareil va désigner des apparatchiks pour aller représenter les prestataires de soins dans le système de gouvernance de la caisse-maladie unique? Quant aux assurés, j'ai pensé que – puisqu'on a un système d'assurance obligatoire – ils seraient représentés par l'Etat. Mais non, il semble que les assurés soient une catégorie encore différente des citoyens représentés par l'Etat, malgré le fait que la caisse unique soit obligatoire pour tous. Comment va-t-on désigner les représentants des assurés? Quelle organisation minoritaire sera-t-elle soudain proclamée représentante de l'ensemble des assurés ayant droit de dire ce que la totalité des citoyens pense du système?

Mais pire encore, Mesdames et Messieurs les socialistes, avec qui je partage le respect de l'Etat: vous m'étonnez! Dans ce système, l'Etat sera mis en minorité par deux groupes issus d'on ne sait quelle procédure non démocratique. L'Etat qui, pour moi, vieux radical, est quelque chose de positif, sera tout d'un coup mis sur pied d'égalité avec les soi-disant représentants des assurés et des prestataires de soins. Et si les deux se mettent d'accord, l'Etat légitime, l'Etat démocratique, l'Etat auquel vous tenez comme moi pourra-t-il être mis en minorité? Et que feront ces deux groupes qui pourraient mettre l'Etat en minorité? Ils décideront d'un niveau d'impôt. Car on peut discuter comme on veut du système de la prime en fonction du revenu, c'est un impôt. On peut être pour ou contre, d'accord, mais au moins, que cet impôt soit voté démocratiquement par des organes légitimes, par des gens qui, dans les structures institutionnelles de cet Etat démocratique, sont désignés démocratiquement. Vous êtes partisans d'un système dans lequel l'Etat – notre cher Etat! – pourrait être mis en minorité par deux groupes. Et ensemble, tout d'un coup, l'Etat et les deux groupes minoritaires, devenus majoritaires par la grâce de cette initiative, décideraient du niveau des primes d'assurance-maladie, donc d'un impôt. Dans ce pays, si on veut augmenter de 0,1 pour cent le taux de la TVA, il faut la double majorité du peuple et des cantons. Et tout d'un coup, les cautions démocratiques disparaissent: l'Etat partenaire de la direction tripartite de la caisse-maladie unique devra se soumettre à la décision prise par les représentants des deux autres groupes même s'il considère qu'il n'est pas normal de procéder à une augmentation d'impôt.

Vous visez à la privatisation de l'impôt; vous visez à donner la compétence de lever des impôts à des groupes privés qui n'ont pas de légitimité démocratique même s'ils sont peut-être plus ou moins représentatifs. Et cette privatisation de l'impôt, vous la faites aux dépens de l'Etat. Jamais je n'ai vu une telle audace dans le néolibéralisme le plus libéré et le plus évanescence! C'est véritablement contraire à tout ce que vous prêchez par ailleurs. J'espère donc que vous passerez rapidement ce mauvais cap, que cette initiative sera balayée et que vous redeviendrez cohérents en défendant l'Etat démocratique qui décide.

Vous me direz: «Dans l'assurance-maladie aussi, les caisses-maladie décident et on n'a pas de contrôle démocratique.» Ce n'est pas vrai. Il y a le contrôle de l'Etat puisque c'est une administration publique qui approuve ou rejette les hausses de primes. Alors on pourrait ricaner – vous ne le faites pas et je vous en suis reconnaissant – et dire: «Cette administration ne fait pas bien son travail.» Si elle ne fait pas bien son travail, il faut lui donner plus de compétences, il faut la critiquer, la soumettre aux investigations de la Commission de gestion – qui s'est adonnée parfois à des exercices plus futiles –, il faut changer les règles de contrôle. Mais, jusqu'à maintenant, vous ne l'avez pas proposé et je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'améliorations à faire dans ce domaine. Il y en a certainement, mais pas qui soient fondamentales. L'Etat doit rester le maître du jeu et ne doit pas être subordonné à des partenaires, aussi utiles soient-ils. C'est la raison pour laquelle, au nom de la démocratie, du respect des règles institutionnelles et du bon sens, je vous invite à repousser cette initiative. Et j'invite ses partisans à ne pas présenter dans une année et demie ou deux ans une nouvelle initiative tout aussi fautive.

Dormond Béguelin Marlyse (S, VD): Monsieur le conseiller fédéral, il est vrai que beaucoup de questions restent à poser après votre plaidoyer, mais on posera la majorité des questions devant le peuple. J'en ai quand même une à vous poser: vous nous décrivez les réserves des caisses-maladie comme les «Dents de la mer». Il y a un tout petit problème dans ce que vous avez dit et que je n'ai pas compris: comment concevez-vous le rôle du gouvernement dans le contrôle des assureurs-maladie? La loi prévoit des minimaux légaux au-dessous desquels les caisses ne doivent pas aller, et vous nous dites qu'en trois ans les caisses vont vider les réserves. Est-ce que cela veut dire que vous n'allez plus remplir votre rôle de garant de l'Etat de droit?

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Dans la période qui a précédé mon arrivée à la tête du département, il est exact qu'on a exigé des caisses-maladie de puiser dans leurs réserves, c'est-à-dire que les réserves descendent au-dessous d'un seuil minimal pour camoufler les hausses de coûts déjà relativement élevées.

Vous connaissez le cas d'Helsana. C'est une grande caisse-maladie, bien gérée, très solide aujourd'hui. Je ne veux pas porter atteinte à son crédit, elle ne mérite en aucun cas de la méfiance, car c'est l'une des grandes et bonnes caisses-maladie de ce pays. Lorsque j'ai repris ce département, j'ai constaté avec surprise que ses réserves étaient de 5 pour cent seulement. Ce n'était pas possible. Si la loi prévoit 15 pour cent, on ne doit pas descendre au-dessous de ce seuil, sauf accident. J'ai invité mes services à exiger des caisses-maladie qu'elles reconstituent des réserves. C'est pratiquement le cas aujourd'hui. Tout le monde se rapproche des exigences légales. Je suis partisan d'un Etat de droit, dans lequel on ne joue pas avec les dispositions légales pour camoufler des événements négatifs comme l'accélération rapide des frais et des coûts de la santé.

Croyez-moi, je partage votre point de vue, on ne doit pas faire cela. On doit absolument exiger que toutes les réserves soient constituées. S'il y en a trop – ce que je pense –, il faudra les réduire légalement à 10, 15 ou 20 pour cent, mais il ne faut pas accepter volontairement de camoufler des hausses de coûts par une diminution des réserves, ce qui n'a plus été le cas depuis que je suis à la tête du Département fédéral de l'intérieur.

Meyer Thérèse (C, FR), pour la commission: Nous avons entendu 40 orateurs, dont 24 étaient en faveur de l'initiative populaire, 15 contre et un plutôt pour un contre-projet. Je veux seulement ajouter quelques éléments au plaidoyer du conseiller fédéral en charge du dossier.

Premièrement, la sélection des risques: beaucoup ont fustigé la chasse aux «bons risques». Je vous informe que le Conseil des Etats a déjà accepté une amélioration de la compensation des risques. La commission est entrée en

matière justement pour empêcher la sélection des «bons risques». Ceux qui ne sont pas informés le seront maintenant directement.

Deuxièmement, la Caisse nationale d'assurance, la SUVA: son fonctionnement est différent. D'abord, elle fixe des primes selon les risques: dans la même entreprise, les primes peuvent être parfois différentes. Ensuite, elle décrète de temps en temps qu'un cas n'est plus de son ressort, même quand il s'agit d'un accident, parce qu'il y avait une maladie préexistante. Elle repasse donc le cas à l'assurance-maladie qui, elle, doit assumer jusqu'au bout la couverture des coûts. On ne peut donc pas faire une comparaison directe.

Troisièmement, la solidarité: l'assurance-maladie actuelle a des éléments de solidarité. Comme elle est obligatoire, les malades et les bien portants cotisent, même ceux qui pourraient assumer un risque en disant: «Moi, je ne cotise pas et je paie mes frais de maladie moi-même.» La solidarité existe donc.

Quatrièmement, il y a 4 milliards de francs qui sont pris sur nos impôts, impôts des personnes qui ont des situations meilleures, pour alléger ou «supprimer» les primes des personnes à revenu modeste et aider les familles ayant plusieurs enfants jusqu'à la classe moyenne, et ceci d'une manière plus ciblée que ce que propose l'initiative. Et dans le cas de l'acceptation de l'initiative, je suis sûre que les personnes à revenu modeste auront des situations moins bonnes et que les familles de la classe moyenne seront aussi préjudicées.

Cinquièmement, la fixation des primes: les auteurs de l'initiative populaire ne sont pas très clairs. Ils ne précisent pas s'ils veulent une prime nationale, une prime régionale ou une prime cantonale. Des explications ont été données, en réponse aux critiques émises contre le fait que les cantons moins chers devraient payer une contribution de solidarité vis-à-vis des cantons plus chers, et l'on est en l'occurrence dans l'incertitude quant à la fixation de la prime.

Nous l'avons entendu, nous ne voyons pas, dans cette initiative, de dispositions qui amélioreraient la qualité. On dit que la prime sera meilleur marché parce qu'il n'y aura pas de coûts d'acquisition ou de mutation. Par contre, il y aura forcément une augmentation des coûts puisque la prise de risque par les assurés qui prennent des franchises à option n'existera plus; et puisqu'ils auront à payer, de toute façon, des primes en fonction du revenu, ils ne prendront plus à leur charge certains coûts de traitement et feront appel à leur assurance-maladie – ce que l'on peut comprendre. Les coûts ne diminueront pas. Tout sera dans les mains d'un seul partenaire et sous le contrôle d'une organisation difficile à «appliquer»; le Conseil fédéral en a décrit les problèmes avec éloquence.

Donc je pense que nous devons rejeter cette initiative et améliorer le système. Nous avons maintenant des dispositions légales qui permettent au Conseil fédéral d'exiger la publication, dans une transparence complète, des comptes de l'assurance-maladie sociale: il doit le faire. Nous avons un mécanisme de compensation des risques qui sera meilleur. Les subventions ciblées atteignent mieux leur but: les personnes à revenu très modeste et les familles avec enfants.

Je vous enjoins donc de refuser cette initiative populaire.

Bortoluzzi Toni (V, ZH), für die Kommission: Mit der Initiative wird klar ein staatlich reguliertes Gesundheitswesen angestrebt. Eine Einheitskrankenkasse mit steuerähnlicher Finanzierung ist ein wesentlicher Schritt dazu. Die Folge davon – die Beispiele in europäischen Staaten sind vorhanden – sind Versorgungsgänge für die allgemein- oder obligatorisch-versicherten Einwohnerinnen und Einwohner. Die Qualität dürfte eher sinken. Leute, die es sich leisten können, werden selbstverständlich solchen Versorgungsgängen auszuweichen wissen, indem sie ins Ausland gehen oder private Anbieter berücksichtigen.

Leider gehen die Befürworter des Initiativbegehrens immer davon aus, dass die einzelnen Versicherten ohne stärkere staatliche Regulierung nicht in der Lage seien, sich ihrer Ge-

sundheitsversorgung eigenverantwortlich anzunehmen. Für mich ist dies ein etwas seltsames Menschenbild. Dass rund 5 Prozent der Leute – vor allem ältere – allenfalls nicht in der Lage sind, sich im System zurechtzufinden, rechtfertigt doch nicht, die anderen 95 Prozent zu bevormunden. Es geht in diesem Zusammenhang gerne vergessen, dass vor 1996 kein Obligatorium bestand und sich trotzdem über 98 Prozent unserer Bevölkerung in einer Krankenkasse versicherten.

Der Bundesrat und die Mehrheit der SGK sind daran, für die Akteure etwas mehr Freiheit zu schaffen. Es ist völlig verfehlt, deshalb von einer zukünftigen Amerikanisierung unseres Gesundheitswesens zu sprechen, wie dies hier mehrere Male getan wurde. Wer den amerikanischen Gesundheitsmarkt kennt, der kann das sicher bezeugen. Auch die Bedenken einer verstärkten Risikoselektion sind nicht haltbar. Es sind Aussagen, um Angst zu machen. Es fehlt eine stichhaltige Begründung. Die Einführung von Transparenz sowie die Qualitäts- und Kostenbeurteilung von Leistungen sind ökonomische Grundsätze, die im heute diskutierten System keine Aufnahme gefunden haben. Das ändert allerdings nichts daran, dass die staatliche Aufsicht weiter zu erfolgen hat. Es ändert auch nichts am Rechtsanspruch der Versicherten auf einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen.

Alle sagen: Wir haben eine qualitativ gute Versorgung. Wir haben eine funktionierende Gesundheitsversorgung; es gibt keine verbindlichen Erhebungen, ob unsere Versorgung auch qualitativ gut ist. Solche Erhebungen und Vergleiche fehlen. Eine soziale Versorgung erfolgt nur, wenn man eine vergleichbare Qualitäts- und Kostenbeurteilung machen kann. Das fehlt in unserem Gesundheitswesen.

Ich möchte wieder einmal darauf hinweisen, dass 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Gesundheitswesen gebraucht werden. Das ist nicht ein sozialer Zweig, der für die Notversorgung da ist, sondern das ist ein Wirtschaftszweig, der auch als Wirtschaftszweig behandelt werden will. Ich bin erstaunt, wie viel wir in dieser mehrstündigen Debatte über Markt gesprochen haben, obwohl sich die wenigsten je ernsthaft darin bewegt haben. Es gibt in unserem Land keinen freien Markt; das möchte ich an dieser Stelle wieder einmal sagen. Jeder Markt in unserem Land hat gewisse Regeln. Nur der illegale oder der verbotene Markt ist frei; aber es ist bekanntlich strafbar, sich dort zu betätigen.

Wir sollten aufhören, uns im Gesundheitswesen über Staatsmedizin oder marktbezogene Medizin zu streiten. Wir sollten vielmehr den Wettbewerb in seinen Grundelementen endlich einführen. Was wir können, ist, uns über mehr oder weniger Regeln eines solchen Wettbewerbes zu unterhalten. Aber was wir dringend tun sollten, ist, den Wettbewerb einzuführen.

Die Suva wurde als vorbildliches, gutes Beispiel mehrmals erwähnt. Dieser Vergleich hinkt. Unfälle sind erstens einmal besondere Ereignisse, in der Regel in Ursache und Genesungsverlauf klar nachvollziehbar. Das ist das eine. Und dann müssen Sie zur Kenntnis nehmen, dass in der Suva die Prämien nach Kopf, Risiko und Bonus/Malus unterschiedlich festgelegt werden. Also findet im Berufsunfallbereich eine gewisse unterschiedliche Behandlung statt. Es ist nicht so, dass es einheitlich geregelt ist. Auch wenn die Suva als Monopoleinrichtung ihre Mängel hat, ist immerhin dieser Teil funktionstüchtig. Im Bereich der Nichtbetriebsunfälle findet bei der Suva keine unterschiedliche Behandlung statt. Dort besteht einheitliche Solidarität und es gibt für alle gleiche Prämien, und dort, so stellen wir fest, haben wir eine explodierende Zunahme der Fälle.

Sie müssen nicht die Suva als gutes Beispiel nehmen. Wenn Sie eine gute Lösung wollten, müssten Sie für eine Einheitskrankenkasse eine andere Finanzierung wählen, und vor allem müssten Sie die Vielfalt der Kassen aufrechterhalten und die Versicherung nicht wie die Suva mit einem Monopol versehen.

Sie singen auch das Hohelied der freien Arztwahl. Diese Initiative hat damit herzlich wenig zu tun, obwohl auch wieder einmal gesagt werden muss, dass die freie Arztwahl natür-

lich nirgends stattfindet, ausser in den Aussagen der Ärzte. Wir haben bezogen auf den Zugang zu den stationären Einrichtungen kantonale Grenzen, und ich habe noch nie erlebt, dass man in einer stationären Einrichtung den Arzt wählen kann. Wenn Sie im ambulanten Bereich nachfragen, haben Sie vielleicht Pech und treffen auf einen Arzt, dessen Wartezimmer schon voll ist. Auch dort ist Ihnen dann der Zugang verwehrt. Die freie Arztwahl wird zweifellos nicht tangiert, sie findet aber auch nicht in dieser Art statt, wie es theoretisch immer wieder gesagt wird.

«Gerechtigkeit in der Versorgung» war auch eine oft gehörte Aussage: Aus meiner Sicht ist die beste Gerechtigkeit eine transparente, qualitativ und wirtschaftlich erbrachte Leistung, verbunden mit dem Rechtsanspruch auf den umfassenden Zugang zur Grundversorgung.

Die Kommission sagt Nein zur Initiative: erstens, weil bescheidene Anreize durch ein geändertes Finanzierungssystem für Versicherte beseitigt würden; zweitens, weil mit einer Kassenvielfalt die fachliche Vertretung der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern besser sichergestellt werden kann als mit einer Einheitskrankenkasse; und drittens, weil mit dem Vorschlag die Zweiklassenmedizin geradezu zementiert würde.

Ich bitte Sie namens der Kommission, die Initiative abzulehnen.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse»

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale»

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Titre et préambule, art. 1

Proposition de la commission

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Adopté

Art. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Entwurf des Bundesrates

Antrag der Minderheit

(Göll, Fasel, Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

.... die Initiative anzunehmen.

Art. 2

Proposition de la majorité

Adhérer au projet du Conseil fédéral

Proposition de la minorité

(Göll, Fasel, Fehr Jacqueline, Maury Pasquier, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini, Schenker Silvia, Teuscher)

.... d'accepter l'initiative.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.089/3147)

Für den Antrag der Mehrheit 109 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 61 Stimmen

Präsident (Janiak Claude, Präsident): Gemäss Artikel 74 Absatz 4 des Parlamentsgesetzes entfällt die Gesamtabstimmung, da das Eintreten obligatorisch ist. Es wird hingegen

eine Schlussabstimmung stattfinden, sobald beide Räte die Vorlage behandelt haben. Das Geschäft geht nun an den Ständerat.

Schluss der Sitzung um 19.10 Uhr
La séance est levée à 19 h 10

05.089

Für eine soziale Einheitskrankenkasse. Volksinitiative

Pour une caisse-maladie unique et sociale. Initiative populaire

Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 09.12.05 (BBI 2006 735)
Message du Conseil fédéral 09.12.05 (FF 2006 725)

Nationalrat/Conseil national 08.05.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 15.06.06 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Forster-Vannini Erika (RL, SG), für die Kommission: Im Zentrum der Volksinitiative stehen bekanntlich zwei Forderungen: zum einen die Einrichtung einer Einheitskrankenkasse durch den Bund, welche anstelle der heute tätigen 85 Krankenkassen die obligatorische Krankenversicherung durchführt, und zum anderen die Festlegung der Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Ihre Kommission, um das gerade an den Anfang zu stellen, vertritt mit 10 zu 2 Stimmen die Meinung, die Initiative sei abzulehnen, weil damit dem teilweise berechtigten Unbehagen an der mangelnden Transparenz im Gesundheitswesen wie auch den steigenden Gesundheitskosten nicht begegnet werden kann. Bezüglich all der brennenden Fragen wie steigende Kosten, Mengenausweitung, Medizinaltechnik, aber auch bezüglich der Einstellung jedes Einzelnen diesem Staat gegenüber würde mit der Annahme der Initiative keine Lösung geschaffen, weil sie lediglich bei der Organisation ansetzt.

Gemäss der Mehrheit der Kommission zielen die Argumente der Befürworter einer Einheitskrankenkasse insofern ins Leere, als es damit weder eine bessere Möglichkeit der Kontrollen noch eine bessere Analyse und Verteilung der Kosten geben wird. Selbst wenn es mit der Einheitskrankenkasse gelänge, Leistungen und Kostendaten auf gesamtschweizerischer Ebene nach einem einheitlichen Raster zu erfassen und der Analyse zugänglich zu machen, würde dies nicht zwangsläufig zu einer Kosteneindämmung führen. Vielmehr wäre davon auszugehen, dass in einem System, in dem die Leistungserbringer in der Führung mit vertreten sind – wie dies ja von der Initiative gefordert wird –, der Anreiz zur Eingrenzung der im Einzelfall medizinisch nichtindizierten Leistungen und zur Verbesserung des Verhältnisses zwischen Kosten und Leistungen nur in reduziertem Mass zum Tragen kommt.

Heute besteht zumindest ein massiver Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherern, und zwar hinsichtlich der Leistungen, der Versicherungsmodelle und der

Prämien. Da die Krankenversicherer keine nach Gewinn strebenden Organisationen sind, kommt das, was erarbeitet wird und wettbewerbsfähig macht, auch direkt den Versicherten zugute. Zwar würden bei einer Einheitskrankenkasse einerseits gewisse Verwaltungskosten entfallen oder reduziert, andererseits müsste mit erheblichen Umstrukturierungskosten gerechnet werden, die während Jahren zu Buche schlagen würden.

Die Kommissionsmehrheit kann sich zudem nicht vorstellen, wie eine Einheitskrankenkasse, ein Monopolist also, eine Verwaltung und eine Administration ebenso effizient gestalten kann, wie dies einer Vielfalt von Krankenversicherungen möglich ist. Als Konsument hat man heute ein Wahlrecht, man kann seinen Versicherer frei wählen. Mit der Annahme der Initiative würde diese konsumentenfreundliche Möglichkeit den Versicherten genommen. Ihre Kommission ist überzeugt, dass mit wirtschaftlichen Anreizen das Ziel der Kosteneindämmung besser erreicht werden kann als durch eine strikere Kontrolle des Systems durch einen einzigen Versicherer.

Mit dem vorgeschlagenen Finanzierungssystem nimmt die Initiative das Hauptanliegen der in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2003 klar abgelehnten Volksinitiative «Gesundheit muss bezahlbar bleiben» wieder auf. Damit konnte sich die Kommission am allerwenigsten anfreunden. Die Einführung von Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten und die Abschaffung der einkommens- und vermögensunabhängigen Kopfprämie kämen der Schaffung einer neuen Einkommens- und Vermögenssteuer gleich. Die Einführung einer nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip finanzierten Einheitskrankenkasse hätte sicher keine Entlastung des Mittelstandes insgesamt zur Folge. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass auch eine Finanzierung über Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten vor allem vom Mittelstand zu tragen wäre. Mit einer Prämiengestaltung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten würde zudem die Komponente der Solidarität zwischen den Geschlechtern, zwischen Jung und Alt sowie zwischen Gesund und Krank eliminiert. Der sozialpolitische Ausgleich würde über Gelder der Versicherten finanziert.

Wird die Initiative unter die Lupe genommen, zeigt sich zudem, dass in der Initiative wie auch im Argumentarium der Initiantinnen und Initianten betreffend Finanzierung zu vieles offen gelassen wird; dies bei Steuern mit einem Volumen von doch rund 20 Milliarden Franken. Eine Vorstellung, wie diese neue Einkommenssteuer ausgestaltet werden soll, ist nicht vorhanden. Eine kantonale Einkommenssteuer, die an die Gesundheitsleistungen des jeweiligen Kantons angepasst werden könnte, muss offenbar ausgeschlossen werden, lässt doch die Initiative den Schluss zu, dass es um eine Steuer gehen soll, die für die ganze Schweiz gälte. Dadurch ist gewiss, dass all jene Kantone, die ihre Hausaufgaben gemacht und die Kosten ihres Gesundheitswesens einigermassen im Griff haben, zu dieser Initiative Nein sagen werden. Im Falle einer Annahme der Initiative würden gerade jene entlastet, die sich bis heute wenig darum bemüht haben, die Kosten in den Griff zu bekommen. Würde dem Phänomen des unterschiedlichen Leistungsbezugs mit einer schweizerischen Einheitssteuer begegnet, würden die Kosten sicher nicht gedämpft. Das Ganze würde sich bei einer Annahme der Initiative gewissermassen zu einem Selbstbedienungsladen entwickeln, und es käme zu einer Kostensteigerung, die wiederum über zusätzliche Steuern abgedeckt werden müsste. Wer aber müsste die Steuererhöhung beschliessen? Der Verwaltungsrat von zehn Personen wohl kaum.

Zu weiteren ausführlichen Diskussionen führten die Übergangsbestimmungen der Initiative. In der Übergangsbestimmung heisst es unter anderem, dass die Einheitskrankenkasse die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen muss. In den Augen vieler Kommissionsmitglieder käme dies einer Enteignung gleich. Das wäre wohl vom Bund zu entschädigen.

Dies sind nur einige der Argumente, die in der Kommission gegen die Initiative ins Feld geführt worden sind. Alles in allem ist die Mehrheit Ihrer Kommission überzeugt, dass mit der Annahme der Initiative keine anstehenden Probleme gelöst, aber viele neue – vor allem mit der vorgeschlagenen Umgestaltung des Finanzierungssystems – geschaffen würden.

Sie empfiehlt Ihnen deshalb mit 10 zu 2 Stimmen, die Initiative abzulehnen.

Ory Gisèle (S, NE): La minorité de la commission vous propose de recommander au peuple et aux cantons d'accepter l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale». L'échéance de la votation populaire sur une caisse-maladie unique place la Suisse devant un choix décisif qui n'influencera pas seulement l'organisation de l'assurance-maladie obligatoire, mais aussi, au-delà, le fonctionnement de l'ensemble de notre système de santé. La santé publique est un enjeu majeur pour les générations à venir et les réformes sont urgentes et impérieuses.

Aujourd'hui, force est de constater que la concurrence voulue par la LAMal ne fonctionne pas. Non seulement elle n'a pas empêché l'explosion des coûts de la santé, mais elle contribue à aggraver la situation. Il est devenu alarmant de constater qu'un nombre croissant de ménages suisses, ceux qui ont des revenus modestes et moyens en particulier, peinent à payer leurs primes, qui pèsent de plus en plus lourd sur les budgets des familles. Cette situation préoccupe beaucoup de Suisses – des familles, beaucoup de personnes âgées – pour qui ce fardeau financier est devenu insoutenable.

A l'évidence, la concurrence entre les caisses-maladie ne donne pas les résultats escomptés. Les changements de caisse préconisés ne sont pas une solution, mais contribuent au contraire à augmenter considérablement les coûts administratifs. Le bénéfice que pourrait en retirer l'assuré est annihilé par l'obligation faite à la caisse de reconstituer ses réserves. Cette concurrence apparente, voulue pour diminuer les primes, se révèle donc être un leurre. La solidarité entre bien portants et mal portants est excellente. Notre pays offre des soins de qualité à l'ensemble des citoyens. Ce sont là deux objectifs pleinement atteints par la LAMal.

Cependant, les primes trop élevées pour de nombreuses personnes, et en particulier pour les familles avec de grands enfants, démontrent clairement à quel point le système actuel est profondément antisocial. Le prix à payer pour accéder au système de santé est le même, que vous soyez millionnaire ou que vous disposiez d'un faible revenu. Le résultat est une société à deux vitesses: ceux qui peuvent payer leurs primes et ceux qui ne le peuvent pas, et dont le paiement des primes doit être pris en charge par les pouvoirs publics. Et cela représente beaucoup de monde!

Les détracteurs de l'initiative ont coutume de dire: «Si le modèle de la caisse-maladie unique fonctionnait, ça se saurait.» Ils redoutent une étatisation de la santé, prenant en exemple le modèle français et son fameux «trou de la Sécu» dont la profondeur est estimée à 12 milliards de francs. L'exemple n'est pas rassurant, j'en conviens. Le système de santé américain, où la privatisation des caisses-maladie et des prestataires de soins a échoué sur toute la ligne, est-il plus enviable? Aujourd'hui, la totale inefficacité du système de santé américain est clairement démontrée. Selon les données les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé, le modèle américain se classe en queue de peloton des pays industrialisés, soit au même niveau que Cuba en ce qui concerne le rendement et les performances.

Il est de notre responsabilité d'anticiper les difficultés à venir, d'innover et de réformer notre modèle. Nous pouvons l'améliorer, faisons-le! La caisse-maladie unique, même si elle ne résoudra pas l'ensemble des problèmes liés à l'explosion des coûts de la santé – il faut travailler sur d'autres plans, notamment sur ceux de la prévention et de la lutte contre le consumérisme médical –, apportera une clarté et une transparence nécessaires à un système devenu étrangement opaque. Cette réforme contribuerait à simplifier le système

de la fixation des primes et aurait aussi l'avantage de mettre fin à la chasse aux bons risques à laquelle se livrent les non-nante caisses-maladie présentes sur le marché suisse, et dont la surveillance est d'ailleurs actuellement insuffisante.

A en croire les comparaisons internationales, les coûts administratifs des caisses-maladie suisses varient entre 6 et 7 pour cent des primes brutes, ce qui les place dans le haut du tableau des pays pratiquant ce système. Dans les pays qui ne connaissent pas la concurrence entre les caisses-maladie et où les assurés sont affiliés en fonction de leur domicile ou de leur employeur, les frais administratifs sont de 1 à 2 pour cent plus bas – 4,1 pour cent en France par exemple. Réformer par souci d'équité, de transparence et surtout d'économie. Une caisse-maladie unique permettra de développer un contrôle qualifié et légitimé démocratiquement des prestataires de soins et de services. En termes de rationalité économique, le système actuel apparaît totalement déficient.

Prenons le simple exemple du canton de Vaud qui, ces quatre dernières années, a vu ses primes augmenter de 300 millions de francs de plus que ce qu'aurait justifié une simple répercussion de l'augmentation du coût des soins, sans qu'aucune concurrence ait fonctionné et sans que l'office fédéral compétent soit intervenu. Cette situation n'est pas tolérable pour les assurés, et encore moins pour les collectivités publiques, qui doivent faire des économies et pour qui la santé demeure une charge lourde. Ainsi, une meilleure surveillance et plus de transparence apparaissent comme nécessaires à l'amélioration du système, les garanties d'une meilleure gestion des coûts et par là-même à court et à long terme, la garantie d'économies substantielles pour les collectivités publiques et pour les assurés.

Ainsi je vous prie de recommander l'acceptation de cette initiative qui nous permettra de réformer notre système de santé dans un sens très favorable aux utilisateurs.

Heberlein Trix (RL, ZH): Einmal mehr haben wir es bei dieser Initiative mit einer Volksinitiative zu tun, nach deren Annahme angeblich die Kostensteigerung im Gesundheitswesen gestoppt würde und auch alle anderen Probleme gelöst werden könnten. Dabei sind der Text und die daraus abzuleitenden Konsequenzen eigentlich insgesamt recht unklar. Die Kommissionspräsidentin hat einige Fragen erwähnt. Ich bin der Meinung, dass diese Initiative direkt zu einer Verstaatlichung nicht nur der Krankenkassen, sondern auch des gesamten Gesundheitswesens führen würde. Eine Einheitskrankenkasse anstelle der heute noch rund 85 Kassen, die alle in einem – wenn auch begrenzten – Wettbewerb stehen, würde die heutige Wahlfreiheit völlig aufheben. Sie würde zu einem Einheitsangebot führen, und selbstverständlich würde auch der Druck auf Kosten und Prämienhöhe verschwinden. Die Durchführung einer derartigen Umwandlung in eine Einheitskrankenkasse – auch das hat die Kommissionspräsidentin angetönt – ist völlig unklar. Wie würde das geschehen? Würde man alle Kassen enteignen? Würde man die Häuser verstaatlichen? Wer würde die entsprechenden Kosten übernehmen? Was geschieht mit den Mitarbeitern der Kassen? Würden alle von der Staatskasse übernommen? Es sind ja über 10 000 Personen. Und ob eine zentralisierte Administration günstiger sein würde als die der heutigen Kassen, die auch unter einem erheblichen Kostendruck stehen, ist eine andere Frage.

Bei der propagierten Führung durch Behörden, Leistungserbringer und Interessenvertreter der Versicherten ist es angesichts der divergierenden Interessen der drei Beteiligten auch eine Frage, ob hier eine zielgerichtete Führung überhaupt gewährleistet werden könnte. Auch wenn geltend gemacht wird, dass keine Einheitsprämie angestrebt wird – dies haben in der Kommission zumindest die Vertreter der Minderheit geltend gemacht –, ist es doch klar, dass von Ost bis West keinerlei Anreiz mehr bestehen würde, sich kostengünstig zu verhalten. Für die teuren Kantone würden keinerlei Anreize bestehen, sich anzustrengen, Einsparungen zu machen.

Am problematischsten ist jedoch die vorgesehene Finanzierung der Kasse nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Heute werden 60 Prozent der Prämien – es sind nur 60 Prozent – als sogenannte Kopfsteuer und 40 Prozent durch die Steuerzahler finanziert. Dies soll ändern – aber wie? Bewusst machen die Initianten geltend, sie wollten keinen Zahlensalat mehr. Nachdem zwei Initiativen abgelehnt wurden, haben sie sich darauf berufen, dass der Zahlensalat der Grund für die Ablehnung gewesen sei. Aber heute werden gar keine Angaben gemacht. Gilt das Einkommen, gilt das Vermögen, müssten alle Steuererklärungen der Krankenkasse abgeliefert werden? Bis zu welchem Betrag besteht eine progressive Krankenkassenprämie? Was passiert bei den tiefen Einkommen, zahlen die Leute mit tiefen Einkommen keine Prämien mehr? Fällt das Prämienverbilligungssystem weg? Dies brächte mindestens eine Einsparung bei den Kantonen. Das sind alles Fragen, die von den Initianten heute bewusst nicht beantwortet werden.

Der Titel der Initiative, «für eine soziale Einheitskrankenkasse», entspricht wirklich nicht den Tatsachen; es wurde erwähnt, der Mittelstand wäre derjenige, der «bluten» würde. Es wäre dies eine Steuer, bzw. es wären 26 neue kantonale Einkommenssteuern, die hier vorgeschlagen werden. Diese müssten klare gesetzliche Grundlagen haben – es handelt sich ja «nur» um 20 Milliarden Franken, die hier aufgebracht werden müssten. Nach der Lohnprozent-Initiative, nach der Forderung nach einer Mehrwertsteuerfinanzierung für die Krankenkassen ist dies die dritte Initiative, die in diese Richtung geht, und sie ist eigentlich, nach meiner Meinung, noch unbrauchbarer als die vorangehenden.

Ich bitte Sie daher, wie dies die Kommissionsmehrheit klar beschlossen hat, diese Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Kuprecht Alex (V, SZ): Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» zwingt den Bund, für die Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gesamtschweizerisch eine Kasse zu errichten und diese mit der Abwicklung der anfallenden Versicherungsleistungen zu beauftragen. Dieser Krankenkasse käme somit der Charakter eines Monopolmolochs zu; sie würde vom Gesetzgeber selbst, dem KVG-Vollzugsorgan der Kantone, den wiederum in den meisten Fällen kantonal gesteuerten Leistungserbringern sowie den Interessenvertretern der Versicherten – also bestimmten Patientenorganisationen – gesteuert würde. Diese staatlichen Dirigenten wären für den Einsatz im Aufsichts- und Verwaltungsrat vorgesehen. Dieser zentralistische Eintopf – so wird seitens der Initianten suggeriert – sei Garant für mehr soziale Gerechtigkeit bei den Prämien, verhindere unnötige Kosten durch wegfallende Werbekosten und brächte schlussendlich auch tiefere Ausgaben bei den Pflegeleistungen im Spital und den ambulanten Behandlungen. Die Finanzierung dieser staatlichen Einheitskrankenkasse hätte – wie das bei dirigistischen Scheinlösungen oft üblich ist – über die Beitragserhebung auf der Basis von Einkommen und Vermögen zu erfolgen. Die bisherige Kopfprämie, ein risikogerechter Prämienbeitrag, würde damit abgeschafft und auf dem Weg der Hintertür würde das eingeführt, was bisherigen Initiativen nicht gelungen ist.

In der Tat, unser Krankenversicherungssystem hat – wie übrigens jene anderer Länder auch – riesige strukturelle und finanzielle Probleme. Die Versorgung der Bevölkerung ist ausgezeichnet und hinsichtlich der medizinischen Leistungen auch international gesehen auf einem Höchststand. Die Ursachen der stetigen Kostensteigerungen liegen in der demografischen Entwicklung, der kontinuierlichen Ausweitung der bezogenen Mengen und der medizinischen Leistungen, dem mit Kosten verbundenen medizinischen Fortschritt sowie den fehlenden oder gar falschen Anreizen zur Minderung von ärztlichen Leistungen und den oft in Art und Anzahl unnötigen Medikamentenbezügen. Hier müssen die Reformen an- und durchgesetzt werden.

Die sich in Beratung befindende KVG-Revision geht bezüglich Reform – zugegebenermassen mit zeitlicher Verzögerung – auch in die richtige Richtung. Der Wettbewerb unter

den Krankenversicherern einerseits und den Leistungserbringern andererseits dämpft die Kostensteigerung und wird in Zukunft, nach Einführung der Fallpauschalen, der Aufhebung des Kontrahierungszwangs, der Einführung von Managed Care und der Möglichkeit zur Schaffung von Ärztenetzwerken, noch mehr tun und bewirken. Bei der Einführung einer Einheitskrankenkasse hingegen fallen wettbewerbliche Reduktionsfaktoren bezüglich des Kostenwachstums gänzlich weg. Für die Versicherten, die Kantone und die Einheitskrankenkasse würden wesentliche Anreize zu einem kostenbewussten Verhalten wegfallen – also genau das, was wir dringend brauchen.

Ohne Zweifel, die Höhe der Prämien ist für viele Familien ein grosses Problem. Denjenigen, die wirtschaftlich in bescheidenen Verhältnissen leben, steht mit dem Mittel der Prämienverbilligung ein Instrument zur Verfügung, das ihnen hilft, die Prämienlast tragen zu können. Das Kriterium der gezielten Hilfe aufgrund der geringeren Leistungsfähigkeit wird somit angewandt, und mit Mitteln aus dem Steuersubstrat wird auch das Faktum der Solidarität zum Tragen gebracht.

Wer, wenn nicht die Besserverdienenden, also diejenigen mit hohen Einkommen und Vermögen, führt via Steuern dem Staat die notwendigen Mittel zur Verteilung zu? Die in der Initiative vorgesehene Finanzierung ist ein zusätzlicher Angriff auf diese Klientel. Viel mehr noch: Sie geht weit tiefer und höhlt den Mittelstand einmal mehr auf unsägliche Weise aus. Dies kommt einem regelrechten Raubbau auf unsere finanziell staatstragende Bevölkerungsschicht gleich. Die berufliche Leistungsbereitschaft, verbunden mit einem dadurch zu erzielenden höheren Einkommen, wird dadurch wesentlich vermindert. Das kann und darf nicht im Sinne einer vernünftigen Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik sein. Gesundheitspolitik wird so auf dem Buckel der Arbeitnehmerinnen und -nehmer gemacht, was unter allen Umständen abgelehnt und verhindert werden muss.

Die einmal mehr angestrebte Umlagerung von oben nach unten lehne ich entschieden ab. Die Volksinitiative verfolgt genau dieses Ziel. Ich lehne deshalb diese den Mittelstand weiter aushöhlende Initiative ab und hoffe, dass unser Rat dem Beschluss des Nationalrates sowie dem Antrag von Bundesrat und vorberatender Kommission folgen und dies mit einem deutlichen Zeichen ebenfalls tun wird.

Schwaller Urs (C, FR): Die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist aus meiner Sicht klar abzulehnen. Sie ist kein taugliches Mittel, um die stetig steigenden Gesundheitskosten besser in den Griff zu bekommen. Wer dies will, muss Menge und Angebot stärker steuern und den einzelnen Nachfrager vermehrt mitverantwortlich für die Kosten der nachgefragten Leistungen machen. Die Initiative bringt diesbezüglich nichts, schafft aber einen Verwaltungsmoloch, führt eine neue Steuer für natürliche Personen ein, belastet die Kantone zusätzlich und schwächt die Stellung des Staates.

In der Tat ist ja vorgesehen, dass inskünftig ein tripartites Organ über die Höhe der zu erhebenden einkommensabhängigen Prämien entscheidet. In diesem tripartiten Organ sind vertreten: der Staat, eine Interessenvertretung der Versicherten und die Leistungserbringer. Für mich selber ist es ausgeschlossen, dass ein solches Gebilde ohne demokratische Kontrolle in einem ordentlichen Gesetzgebungsprozess über die Höhe der Steuer, sprich der Prämie, entscheidet, die nötig ist, um die Kosten zu decken. Ich gehe davon aus, dass auch der Stimmbürger die Initiative ablehnen wird, umso mehr, als er sich zu Krankenkassenprämien in Funktion zum Einkommen bereits einmal abschlägig geäussert hat.

Zu einfach wäre es aber, alsdann zur Tagesordnung überzugehen. Es gilt dies insbesondere für die Krankenversicherer. Immer mehr stelle ich fest, dass sich ein Malaise und ein Unbehagen, ja auch Unmut gegenüber dem Auftreten einzelner Kassen breit machen. Krankenkassen sind zwangsfinanzierte Unternehmen, die miteinander im Wettbewerb stehen. Wettbewerb verlangt auch Werbung und Information; dagegen ist nichts einzuwenden. In ihrer Jagd auf sogenannt gu-

te Risiken haben aber verschiedene Kassen das Augenmass auch in ihrem Auftreten verloren. Zudem erwecken die zum Teil mangelnde Transparenz bezüglich Kosten und die Mitbeteiligung an Leistungserbringern Misstrauen.

Somit wird bei der Volksabstimmung jede Stimme für die Volksinitiative zum Ausdruck des Misstrauens gegenüber dem heutigen, zum Teil intransparenten System der Versicherer. Die Krankenversicherer müssen diese Zeichen verstehen und ohne langes Zuwarten die Konsequenzen ziehen. Ich denke, wie gesagt, vor allem auch an die Jagd auf gute Risiken und die damit verbundene Art von Risikoselektion. Wenn die Kassen die Zeichen nicht verstehen und bloss zur Tagesordnung übergehen, könnte in diesem Land eine nächste Initiative für eine Einheitskrankenkasse im obligatorischen Bereich, wenn sie von der Frage der einkommens- und vermögensabhängigen Prämie abgekoppelt ist, gute Erfolgsaussichten haben, obwohl in jedem System – ob mit mehr oder weniger Finanzierung über die Prämien oder über die Steuern – am Schluss immer der Gleiche, nämlich der Steuerzahler, die Rechnung begleicht.

In diesem Sinne lade ich Sie ebenfalls ein, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Langenberger Christiane (RL, VD): Avant de parler de cette initiative, il faut peut-être se demander si notre système de santé est si mauvais qu'une modification en profondeur de notre système d'assurance-maladie telle que proposée par l'initiative s'impose.

Or, je me permets de rappeler trois points.

1. Notre population est de manière générale satisfaite de la qualité de notre système de santé, qui se place parmi les premiers en comparaison internationale.

2. Notre système est solidaire; il permet d'individualiser les primes entre régions, et selon la situation financière des assurés. Grâce aux subventions de la Confédération et des cantons, la LAMal permet de tenir compte de la situation des personnes au revenu modeste. Les subventions sont par ailleurs financées par nos impôts, comme l'est le financement des soins hospitaliers. Les impôts étant progressifs, les hauts revenus participent à la solidarité du système. Cette solidarité est aussi effective entre jeunes et vieux, hommes et femmes. Elle sera probablement encore renforcée grâce à un élargissement des critères de la compensation des risques.

3. L'augmentation régulière des primes devenant néanmoins un problème lancinant pour une partie importante de la population – cela, nous le savons –, nous sommes en train de préparer des réformes afin de mieux maîtriser les coûts de la santé tout en maintenant un système garantissant la qualité des soins. Vous connaissez tous nos programmes de réforme. Nous luttons ainsi, avec notamment les assureurs-maladie, contre la forte croissance du nombre de prestations, principale responsable de la rapide progression des coûts.

Que nous proposent les initiateurs afin d'améliorer notre système? Ils estiment que notre système d'assurance-maladie basé sur la concurrence entre les caisses-maladie coûte cher au niveau administratif, qu'il n'est pas transparent et qu'il ne permet pas de négocier des prix plus bas. Ils ajoutent qu'avec une caisse-maladie unique, la constitution de réserves deviendrait superflue, ce qui aurait pour conséquence une baisse des primes. Enfin, ils prônent une plus grande solidarité en remplaçant les primes par tête par des primes en fonction de la capacité économique des assurés. Je dirai un mot tout d'abord au sujet du système de monopole. Les expériences faites par les pays étrangers montrent que la caisse-maladie unique en tant qu'instrument de régulation n'intervient pas là où les coûts sont véritablement générés, c'est-à-dire auprès des fournisseurs de prestations. La probable réponse à la maîtrise des coûts serait donc le rationnement, une démarche qui ouvre toute grande la porte à une médecine non solidaire, inéquitable, où l'accès aux soins dépend de la capacité économique des assurés: aux riches un accès garanti et sûr, aux autres les files d'attente et un catalogue de prestations minimal.

Disparaîtra aussi toute incitation visant à stimuler des réseaux de santé et les soins gérés «managed care». Ces dernières années montrent en effet que les assureurs-maladie anticipent l'émergence de réseaux de santé en imaginant toutes sortes de partenariats et de plates-formes communes avec les fournisseurs de prestations pour mieux encadrer les patients et mieux coordonner la dispensation des soins.

Les initiateurs ne disent pratiquement rien de la structure de la future caisse-maladie unique, tout en critiquant les frais de gestion actuels. A ce propos, on peut relever que les dépenses publicitaires des caisses-maladie ont une incidence financière modeste. Ces dépenses sont négligeables en comparaison de celles consacrées au contrôle des factures, qui, elles, sont fondamentales. La question est donc de savoir comment la caisse unique sera en mesure d'économiser sur les frais de gestion.

Selon les initiateurs, la comparaison fastidieuse des primes qui revient chaque automne disparaîtrait. Mais ces comparaisons revêtent également un certain intérêt. Elles permettent aux assurés de choisir leur assureur en fonction des primes et de la qualité des services. Or, les Suisses y sont très attachés au même titre qu'au libre choix des médecins. Les sondages le prouvent à chaque occasion. Ces comparaisons contraignent les assureurs à faire attention à leurs coûts et à améliorer leurs prestations.

Une caisse-maladie unique n'aurait aucun intérêt à tenir compte des besoins des assurés, puisque ceux-ci ne pourraient tout simplement pas changer de caisse et que les recettes pourraient rentrer sans effort. Je suis persuadée qu'il faut au contraire améliorer la compétition entre les assureurs-maladie, afin d'obtenir des prix plus avantageux qui seront ensuite répercutés sur les primes. Cette compensation rapporte aujourd'hui 2 milliards de francs d'économies par an par le seul contrôle des factures, où la concurrence entre les assureurs joue pleinement.

Une autre proposition des initiateurs paraît peu propice à une gestion capable d'engendrer des économies. La caisse-maladie unique serait gérée par un conseil d'administration tripartite comprenant un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés. Vu la diversité des intérêts représentés, la caisse unique demeurerait sous une forte influence d'intérêts divergents. Or Monsieur le conseiller fédéral Couchepin l'a bien relevé en commission: l'Etat a un rôle de contrôle et de surveillance, alors que l'initiative en fait un partenaire avec d'autres. Cela signifie que l'Etat sera réduit au rôle d'autorité qui va prélever l'argent, alors que cette organisation tripartite va décider de la dépense. Ce n'est ni démocratique, ni garant d'efficacité en matière d'emprise sur les coûts.

Il faut encore relever les problèmes qu'occasionnerait ce changement considérable de système en seulement trois ans: sur la question des réserves des caisses-maladie; sur la séparation entre assurance de base et assurances complémentaires; sur la probabilité de pertes d'emplois. Il est évident que le transfert du système actuel vers un autre modèle entraînera des coûts importants.

Dernier point: la question des primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés. Sans évoquer le fait que ce type de proposition a déjà passé à la trappe lors de votations précédentes, on peut aujourd'hui affirmer selon plusieurs études – celle du bureau BASS, celle de SantéSuisse, l'avis de nombreux experts – que la charge augmenterait non seulement pour les moyens revenus déjà à partir de 80 000 francs, mais également pour les revenus faibles du fait que les primes en fonction du revenu ne pourraient tout simplement plus bénéficier de la réduction des primes.

Les primes en fonction du revenu seraient ainsi comparables à un impôt fédéral direct. L'impôt fédéral direct pour les personnes physiques rapporte aujourd'hui 7 milliards de francs. Pour subvenir aux coûts de la santé, le produit de ce nouvel impôt devrait être trois fois supérieur à l'impôt fédéral direct, étant entendu que cet impôt de santé s'ajouterait encore à ce qui existe déjà: impôts fédéral, communal, cantonal.

Comme je l'ai déjà dit, les primes d'assurance-maladie sont déjà largement axées sur un calcul en fonction du revenu, le système de subventionnement afin de réduire les primes permettant d'intervenir de manière ciblée et, je crois, juste. Je vous demande de rejeter cette initiative.

Brändli Christoffel (V, GR): Ich äussere mich als Präsident von Santésuisse in der Regel nicht zu Krankenkassengeschäften. Gestatten Sie mir aber trotzdem, dass ich hier einige Dinge ausführe, auch aufgrund der bisher gefallenen Voten.

1. Vorerst zur Finanzierung unseres Systems: Es wird ja jetzt von den Initianten – auch heute Morgen – gesagt: Millionäre zahlen gleich viel wie Arbeitslose. Es wird auch die These in den Raum gestellt: Ospel zahlt gleich viel wie seine Putzfrau. Das ist natürlich Unsinn. Unser Krankenversicherungssystem wird zu 60 Prozent über Prämien und zu 40 Prozent über Steuern, also Beiträge der Kantone usw., finanziert. Wenn Sie das umrechnen, dann werden Sie feststellen, dass auch dank der Prämienverbilligung die Putzfrau von Herrn Ospel null Franken zahlt – in den meisten Kantonen wäre das so – und Herr Ospel wahrscheinlich einen Betrag, der in die Hunderttausende Franken geht. Man sollte also diese Diskussion sachlich führen und nicht Schlagworte, die längst widerlegt sind, hier in diesem Saal ständig wiederholen.

2. Eine Einheitskrankenkasse heisst: eine neue eidgenössische Versicherung, gesamtschweizerisch nach gleichen Grundsätzen. Etwas anderes sieht die Initiative nicht vor. Die Initianten sagen zwar jetzt, man könnte das kantonal lösen, also in jedem Kanton eine Einheitskrankenkasse. Das würde dann auch heissen: in jedem Kanton eine andere Einkommenssteuer, in jedem Kanton eine andere Vermögenssteuer. Dann müsste man wieder zwischen Wohnort und Arbeitsort unterscheiden. Es ist also eine einheitliche schweizerische Lösung; etwas anderes ist nicht denkbar. Das bedeutet natürlich, dass wir die Kantone mit teurem Gesundheitswesen honorieren und die Kantone mit günstigem Gesundheitswesen belasten. Wer hier behauptet, dass damit Sparmassnahmen, Kostendämpfungsmassnahmen, durchgesetzt werden können, der erzählt einfach Dinge, die nicht zutreffen. Man muss doch die Kantone, die heute im Bereich der Kosten nichts oder wenig tun, in die Pflicht nehmen und darf sie nicht zusätzlich finanziell honorieren.

3. Die Kassen stehen heute in einem Wettbewerb in Bezug auf Managed Care, Hausarztmodelle, Wahlfranchisen. Das führt zu günstigen Angeboten, das führt auch zu Wahlfreiheit für die Versicherten. Wir werden im Herbst über die Vorlage zu Managed Care diskutieren, wir werden diese Möglichkeiten noch ausbauen. Wir müssen uns bewusst sein: Eine Einheitskrankenkasse macht diese Bestrebungen obsolet.

4. Ich stelle die These auf: Staatliche Kassen sind teurer als private Kassen. Das muss man immer wiederholen. Vielleicht begreift man das auch einmal. Wenn ich die Suva, die Militärversicherung, die IV betrachte, dann sehe ich, dass diese Kassen für die gleichen Leistungen den Erbringern höhere Beträge als die Krankenkassen zahlen. Es ist so; früher betrug diese Differenz im Durchschnitt über 10 Prozent. Auf Druck der Krankenversicherer hat man diesen Taxpunktwert von 100 auf 92 reduziert. Es ist aber heute noch so, dass die Differenz einige Prozent beträgt. Es geht heute um einen Betrag von 500 Millionen bis 1 Milliarde Franken, wenn man gesamtschweizerisch auf den Taxpunktwert 92 geht. Es zeigt sich in der Tat, dass private Träger mit den Leistungserbringern wesentlich härtere und erfolgreichere Verhandlungen führen als staatliche Kassen. Wir müssen uns fragen, ob wir das ändern wollen.

Es steht im Übrigen den Kantonen frei, eigene Kassen zu gründen. Sie haben es versucht. Es wurden in verschiedenen Kantonen kantonale Krankenkassen gegründet. Diese Kassen waren ineffizient, sie hatten höhere Verwaltungskosten, und sie haben sich aus dem Markt zurückgezogen. Es ist mir schleierhaft, warum man jetzt, indem man eine Verstaatlichung dekretiert, indem man den Wettbewerb aus-

schaltet, diesen ineffizienten Systemen auf diesem Weg zum Durchbruch verhelfen will.

5. Zur Leitung dieser Kasse – es wurde schon von Herrn Schwaller erwähnt –: Die Initiative sieht vor, dass sich Behörden, Leistungserbringer und Versichertenvertreter die Leitung teilen. Jetzt stellen Sie sich Tarifverhandlungen vor: Sie haben heute auf der einen Seite die Ärzte, die um höhere Taxpunktwerte kämpfen, und auf der anderen Seite die Versicherer, die gegen diese Bestrebungen tätig sind. Jetzt kommt man mit einer Initiative, die besagt, die Ärzte seien aufseiten der Versicherung und auch aufseiten des Anbieters massgebend. Sagen Sie mir, wie Sie hier die Kosten dämpfen wollen. Es ist logisch: Ein Arzt wird sich kaum dafür einsetzen, dass sein Lohn massiv reduziert wird.

6. Die Kosten im Gesundheitswesen werden auch in den kommenden Jahren zunehmen. Damit ist auch klar, dass die Finanzierung nur über ständige Steuererhöhungen sicherzustellen ist. Für solche braucht es, auch das scheint klar zu sein, jeweils am Ende die Zustimmung des Volkes. Wenn diese Zustimmung verweigert wird, gibt es nur zwei Wege: Entweder nimmt die Verschuldung des Staates zu, oder man muss Leistungskürzungen verfügen. Sie erleben das gegenwärtig hochdramatisch bei der Invalidenversicherung: Wir haben eine staatliche Versicherung; es gibt eine Ausdehnung der Ansprüche; die Steuererhöhung, die Finanzierung, wird verweigert. Wir sind gegenwärtig bei bald 10 Milliarden Franken Schulden und diskutieren jetzt über Leistungskürzungen. Das sind die Schritte, die staatliche Kassen leider erleben müssen.

Im Übrigen stellt sich dieses Problem auch bei den anderen staatlichen Sozialwerken. Wenn Sie heute aufrechnen, welche Finanzierungslücken bestehen, also beim AHV-Fonds, bei der IV usw., dann stellen Sie fest, dass heute vermutlich bereits 20 Milliarden Franken fehlen; Herr Bundesrat Couchepin kann die Zahl wahrscheinlich nennen. Es ist nicht einzusehen, weshalb wir jetzt eine zusätzliche Sozialversicherung, die für einige unangenehm finanziert ist, auch noch in diesen Sozialbereich des Staates mit seinen ungelösten Problemen übertragen sollen.

Zur Übergangsregelung: Innert dreier Jahre würden die bisherigen Träger in Bezug auf die OKP liquidiert. Die Einheitskrankenkasse würde die Aktiven und die Passiven dieser Kassen übernehmen; so steht es in der Initiative. Soll das ohne Entschädigungen geschehen? Man fragt sich natürlich: Wo sind wir eigentlich? Sind wir da noch in einer freien Wirtschaft oder in irgendeinem anderen Wirtschaftssystem, wenn man verfassungsmässig einfach verfügt, dass Einrichtungen übernommen werden? Die Krankenversicherer sind nicht nur im OKP-Bereich tätig. Sie werden weiterhin Zusatzversicherungen machen; sie werden andere Bereiche ausbauen, vielleicht in andere Versicherungsbereiche hineingehen. Aber dass man da einfach die Büros und Einrichtungen und wahrscheinlich auch noch das Personal beschlagnahmen will und sagen kann, das funktioniere dann so weiter, ist natürlich völlig abwegig. Wenn Sie die heutige Struktur, die dezentral ist – man hat eine Krankenkasse in St. Moritz, im Obergoms usw. –, mit zentralen Kassen vergleichen, wie beispielsweise bei den Ausgleichskassen, dann sehen Sie, dass diese Überführung so, wie sie vorgesehen ist, nicht machbar ist. Vor allem ist sie enorm teuer.

Was mich noch zusätzlich überrascht, ist Folgendes: Man hört in Diskussionen die Aussage, das Personal werde auch noch übernommen. Ich habe vorhin die Krankenkasse St. Moritz genannt: Man übernimmt offenbar den Direktor und die Sekretärin und sagt ihnen wahrscheinlich: Ihr müsst nach Chur arbeiten gehen. In Zürich gibt es viele Versicherungsträger auf dem Markt. Sagen Sie mir, wie Sie diese Personen umfunktionieren wollen. Es ist schon erstaunlich, wie Parteien, die sonst bei jeder Arbeitsplatzumstrukturierung zu Recht enormen Lärm machen, weil es hier um Menschen geht, die an einem Arbeitsplatz tätig sind, mit dieser Frage relativ salopp umgehen. Ich bitte Sie einfach: Studieren Sie diese Frage gut, die betroffenen Leute sind Ihnen dafür dankbar. Es geht um 5000 bis 10 000 Leute. Wenn Sie eine Einheitskrankenkasse machen, wird es so sein, dass

Sie zur Kontrolle der 70 bis 80 Millionen Belege 5000 bis 10 000 neue Beamte einstellen und alle Einrichtungen dazu erstellen müssen. Diese Frage kann man nicht einfach salopp abhandeln, sondern man muss aufzeigen, wie die Lösung dafür aussieht. Dann kommt man zum Schluss, dass dies nicht möglich ist.

Mit dem Konzept der Einheitskrankenkasse, wie es hier vorgeschlagen wurde, lösen wir keine Probleme, sondern wir schaffen uns viele neue. Zudem tun wir einen grossen Schritt hin zur Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens. Wir gefährden damit auch das Erreichte, nämlich ein qualitativ gutes Gesundheitswesen für unsere Bevölkerung, und auch die Chance, unser Gesundheitswesen als volkswirtschaftlich wichtige Exportleistung auszubauen.

Empfehlen wir die Initiative zur Ablehnung, und bemühen wir uns endlich, die notwendigen Reformschritte beim bestehenden Gesundheitssystem vorzunehmen. Ich habe auch immer Mühe mit dem Argument, wenn man sagt, der Wettbewerb funktioniert nicht. Jene, die das sagen, sollten doch einmal mithelfen, etwas in Richtung Vertragsfreiheit zu tun. Helfen Sie mit, dass dieses System eben auch effizient arbeiten kann. Ich wünsche mir, dass wir in diesem Herbst mit der Spitalfinanzierung, mit Managed Care, der Pflegefinanzierung und dann nachher auch mit der Frage der Vertragsfreiheit vorankommen. Dann können Sie sicher sein, dass wir ein System bekommen, das Freiheit und Solidarität beinhaltet und sicher besser dasteht als ein System, das in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens geht.

Ich bitte Sie deshalb, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Stähelin Philipp (C, TG): Sie haben in der bisherigen Diskussion bereits eine Vielzahl von Aspekten gehört, welche gegen diese Initiative sprechen. Ich möchte mit meinem Votum lediglich einen Aspekt vermehrt ins Schaufenster stellen: Es geht mir darum, dass mit der Festlegung der Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten – und das fordert ja die Initiative – zwingend auch die Berücksichtigung des Vermögens gefordert wird.

Was bedeutet das? Das Vermögen wird heute im steuerlichen Bereich für die Bundesebene nicht definiert; wir haben keine Bundesvermögenssteuer. Sie können aber das Vermögen hier nicht einfach auf der Seite lassen, weil bekanntlich auch ein im steuerlichen Sinne einkommensloser Millionär eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aufweist als ein Nichtmillionär. Sie müssen es berücksichtigen, also müssen Sie hier auf Bundesebene eine neue «Vermögenssteuer» einführen – wir haben die nicht. Sie können auch nicht auf die Kantone abstellen; die Vermögenssteuersysteme der Kantone sind in vielen Bereichen unterschiedlich. Sie werden auch durch das Steuerharmonisierungsgesetz nicht in so grossem Ausmass gelenkt, dass Sie darauf abstellen könnten.

Wenn Sie dieser Initiative zustimmen, dann verlangen Sie also gleichzeitig auf Bundesebene ein Vermögenssteuersystem. Sie müssen die Vermögenssteuer definieren, müssen sie rechtlich regeln. Sie müssen nachher aber auch einen Apparat zur Steuererhebung einführen, denn, wie gesagt, Sie können hier nicht auf die Kantone verweisen. Das wiederum – Veranlagung usw. – bedeutet schlussendlich, dass die Erhebungskosten gegenüber einem möglichen Ertrag, der ja auch für die Reichen im Verhältnis zur angebotenen Leistung stehen muss, hier ganz erheblich sind. Es bedeutet, dass das wohl unter dem Strich kaum eine vernünftige Lösung sein kann. Wir haben mit dieser Volksinitiative auch bei dieser Betrachtungsweise eine einigermassen unausgeglichene Lösung vor uns. Ich meine, auch aus diesem Grund müssen wir diese Volksinitiative ablehnen.

Wir haben aber eine Vielzahl von solchen Volksinitiativen erlebt, die die Krankenversicherung berühren. Das wiederum scheint mir doch auf einen gewissen Mangel der heutigen verfassungsmässigen Regelung hinzuweisen. Die ist nämlich in Artikel 117 wirklich ausgesprochen knapp, wenn schlicht und einfach Folgendes festgehalten wird: «Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversi-

cherung.» Zudem kann er dann noch das Obligatorium einführen. Diese Verfassungsbasis für die Krankenversicherung ist zwar auf der einen Seite sehr generell, und das ist immer schön. Auf der anderen Seite entfaltet sie aber doch nur geringe Steuerungskraft. Daran liegt es wahrscheinlich, an diesem gewissen Vakuum, dass eben hier immer wieder neue Initiativen unterbreitet werden.

In dieser Situation müssen wir uns künftig schon fragen, ob wir die Verfassungsbasis hier nicht erweitern sollten. Wir stellen fest, dass hier auch im übrigen Gesundheitsbereich nur noch punktuelle Zuständigkeiten des Bundes erwähnt sind. Gleichzeitig frisst der Bund im einen oder anderen Punkt tatsächlich unter dem Zaun hindurch, wenn er beispielsweise die Spitzenmedizin regeln will usw. Da fehlt an sich eine Grundlage in der Verfassung. Es wäre sinnvoll, wenn wir uns – das können wir nicht heute und bei dieser Gelegenheit tun – mit diesen Fragen auch vertieft befassen würden. Ich könnte mir durchaus ein Modell in der Art und Weise des Bildungsverfassungsartikels vorstellen, wie wir ihn vor wenigen Wochen durch das Volk bestätigt erhalten haben. In eine solche Richtung können wir Überlegungen anstellen, das ist sinnvoll. Diese Volksinitiative hier bringt uns aber nicht weiter.

Ich bitte Sie auch, die Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Fetz Anita (S, BS): Nüchtern betrachtet – das heisst für mich ohne ideologische Scheuklappen – will die Initiative zwei ganz einfache Sachen: Erstens will sie Prämien, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten festgelegt werden. Zweitens fordert sie eine einzige Krankenkasse für die gesamte Schweiz.

Zu den Prämien: Das brauche ich nicht auszuführen, die Kopfprämien sind unsozial. Eine Bemessung der Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist also durchaus sinnvoll. Das Prämienverbilligungssystem, das wir heute haben, ist in meinen Augen wichtig und richtig. Wir brauchen es unbedingt. Aber Entschuldigung, meine Damen und Herren, es ist ein administrativer Moloch; man kann es auch einmal von dieser Seite anschauen. Es ist enorm, was man aufwenden muss, um die Prämienverbilligungsmassnahmen einigermassen vernünftig anzuwenden. Es ist auch nicht unbedingt sehr gerecht, weil es genau den unteren Teil des Mittelstandes eben nicht mehr erfasst, der am meisten unter den hohen Prämien leidet, insbesondere natürlich Familien. Also sagen Sie mir ja nicht, das sei eine geniale Lösung.

Die Initiative will einfach von diesen unsozialen Kopfprämien wegkommen; das scheint mir sinnvoll zu sein. Übrigens kennen wir solche Systeme in unseren Breitengraden sehr wohl: Das bekannteste Beispiel ist die AHV. Dort hat es sich auch durchgesetzt, dass es nicht Kopfprämien gibt, sondern Prämien nach der Leistungsfähigkeit. Es ist immer noch nicht nur eine der populärsten Formen, das Alter abzusichern, sondern auch eine der volkswirtschaftlich günstigsten und die mit dem geringsten Verwaltungsaufwand.

Ich habe Ihrer Debatte genau zugehört. Zugegeben, die Initiative ist tatsächlich auch in meinen Augen kein Patentrezept gegen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen; das behauptet sie aber auch nicht. Aber auch Sie haben kein Patentrezept gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, Kollege Brändli. Sie nicken eifrig: doch, doch. Ja, ich habe auch ein paar Vorstellungen. Das Problem ist: Sie sind, mindestens zurzeit, nicht mehrheitsfähig; sie scheitern alle an der kritischen Masse der Akteure, die den Besitzstand wahren wollen. Wir können uns noch lange der Illusion hingeben, das würde sich eines Tages einmal ändern. Das muss man einfach auch nüchtern zur Kenntnis nehmen.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass ich persönlich kein glühender Fan dieser Initiative bin. Doch ähnlich wie bei der AHV mit der Alterssicherung kann ich mir durchaus eine echte Sozialversicherung im Gesundheitsbereich vorstellen, damit alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz unabhängig von ihrem Einkommen Zugang zu einer medizinisch hochstehenden Grundversorgung – nur davon reden wir – haben und wir nicht ins Zweiklassensystem kommen.

Es ist übrigens auch aus meiner Sicht ein bisschen blauäugig, zu meinen, der Trend bei den sozialen Krankenkassen gehe nicht schon längst hin zu Monopolen. Immerhin, es gibt immer noch 90 Kassen mit mehreren Dutzend Prämienregionen und über 70 000 verschiedenen Prämien. Das müssen Sie auf sich wirken lassen: 90 Kassen, mehrere Dutzend Prämienregionen und 70 000 verschiedene Prämien. Wenn das kein administrativer Moloch ist – was ist es dann? Es ist nicht so, dass die Kostensteigerung damit etwa begrenzt würde; das Gegenteil ist der Fall, das erleben wir heute: Die Prämien steigen und steigen und steigen. Gleichzeitig finden in der Schweiz aber auch Fusionen und ein Zusammengehen von Kassen statt, das heisst, die Konzentration innerhalb nur der letzten Jahre ist massiv. Wir gehen sozusagen langsam, aber sicher auf zwei bis drei Grosskonzern-Krankenkassen zu – mit dem Unterschied, dass man nicht sagt, das sei ein Monopol, sondern es wird einfach nicht öffentlich kontrolliert.

Wie gesagt, ich bin kein Fan dieser Initiative, aber ich finde, man sollte mindestens so viel politische Lauterkeit haben, um die Sache nüchtern anzuschauen. Ich bin auch kein glühender Fan von Monopolen; sie sind mir tendenziell – wie vermutlich fast allen Menschen – unsympathisch, wenn sie gross sind, aber sie sind noch lange kein Schreckgespenst. Man muss schauen, wo sie sinnvoll sind. Wir haben solche Monopole in der Schweiz, die sinnvoll sind, z. B. habe ich schon die AHV erwähnt, wir haben auch die Gebäudeversicherung, wir haben die Suva. Da haben wir Probleme, die muss man lösen, aber wir haben auch in privaten Grossbetrieben Probleme, die man lösen muss. Also, ich schaue das nicht ideologisch an; ich schaue das praktisch an: Wo ist was sinnvoll?

Was ich schlussendlich vollkommen inakzeptabel finde, ist, wenn die, die sich so rabiät gegen die Initiative wehren, gleichzeitig mit dabei sind, zu verhindern, dass wir endlich einen gerechten Risikoausgleich zwischen den Kassen bekommen und dass endlich mit dieser Jagd nach guten Risiken aufgehört wird. Die Lösung dieser Probleme wird für mich sozusagen der Lackmestest sein, ob ich mich öffentlich offensiv für die Initiative einsetzen werde oder nicht. Wenn der Risikoausgleich in diesem Haus nicht durchkommt, dann gibt es für mich keinen Grund mehr, meine Reserve beizubehalten – wie gesagt, ich habe eine gewisse Reserve –, dann werde ich diese Initiative offensiv unterstützen; einfach, dass das auch gesagt ist.

Ich finde, es gibt bei den Kassen auch noch einigen Handlungsbedarf in Bezug auf ihre Transparenz. Kollege Schwaller hat das auch angesprochen, andere auch. Nur, es muss auch mal etwas passieren. Der Vertrauensverlust der Kassen bei der Bevölkerung wird gross und grösser, und wir sagen einfach immer: Ja, die Transparenz müsste höher sein. In diesem Zusammenhang habe ich ein paar konkrete Fragen an Bundesrat Couchepin. Vielleicht will der anwesende Santésuisse-Vertreter dann auch noch etwas sagen.

Ich habe den Geschäftsbericht von Santésuisse des letzten Jahres, also von 2005, genau durchgelesen, und da habe ich folgende, sehr interessante Information gefunden: Unter der Rubrik «Rückstellungen» findet sich eine Unterrubrik «Fonds Politik»; dort wurde 2005 ein Betrag von 7 Millionen Franken eingestellt. Dann habe ich mir gedacht: Ach, interessant; wofür braucht Santésuisse 7 Millionen Franken? Dann habe ich mal geschaut, ob es das 2004 auch schon gab, und habe den Geschäftsbericht 2004 angeschaut. Den Fonds Politik gab es da auch schon – Betrag 2004: 4,8 Millionen Franken. Also, was gibt es für einen Grund, den Fonds Politik – es ist überhaupt interessant, wofür der gedacht ist – von 2004 auf 2005 so massiv aufzustocken? Ich habe dann den Kommentar im Geschäftsbericht gelesen: «Der Fonds Politik für Aktivitäten im Rahmen des Krankenversicherungswesens wurde bewusst aufgestockt. Ein Teil dieses Fonds wird für die Interessenwahrung der Versicherten u. a. in Volksabstimmungen eingesetzt.»

Das heisst, mit meinen Prämien wird dann Abstimmungskampf gegen eine Volksinitiative gemacht, ohne dass man mich als Prämienzahlerin fragt. Ich wundere mich nicht

mehr, dass die Prämien dauernd steigen. Das ist jetzt ein Beispiel, wo ich fragen muss: Was soll das? Darauf möchte ich gerne eine Antwort haben. Kann ich mich davon auch befreien lassen? Kann ich dies, wenn ich das nicht will, an meinen Prämien abziehen?

Sie sehen, die Initiative ist nicht der Weisheit letzter Schluss. Aber tun Sie nicht so, als ob Sie der Weisheit letzten Schluss kennen würden, sondern gehen Sie daran, die Probleme konkret zu lösen. Wir haben schon lange genug gewartet. Ich werde meine öffentliche Zustimmung, wie gesagt, davon abhängig machen, ob wir einen anständigen Risikoausgleich bekommen.

Escher Rolf (C, VS): Ich möchte nur einen Gedanken in drei Sätzen hinzufügen: Wir haben hier vor kurzem den Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen beraten; wir haben, im Gefolge unserer Kassengeneräle, den Katalog über die bisherigen Kriterien Alter und Geschlecht hinaus massgeblich ausgeweitet – leider, wie ich meine. Damit haben wir uns einer Einheitskrankenkasse in der Grundversorgung weiter angenähert. Ich kann mich darum heute noch nicht für oder gegen eine Einheitskrankenkasse entscheiden; vielleicht werde ich mich nach dem Prinzip «Wenn schon, dann richtig» entscheiden.

Jenny This (V, GL): Auch wenn ich ein gewisses Verständnis für den Unmut der Initianten aufbringe, sollten wir nicht zuletzt auch aus der Sicht des Gewerbes dem Entscheid des Nationalrates folgen und die Initiative ablehnen. Es herrscht zwar tatsächlich zwischen den Krankenkassen zurzeit – nur – ein unechter Wettbewerb. Der Grund dafür liegt aber im geltenden Gesetz, das alle Anbieter verpflichtet, im obligatorischen Bereich ein identisches Produkt anzubieten. Den Grundkatalog dieser Leistungen verfasst aber der Bund und nicht die Kassen, also kann man das nicht den Kassen anlasten. Vorgeschrieben ist weiter die Abrechnung mit allen Ärzten und allen Spitälern. Somit ist die Jagd nach den geringsten Risiken eröffnet; da hat Kollegin Fetz ausnahmsweise Recht. Immerhin versuchen die Kassen, damit wenigstens die Kosten zu senken. Seit 1996 konnten sie offenbar ihre Verwaltungskosten um rund 30 Prozent senken. Das ist also nicht nichts, sie wurden gezwungen, effizienter zu arbeiten, und konnten damit die Kosten massiv senken; diese betrugten letztes Jahr gerade noch 5,6 Prozent des Umsatzes.

Im Gegensatz dazu, und das ist interessant, die Einheitskasse Suva: Sie weist mehr als doppelt so hohe Kosten für ihre Administration aus, nämlich 11,5 Prozent oder 460 Millionen Schweizerfranken. Frau Kollegin Fetz, das sind dann meine Prämien respektive die Prämien der Mitarbeiter und der Unternehmungen. Die Suva «verbrätet» also rund 230 Millionen Franken mehr für ihre Verwaltung, als das privatwirtschaftlich organisierte Kassen machen. Auch ein 40-köpfiger, nach rein politischen Kriterien zusammengesetzter Verwaltungsrat kann da nichts ausrichten. Aber das spielt ja auch keine Rolle. Wo die Konkurrenz nicht spielt, führen auch solche Managementfehler nicht zu ernsthaften Problemen, man erhöht einfach die Prämien – per Brief! Per Brief werden uns Unternehmungen einfach die Zwangsprämien erhöht und auch eingetrieben. Ob ich Geld habe oder nicht, spielt keine Rolle, die Prämien werden erhöht, und ich muss zahlen, ob mir das passt oder nicht. So sind im Jahr 2005 allein die Prämien für die Nichtbetriebsunfallversicherung – und da kann ich ja nichts dafür, wenn jemand am Wochenende Fussball spielt und sich verletzt – um sage und schreibe 4 bis 20 Prozent gestiegen, je nach Branche selbstverständlich unterschiedlich; aber das sind gigantische Kosten, die da auf uns zukommen.

Warum sage ich das? Nebst dem Umstand, dass ich schon lange meinen Frust loswerden wollte, wird uns mit dem klassischen Beispiel Suva eins zu eins vor Augen geführt, was mit Einheitskassen letztlich zu erreichen ist. Eine staatliche Einheitskrankenkasse widerspricht ja letztlich auch jeder ökonomischen Vernunft. Wer den Anstieg der Krankenkassenprämien wirklich bremsen will, muss doch genau in die

andere Richtung marschieren und einen echten Wettbewerb unter den Kassen herstellen; Kollege Brändli hat darauf hingewiesen. Ebenso ist die Vertragsfreiheit mit den Ärzten ein Gebot der Stunde, aber das alles wissen Sie besser als ich. Gefragt wäre ebenfalls mehr Flexibilität bei den Selbsthalten und den Franchisen, also konsequente Konkurrenz und keine Mauscheleien!

Ich möchte Sie bitten – aber das scheint hier im Rat mittlerweile unbestritten zu sein –, diese Initiative zur Ablehnung zu empfehlen.

Béguelin Michel (S, VD): Les adversaires de l'initiative disent: «Si le système de la caisse-maladie unique était performant, ça se saurait.» En suivant cette logique, je peux donc dire: «Le système actuel est catastrophique pour les assurés, ils le savent et ils le voient tous les jours.» Pour moi, il s'agit donc de corriger cette situation insupportable pour les assurés.

La campagne des assureurs-maladie contre la caisse unique, campagne payée par les assurés, comme l'a bien démontré Madame Fetz, a été lancée il y a quelques semaines déjà. Dans ce contexte, j'ai une déclaration de non-intérêt à faire ici: je ne suis payé par personne pour dire ce que je dis. J'ai quatre questions, entre autres, à poser à Monsieur le conseiller fédéral Couchepin, quatre questions dont je connais à peu près les réponses, mais que je ne me lasse pas de réentendre. Ainsi, elles seront publiques et je pourrai modestement contribuer à en faire bénéficier le peuple des assurés.

1. Monsieur le conseiller fédéral, qu'avez-vous fait et que faites-vous auprès des assureurs et de leur holding pour rendre les comptes de l'assurance-maladie obligatoire enfin transparents? Actuellement, ils sont d'une totale opacité – opacité par définition antidémocratique.

2. Que faites-vous pour faire respecter la loi lorsque les caisses d'assurance-maladie la violent ouvertement, par exemple en matière de sélection des bons risques, ou lorsqu'elles refusent de rembourser dans certains cantons des prestations qui relèvent de l'assurance obligatoire? Quelles sanctions avez-vous décidées?

3. Récemment, par le jeu normal de la concurrence entre assureurs privés, une caisse-maladie en a racheté une autre. La presse économique a révélé que la transaction avait été faite à un prix surfait de 140 millions de francs. Quelles garanties donnez-vous aux assurés que dans de telles opérations ce ne seront pas eux qui passeront à la caisse?

4. Vous célébrez à chaque occasion le principe de la prime par tête, au prétexte qu'en obligeant l'assuré de condition modeste à payer des primes élevées, on le force à prendre conscience de ses responsabilités dans l'augmentation des coûts de la santé. Que faites-vous, alors, pour faire sentir aux millionnaires leurs responsabilités dans l'évolution de ces coûts de la santé, eux qui paient la même prime que leur femme de ménage et dont les impôts ne cessent de baisser?

Monsieur le conseiller fédéral, j'attends avec intérêt vos réponses à ces questions. Comme je l'ai dit, je ne manquerai pas, le moment venu, de les transmettre aux assurés.

Brändli Christoffel (V, GR): Nachdem ich direkt um eine Antwort angegangen wurde – eigentlich müsste der Bundesrat antworten –, gebe ich gerne eine Antwort.

Vorerst habe ich mit Befriedigung die mehrfache Wiederholung der Aussage «Ich bin kein Fan dieser Initiative» zur Kenntnis genommen. Ich unterstütze bei der Fussball-WM auch nur Dinge, von denen ich Fan bin. Das unterscheidet uns gegenwärtig voneinander.

Nun ist klar: Eine Branche, der die Existenz unter den Füssen weggezogen wird, muss sich wehren und darf sich in einer Volksabstimmung auch wehren. Deshalb werden wir – die Krankenversicherer insgesamt, die OKP und Zusatzversicherer – uns in diesem Abstimmungskampf auch engagieren. Ich möchte auch deutlich machen, dass wir die Karten hier offen legen werden. Es ist nicht immer so, dass bei Ab-

stimmungen alles transparent gemacht wird; gewisse Dinge werden transparent, andere bleiben aber verschwommen. Wir werden die Karten offen legen und Ihnen auch sagen, wie viel Geld wir investieren. Es ist nicht der ganze Fonds, denn diesen brauchen wir auch für die übrige Informationsarbeit, die wir machen, um Parlamentarier zu bedienen und andere Meinungsbildung zu machen. Wir werden die Zahlen aber offen legen.

Für Sie macht das etwa 50 Rappen aus, und ich wollte Ihnen, fast bösartig, 50 Rappen geben; aber das wäre etwas schäbig. Deshalb lade ich Sie nachher zu einem Kaffee ein, und dann haben Sie einen achtfachen Gewinn gemacht.

Fetz Anita (S, BS): Ich nehme natürlich die Einladung zum Kaffee dankend an und werde allen Prämienzahlern, die damit nicht einverstanden sind, sagen, sie könnten sich an Santésuisse wenden und sie sollten sich mindestens zu einem Kaffee einladen lassen.

Couchepin Pascal, conseiller fédéral: Madame Fetz, lorsqu'elle s'est référée à sa volonté de ne pas faire de l'idéologie, a dit de manière très simple et tout à fait correcte que l'initiative tend à atteindre deux objectifs: tout d'abord à créer une caisse-maladie unique et ensuite à changer le mode de financement en passant de la prime par tête modérée par les subventions pour les assurés modestes à un système de financement par un nouvel impôt sur les personnes physiques.

Quel est l'objectif que veulent atteindre les partisans de l'initiative en aboutissant à la caisse unique? Quand on les entend, on n'a pas le sentiment qu'ils ont une grande confiance dans les effets positifs de la caisse unique; ils ont plutôt tendance à dire beaucoup de mal du système actuel en faisant porter au système de la concurrence entre les caisses-maladie des responsabilités qu'il ne peut pas porter.

Le fait que la population vieillisse et que cela entraîne des augmentations des coûts de la santé ne dépend pas des caisses. Et avec toute la concurrence du monde, sauf si l'on expulse les personnes âgées – ce qui n'est le but de personne –, on ne peut pas régler ce problème par la concurrence entre les caisses.

Le fait que les médicaments sont d'année en année meilleurs – et lorsqu'ils sont meilleurs, ils sont aussi souvent plus chers parce qu'ils incorporent des frais de recherche – ne relève pas de la responsabilité des caisses-maladie. Les appareils médicaux, les techniques médicales s'améliorent; est-ce que vous voulez priver, par la création de la caisse-maladie unique, la population de l'avantage des progrès médicaux? Si c'est le cas, dites-le! Mais si ce n'est pas le cas, vous aurez exactement les mêmes problèmes que dans le système actuel. Il y a un environnement – le vieillissement de la population, le progrès médical, la volonté d'accéder à plus de soins – qui fait que caisse unique ou pas, on a des augmentations des coûts de la santé.

On dit que la concurrence ne fonctionne pas; la preuve en est que les prix augmentent. La concurrence fonctionne dans le domaine de la distribution des denrées alimentaires, mais les prix augmentent quand même. Ils sont plus élevés qu'en 1990, plus élevés qu'en 1980, plus élevés qu'en 1970. Le prix du café, fort heureusement d'ailleurs, a augmenté l'année passée en raison, semble-t-il, du gel je ne sais où; il augmente en Suisse et on ne dit pas qu'il faut unifier le système de distribution parce que le prix du café monte.

Il faut demander à la concurrence ce qu'elle peut fournir. Or, la concurrence entre les caisses-maladie fournit des avantages – en nombre limité bien entendu, parce qu'on ne peut pas demander à la concurrence entre les caisses de résoudre les problèmes qui dépendent de la politique ou qui dépendent de l'évolution sociologique ou de l'évolution démographique. Et la concurrence entre les caisses, comme l'a dit Monsieur Jenny, a fait baisser les coûts de gestion de 30 pour cent environ au cours de ces dernières années. La comparaison avec d'autres institutions du genre «caisse unique» est à l'avantage des caisses-maladie au cours de ces dernières années.

L'évolution même des structures des caisses-maladie montre que la concurrence joue. Il y avait beaucoup plus de caisses il y a quelques années; il y en a moins maintenant, et peut-être qu'un jour on en sera à quatre ou cinq caisses importantes, plus des caisses de niche. Voulez-vous faire disparaître les caisses de niche, qui répondent à des besoins spécifiques? Si dans la vallée de Conches ou dans une vallée latérale, les gens ont créé une caisse qu'ils gèrent de manière particulièrement intelligente et suivant leurs traditions, avec convivialité, est-ce vraiment un crime qu'elle puisse survivre? Faut-il absolument interdire aux gens d'essayer d'avoir encore quelques niches correspondant à des besoins spécifiques? Il y aura en effet concentration de la grande masse sur un certain nombre de caisses, comme cela s'est fait dans d'autres industries. Dans l'industrie de distribution alimentaire par exemple, il y a une certaine concentration avec des niches.

Au cours de ces dernières années, de ces dernières semaines même, on a vu que la concurrence a obligé deux caisses-maladie importantes à fusionner. Je n'ai pas eu droit à des confidences, mais si je me réfère à ce que j'ai lu dans les journaux, une de ces caisses avait un problème de management; elle avait des difficultés à renouveler son management, et l'autre caisse avait de la difficulté à réussir la transformation de son système informatique. Parce que le système informatique est extrêmement important dans ce type de services, si on ne réussit pas à le faire, il faut trouver une solution.

Le jour où vous aurez une caisse-maladie unique, si le système informatique ne marche pas, on expliquera qu'il faut investir davantage, qu'il faut augmenter les cotisations, qu'il n'y a pas d'alternative. Dans le cas précis, parce qu'il y a concurrence et que les deux caisses-maladie avaient des éléments positifs, elles ont trouvé une solution en commun, elles ont mis en commun ce qu'elles avaient de meilleur. C'est ça, la concurrence. Mais ne demandez pas à la concurrence entre les caisses de résoudre des problèmes qu'elle ne peut pas résoudre. Vous avez une grande partie de la responsabilité; le Conseil fédéral a une partie de la responsabilité, et il y a des éléments objectifs qui font que les coûts augmentent.

On a relevé avec raison les difficultés que causerait la création d'une caisse-maladie unique du point de vue du personnel: insécurité de celui-ci; augmentation probable de son effectif. En effet, les caisses-maladie se verraient privées des activités liées à l'assurance obligatoire des soins, mais elles continueraient à avoir des activités dans le cadre de l'assurance-accidents ou des assurances complémentaires. Alors, on aura probablement la création d'une nouvelle institution en parallèle, qui viendra s'ajouter à celles existant dans les caisses, ces dernières devant naturellement résoudre le problème de leurs surcapacités si elles doivent abandonner l'assurance obligatoire des soins.

On n'a pas relevé le gigantesque gaspillage qu'on peut prévoir durant les trois années que durera le passage du système actuel à celui de la caisse-maladie unique. Comme vous le savez, les caisses-maladie ont des réserves pour couvrir les factures non encore reçues pour les prestations de l'année précédente: c'est de l'ordre de 25 à 27 pour cent des dépenses qui sont ainsi constitués en réserves pour couvrir les factures reçues au début de l'année suivante pour l'année précédente. C'est une proportion importante. En plus, il y a les fonds propres qui assurent la trésorerie, et aussi le risque s'il y a une fausse appréciation des primes.

Dans la conception des partisans de la caisse-maladie unique, après trois ans, on transférera à la nouvelle entité les activités en matière d'assurance obligatoire des soins de toutes les caisses-maladie. Mais est-ce que vous croyez que, pendant ces trois ans, les choses vont se passer de manière angélique? Les caisses, après trois ans, n'auront plus que le secteur des assurances complémentaires, qui relève de l'assurance privée et qui est rentable. Elles auront donc intérêt, pendant ces trois ans, à acquérir par tous les moyens des clients pour les assurances complémentaires. Or comment obtiendra-t-on des clients pour ces types d'as-

surances? En leur donnant tout ce qu'ils veulent sur le plan de l'assurance obligatoire des soins, en exerçant le moins de contrôles possible. Et surtout, le b.a.-ba de la gestion des caisses sera de donner à la nouvelle caisse unique, au moment où elle sera opérationnelle, le moins de fonds propres possible et le moins de réserves possible.

Vous aurez donc, pendant ces trois ans, un gigantesque gaspillage. Il se doublera d'un problème moral. En effet, si, pendant deux à trois ans, les caisses ont «désarmé» les contrôles en se disant: «Finalement, l'objectif essentiel, c'est de ne mécontenter aucun client, de telle sorte qu'il reste chez nous et qu'il contracte des assurances complémentaires ultérieurement», elles créeront une mentalité qu'il sera difficile de «repandre» plus tard.

On n'a pas évoqué non plus le problème des médecins. On me dit que certains médecins sont tentés de voter pour la caisse-maladie unique en affirmant: «Après tout, comme ça, on punit les caisses-maladie qui ne sont pas toujours gentilles avec nous parce qu'elles nous demandent des explications.» Comme si c'était une méchanceté de demander une fois ou l'autre des explications à quelqu'un qui reçoit la totalité de son salaire des caisses d'assurance-maladie!

Si une caisse-maladie unique voit le jour, les médecins n'auront plus qu'un patron. Si, en tant que médecin, quelque chose devait m'inquiéter, c'est bien de dépendre d'un seul maître! Vous aurez un «officier traitant», si vous me permettez l'expression, qui s'occupera de vous et qui vous contrôlera. Si, par hasard, les rapports entre l'«officier traitant» et le médecin deviennent désagréables, croyez-moi, ça ne va pas être la fête pour les médecins. Ils vont être soumis à une pression assez terrible. Naturellement, au cours des ans, la caisse unique sera incitée à montrer qu'elle est efficace et elle devra se mettre à intervenir de manière très autoritaire dans la gestion du monde médical. Pour les médecins, ce sera une catastrophe. Je pense que c'est une attitude suicidaire pour quelques-uns d'entre eux de jouer avec la menace de soutenir la caisse unique sous prétexte de faire peur aux caisses-maladie, qui, peut-être en certaines circonstances, ont fait des erreurs – ce n'est pas à moi de les défendre. En tout cas, ce n'est pas un bon moyen de jouer avec le pire pour faire peur aux partenaires actuels.

Vient le problème de la gouvernance de la future institution «Caisse-maladie unique». On l'a relevé: on met sur pied d'égalité l'Etat, les fournisseurs de prestations et les «clients». Mais les «clients» sont représentés par l'Etat puisque l'assurance-maladie est obligatoire! L'Etat, par définition, représente tout le monde. Comme l'assurance-maladie est obligatoire, il n'y a pas lieu de dire tout à coup qu'il faut une représentation annexe. Mais par quel moyen? Qui désignera les représentants des «clients»? Est-ce que ce seront des organisations volontaires? Alors, ce seront les militants-«clients» qui seront censés représenter la totalité, face à l'Etat, et à égalité avec lui qui a une fonction de contrôle général.

Du point de vue de la bonne doctrine sociale-démocrate, Mesdames Fetz et Ory – qui, visiblement, ne s'intéressent ni à la doctrine ni à ce que je dis, ce qui est permis d'ailleurs! –, mettre sur pied d'égalité l'Etat et des organisations privées me paraît totalement faux. J'appartiens à une famille politique qui a une vision de l'Etat autre que celle-là. L'Etat n'est pas simplement le représentant d'intérêts particuliers, il domine l'ensemble des intérêts particuliers. On ne peut pas mettre sur pied d'égalité, dans la gestion d'une organisation comme une caisse-maladie unique, l'Etat, les «clients» et les fournisseurs de prestations, car ils ont des intérêts totalement différents. L'Etat est une institution d'une autre nature. Finalement, les deux partenaires de l'Etat chercheront à se mettre d'accord de cas en cas. Je ne vois pas comment pourrait fonctionner ce système.

Quant à la création de l'impôt – 21 milliards de francs –, je crois que c'est Madame Langenberger qui l'a dit, il représente trois fois le montant de l'imposition actuelle des personnes physiques au niveau de la Confédération. On confie – et c'est encore une fois quelque chose qui me choque profondément – la fixation du montant de cet impôt à un

groupe composé de l'Etat, de clients des assurances et de prestataires de soins. Ce groupe, c'est tout d'un coup la privatisation de l'impôt. Même les néolibéraux, dans les périodes les plus échevelées, n'ont pas imaginé une solution aussi extraordinaire que celle-là, c'est-à-dire confier à des groupes privés la fixation d'un impôt. Alors vous me direz: «Aujourd'hui, ce sont des groupes privés qui fixent les primes» – bien sûr, mais sous contrôle de l'Etat et en fonction des coûts et de la concurrence. Demain, il n'y aura plus de concurrence et des groupes privés fixeront des primes, mais elles ne seront plus en fonction des coûts; elles seront en fonction de la capacité économique de chacun. Ce ne seront donc pas des primes en fonction des coûts qui sont des éléments objectifs, mais ce seront des primes éminemment politiques. Et c'est cette institution, dont la gouvernance est assurée pour un tiers par l'Etat et pour deux tiers par des groupes privés, qui fixera les critères politiques de détail et obtiendra tous les renseignements de l'Etat pour appliquer ensuite les normes qui auront été décidées. C'est vraiment quelque chose qui va à l'encontre de tout ce que l'on peut imaginer comme philosophie politique normale dans ce pays.

C'est la raison pour laquelle il faut clairement rejeter l'initiative.

Monsieur Béguelin, vous m'avez posé quatre questions. Hier soir, quelqu'un m'a raconté une assez bonne histoire. Une fois, Peter Ustinov était dans une assemblée et répondait à des questions. A la fin, il demande: «Il n'y a plus de questions?» On lui dit: «Non.» Il répond: «Dommage, j'avais encore trois réponses.» Alors, vous pouvez me poser quatre, cinq ou six questions, mais à des questions comme celles-là, je ne réponds pas parce que chacune d'elles est biaisée par quatre à cinq affirmations partisans qui ne permettent pas d'avoir un dialogue du niveau attendu au Conseil des Etats. On peut avoir un niveau polémique dans un échange public quand on veut atteindre des résultats sans tenir compte de la vérité ou du respect du dialogue, mais naturellement, je ne réponds pas à des questions partisans et biaisées politiquement. Je suis prêt à débattre avec vous, mais pas sur la base de questions biaisées.

Eintreten ist obligatorisch

L'entrée en matière est acquise de plein droit

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse»

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale»

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Art. 1

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Titre et préambule, art. 1

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil national

Angenommen – Adopté

Art. 2

Antrag der Mehrheit

Zustimmung zum Beschluss des Nationalrates

Antrag der Minderheit

(Ory, Brunner Christiane)

.... die Initiative anzunehmen.

Art. 2

Proposition de la majorité

Adhérer à la décision du Conseil national

Proposition de la minorité

(Ory, Brunner Christiane)

.... d'accepter l'initiative.

Abstimmung – Vote

Für den Antrag der Mehrheit 31 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit 7 Stimmen

Präsident (Büttiker Rolf, Präsident): Gemäss Artikel 74 Absatz 4 des Parlamentsgesetzes wird keine Gesamtabstimmung durchgeführt.

05.089

**Für eine soziale
Einheitskrankenkasse.
Volksinitiative**

**Pour une caisse-maladie
unique et sociale.
Initiative populaire**

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 09.12.05 (BBl 2006 735)

Message du Conseil fédéral 09.12.05 (FF 2006 725)

Nationalrat/Conseil national 08.05.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 15.06.06 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Text des Erlasses (BBl 2006 5743)

Texte de l'acte législatif (FF 2006 5471)

**Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine so-
ziale Einheitskrankenkasse»**

**Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour
une caisse-maladie unique et sociale»**

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 05.089/3479)

Für Annahme des Entwurfes 122 Stimmen

Dagegen 67 Stimmen

05.089

**Für eine soziale
Einheitskrankenkasse.
Volksinitiative**

**Pour une caisse-maladie
unique et sociale.
Initiative populaire**

Schlussabstimmung – Vote final

Botschaft des Bundesrates 09.12.05 (BBl 2006 735)

Message du Conseil fédéral 09.12.05 (FF 2006 725)

Nationalrat/Conseil national 08.05.06 (Erstrat – Premier Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 15.06.06 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Ständerat/Conseil des Etats 23.06.06 (Schlussabstimmung – Vote final)

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse»

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour une caisse-maladie unique et sociale»

Abstimmung – Vote

Für Annahme des Entwurfes 34 Stimmen

Dagegen 6 Stimmen

(2 Enthaltungen)

Geschäft / Objet:

Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für eine soziale Einheitskrankenkasse"

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "Pour une caisse-maladie unique et sociale"

Gegenstand / Objet du vote:

Art. 2

Abstimmung vom / Vote du: 08.05.2006 19:07:34

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	*	E	ZH
Allemand	=	S	BE
Amherd	+	C	VS
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	=	S	SO
Barthassat	+	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	=	S	NE
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	+	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	=	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	*	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	*	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	*	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	+	R	VD
Daquet	*	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	*	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	=	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	o	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	=	G	FR
Fässler-Osterwalder	=	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	*	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH
Fehr Jacqueline	=	S	ZH
Fehr Mario	=	S	ZH
Fluri	*	R	SO

Föhn	+	V	SZ
Freysinger	+	V	VS
Frösch	=	G	BE
Füglistaller	+	V	AG
Gadient	%	V	GR
Gallade	=	S	ZH
Garbani	*	S	NE
Genner	=	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	*	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	=	S	ZH
Graf Maya	=	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	=	S	ZH
Guisan	o	R	VD
Günter	=	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	=	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	=	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	=	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	=	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	=	S	SO
Hess Bernhard	o	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	=	S	AG
Hollenstein	=	G	SG
Huber	+	R	UR
Hubmann	=	S	ZH
Huquenin	=	-	VD
Humbel Naf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	#	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calame	=	G	NE
Jutzet	*	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	=	S	BE
Kleiner	+	R	AR

Kohler	=	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	=	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	=	G	GE
Leutenegger Filippo	*	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	=	S	BL
Leuthard	+	C	AG
Levrat	=	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	+	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	=	S	GL
Marty Kälin	=	S	ZH
Mathys	*	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	*	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	=	G	VD
Messmer	+	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	+	V	BL
Mörgeli	*	V	ZH
Müller Geri	=	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	=	S	ZH
Müri	+	V	LU
Nordmann	=	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehri	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	=	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	+	V	NE
Pfister Gerhard	*	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	+	R	BS
Rechsteiner Paul	=	S	SG
Rechsteiner-Basel	=	S	BS
Recordon	=	G	VD
Rennwald	=	S	JU
Rey	=	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	=	C	TI
Rossini	=	S	VS

Roth-Bernasconi	=	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	=	S	VD
Savary	=	S	VD
Schelbert Louis	=	G	LU
Schenk	+	V	BE
Schenker	=	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	*	V	ZH
Schluer	*	V	ZH
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Siegrist	+	V	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	=	S	GE
Spuhler	*	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	*	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	%	S	AG
Teuscher	=	G	BE
Thanei	*	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponez	+	R	BE
Vanek	=	-	GE
Vaudroz René	*	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	=	S	BE
Vischer	=	G	ZH
Vollmer	=	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	%	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	=	S	LU
Wobmann	+	V	SO
Wyss Ursula	=	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	=	-	VD
Zuppiger	*	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	23	0	34	1	4	46	1	109
nein / non / no	2	14	0	42	0	0	3	61
enth. / abst. / ast.	0	0	2	0	0	0	1	3
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	1	0	0	1	0	1	0	3
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	2	0	4	7	1	9	0	23
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si
 = nein / non / no
 o enth. / abst. / ast.
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4
 excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4
 * hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato
 # Der Präsident stimmt nicht
 Le président ne prend pas part aux votes
 v Vakant / Vacant / Vacante

Bedeutung Ja / Signification de oui: Antrag der Mehrheit
 Bedeutung Nein / Signification de non: Antrag der Minderheit (Goll)

Geschäft / Objet:

Bundesbeschluss über die Volksinitiative "Für eine soziale Einheitskrankenkasse"

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire "Pour une caisse-maladie unique et sociale"

Gegenstand / Objet du vote:

Schlussabstimmung

Abstimmung vom / Vote du: 23.06.2006 08:46:03

Abate	+	R	TI
Aeschbacher	+	E	ZH
Allemann	=	S	BE
Amherd	+	C	VS
Amstutz	+	V	BE
Baader Caspar	+	V	BL
Bader Elvira	+	C	SO
Banga	=	S	SO
Barthassat	=	C	GE
Baumann Alexander	+	V	TG
Bäumle	+	-	ZH
Beck	+	R	VD
Berberat	=	S	NE
Bernhardsgrütter	=	G	SG
Bezzola	+	R	GR
Bigger	+	V	SG
Bignasca Attilio	+	V	TI
Binder	+	V	ZH
Borer	+	V	SO
Bortoluzzi	+	V	ZH
Bruderer	=	S	AG
Brun	+	C	LU
Brunner Toni	+	V	SG
Brunschwig Graf	+	R	GE
Büchler	+	C	SG
Bugnon	+	V	VD
Bührer	+	R	SH
Burkhalter	+	R	NE
Cathomas	+	C	GR
Cavalli	=	S	TI
Chevrier	+	C	VS
Christen	+	R	VD
Daquet	=	S	BE
Darbellay	+	C	VS
De Buman	+	C	FR
Donzé	+	E	BE
Dormond Béguelin	=	S	VD
Dunant	+	V	BS
Dupraz	+	R	GE
Egerszegi-Obrist	+	R	AG
Eggly	+	R	GE
Engelberger	+	R	NW
Fasel	=	G	FR
Fässler-Osterwalder	=	S	SG
Fattebert	+	V	VD
Favre	+	R	VD
Fehr Hans	+	V	ZH
Fehr Hans-Jürg	=	S	SH
Fehr Jacqueline	=	S	ZH
Fehr Mario	=	S	ZH

Fluri	+	R	SO
Föhn	+	V	SZ
Freysinger	*	V	VS
Frösch	=	G	BE
Füglistaller	+	V	AG
Gadient	+	V	GR
Gallade	=	S	ZH
Garbani	=	S	NE
Genner	=	G	ZH
Germanier	+	R	VS
Giezendanner	+	V	AG
Glasson	+	R	FR
Glur	+	V	AG
Goll	=	S	ZH
Graf Maya	=	G	BL
Graf-Litscher Edith	+	S	TG
Gross Andreas	=	S	ZH
Guisan	=	R	VD
Günter	=	S	BE
Gutzwiller	+	R	ZH
Gyr	=	S	SZ
Gysin Hans Rudolf	+	R	BL
Gysin Remo	=	S	BS
Häberli	+	C	TG
Haering	=	S	ZH
Haller	+	V	BE
Hämmerle	=	S	GR
Hassler	+	V	GR
Hegetschweiler	+	R	ZH
Heim Bea	*	S	SO
Hess Bernhard	o	-	BE
Hochreutener	+	C	BE
Hofmann Urs	=	S	AG
Huber	+	R	UR
Hubmann	=	S	ZH
Huquenin	=	-	VD
Humbel Näf	+	C	AG
Hutter Jasmin	+	V	SG
Hutter Markus	+	R	ZH
Imfeld	+	C	OW
Ineichen	+	R	LU
Janiak	#	S	BL
Jermann	+	C	BL
Joder	+	V	BE
John-Calame	=	G	NE
Jutzet	=	S	FR
Kaufmann	+	V	ZH
Keller Robert	+	V	ZH
Kiener Nellen	=	S	BE
Kleiner	+	R	AR

Kohler	+	C	JU
Kunz	+	V	LU
Lang	=	G	ZG
Laubacher	+	V	LU
Leu	+	C	LU
Leuenberger Genève	=	G	GE
Leutenegger Filippo	+	R	ZH
Leutenegger Oberholzer	=	S	BL
Leuthard	*	C	AG
Levrat	=	S	FR
Loepfe	+	C	AI
Lustenberger	*	C	LU
Markwalder Bär	+	R	BE
Marti Werner	=	S	GL
Marty Kälin	=	S	ZH
Mathys	+	V	AG
Maurer	+	V	ZH
Maury Pasquier	=	S	GE
Meier-Schatz	+	C	SG
Menétrey-Savary	*	G	VD
Messmer	*	R	TG
Meyer Thérèse	+	C	FR
Miesch	+	V	BL
Mörgeli	+	V	ZH
Müller Geri	=	G	AG
Müller Philipp	+	R	AG
Müller Walter	+	R	SG
Müller-Hemmi	=	S	ZH
Müri	+	V	LU
Nordmann	=	S	VD
Noser	+	R	ZH
Oehrli	+	V	BE
Pagan	+	V	GE
Parmelin	+	V	VD
Pedrina	=	S	TI
Pelli	+	R	TI
Perrin	*	V	NE
Pfister Gerhard	+	C	ZG
Pfister Theophil	+	V	SG
Randegger	+	R	BS
Rechsteiner Paul	=	S	SG
Rechsteiner-Basel	=	S	BS
Recordon	=	G	VD
Rennwald	=	S	JU
Rey	=	S	VS
Reymond	+	V	GE
Riklin	+	C	ZH
Rime	+	V	FR
Robbiani	=	C	TI
Rossini	=	S	VS

Roth-Bernasconi	=	S	GE
Ruey	+	R	VD
Rutschmann	+	V	ZH
Sadis	+	R	TI
Salvi	=	S	VD
Savary	=	S	VD
Schelbert Louis	=	G	LU
Schenk	+	V	BE
Schenker	=	S	BS
Scherer Marcel	+	V	ZG
Schibli	+	V	ZH
Schluer	+	V	ZH
Schmied Walter	+	V	BE
Schneider	+	R	BE
Schwander	+	V	SZ
Siegrist	+	-	AG
Simoneschi-Cortesi	+	C	TI
Sommaruga Carlo	=	S	GE
Spuhler	+	V	TG
Stahl	+	V	ZH
Stamm Luzi	+	V	AG
Steiner	+	R	SO
Stöckli	*	S	BE
Studer Heiner	+	E	AG
Stump	=	S	AG
Teuscher	=	G	BE
Thanei	=	S	ZH
Theiler	+	R	LU
Triponoz	+	R	BE
Vanek	=	-	GE
Vaudroz René	o	R	VD
Veillon	+	V	VD
Vermot-Mangold	=	S	BE
Vischer	=	G	ZH
Vollmer	=	S	BE
Waber Christian	+	E	BE
Wäfler	+	E	ZH
Walker Félix	+	C	SG
Walter Hansjörg	+	V	TG
Wandfluh	+	V	BE
Wasserfallen	+	R	BE
Wehrli	+	C	SZ
Weigelt	+	R	SG
Weyeneth	+	V	BE
Widmer	=	S	LU
Wobmann	+	V	SO
Wyss Ursula	=	S	BE
Zapfl	+	C	ZH
Zisyadis	=	-	VD
Zuppiger	+	V	ZH

Fraktion / Groupe / Gruppo	C	G	R	S	E	V	-	Tot.
Ja / oui / si	24	0	37	1	5	53	2	122
nein / non / no	2	13	1	48	0	0	3	67
enth. / abst. / ast.	0	0	1	0	0	0	1	2
entsch. Art. 57 4 / excusé art. 57 4 / scusato Art. 57 4	0	0	0	0	0	0	0	0
hat nicht teilgenommen / n'ont pas voté / non ha votato	2	1	1	2	0	2	0	8
Vakant / Vacant / Vacante	0	0	0	0	0	0	0	0

+ ja / oui / si
 = nein / non / no
 o enth. / abst. / ast.
 % entschuldigt gem. Art. 57 Abs. 4
 excusé selon art. 57 al. 4 / scusato sec. art. 57 cps. 4
 * hat nicht teilgenommen / n'a pas voté / non ha votato
 # Der Präsident stimmt nicht
 Le président ne prend pas part aux votes
 v Vakant / Vacant / Vacante

Bundesbeschluss über die Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse»

vom 23. Juni 2006

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 139 Absatz 3 der Bundesverfassung¹,
nach Prüfung der am 9. Dezember 2004 eingereichten Volksinitiative «für eine
soziale Einheitskrankenkasse»²,
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom 9. Dezember 2005³,
beschliesst:*

Art. 1

¹ Die Volksinitiative vom 9. Dezember 2004 «für eine soziale Einheitskrankenkasse» ist gültig und wird Volk und Ständen zur Abstimmung unterbreitet.

² Die Volksinitiative lautet:

I

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 117 Abs. 3 (neu)

³ Der Bund richtet eine Einheitskasse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein. Im Verwaltungsrat und im Aufsichtsrat sind die Behörden, die Leistungserbringer und die Interessenvertretung der Versicherten mit jeweils gleich vielen Personen vertreten.

Das Gesetz regelt die Finanzierung der Kasse. Es legt die Prämien nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten fest.

1 SR 101
2 BBl 2003 3977, 2005 533
3 BBl 2006 735

II

Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

Art. 197, Ziff. 8 (neu)⁴

*8. Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3
(Obligatorische Krankenpflegeversicherung)*

Die Einheitskasse nimmt ihre Arbeit spätestens drei Jahre nach Annahme von Artikel 117 Absatz 3 auf. Sie übernimmt die Aktiven und Passiven der bestehenden Einrichtungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 2

Die Bundesversammlung empfiehlt Volk und Ständen, die Initiative abzulehnen.

Nationalrat, 23. Juni 2006

Der Präsident: Claude Janiak
Der Protokollführer: Ueli Anliker

Ständerat, 23. Juni 2006

Der Präsident: Rolf Büttiker
Der Sekretär: Christoph Lanz

⁴ Die Volksinitiative verlangte die Einführung der Bestimmung als Artikel 197 Ziffer 2 in die Bundesverfassung. Da Volk und Stände am 28. November 2004 den Bundesbeschluss vom 3. Oktober 2003 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) und am 27. November 2005 die Eidgenössische Volksinitiative «für Lebensmittel aus gentechnikfreier Landwirtschaft» angenommen haben, sind die Ziffern 2–7 in Artikel 197 vergeben. Sie sollen durch die Eidgenössische Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» nicht ersetzt werden. Daher ist der Volksinitiative «für eine soziale Einheitskrankenkasse» jetzt die Ziffer 8 in Artikel 197 der Bundesverfassung zuzuweisen.

Arrêté fédéral concernant l'initiative populaire «pour une caisse maladie unique et sociale»

du 23 juin 2006

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,
vu l'art. 139, al. 3, de la Constitution¹,
vu l'initiative populaire «pour une caisse maladie unique et sociale» déposée
le 9 décembre 2004²,
vu le message du Conseil fédéral du 9 décembre 2005³,
arrête:

Art. 1

¹ L'initiative populaire du 9 décembre 2004 «pour une caisse maladie unique et sociale» est valable et sera soumise au vote du peuple et des cantons.

² L'initiative a la teneur suivante:

I

La Constitution est modifiée comme suit:

Art. 117, al. 3 (nouveau)

³ La Confédération institue une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins. Le conseil d'administration et le conseil de surveillance de cette caisse comprennent un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés.

La loi règle le financement de la caisse. Elle fixe les primes en fonction de la capacité économique des assurés.

1 RS 101
2 FF 2003 3541, 2005 489
3 FF 2006 725

II

Les dispositions transitoires de la Constitution sont modifiées comme suit:

Art. 197, ch. 8⁴ (nouveau)

*8. Disposition transitoire ad art. 117, al. 3
(Assurance obligatoire des soins)*

La caisse unique est opérationnelle au plus tard trois ans après l'acceptation de l'art. 117, al. 3. Elle reprend les actifs et passifs des institutions d'assurances existantes en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins.

Art. 2

L'Assemblée fédérale recommande au peuple et aux cantons de rejeter l'initiative.

Conseil national, 23 juin 2006

Le président: Claude Janiak
Le secrétaire: Ueli Anliker

Conseil des Etats, 23 juin 2006

Le président: Rolf Büttiker
Le secrétaire: Christoph Lanz

⁴ La présente initiative demande que la disposition transitoire soit fixée à l'art. 197, ch. 2, de la Constitution (Cst.). Or le peuple et les cantons ayant accepté, en date du 28 novembre 2004, l'arrêté du 3 octobre 2003 concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et, en date du 27 novembre 2005, l'initiative populaire fédérale «pour des aliments produits sans manipulations génétiques», l'art. 197 Cst. contient désormais des dispositions aux ch. 2 à 7. L'initiative populaire «pour une caisse maladie unique et sociale» ne voulant en rien remplacer ces dispositions, il y a lieu d'en fixer la disposition transitoire à l'art. 197, ch. 8, Cst.

Decreto federale concernente l'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale»

del 23 giugno 2006

L'Assemblea federale della Confédération Svizzera,

visto l'articolo 139 capoverso 3 della Costituzione federale¹;
esaminata l'iniziativa popolare «Per una cassa malati unica e sociale»² depositata il
9 dicembre 2004;

visto il messaggio del Consiglio federale del 9 dicembre 2005³,

decreta:

Art. 1

¹ L'iniziativa popolare del 9 dicembre 2004 «Per una cassa malati unica e sociale» è valida ed è sottoposta al voto del Popolo e dei Cantoni.

² L'iniziativa popolare ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale del 18 aprile 1999 è modificata come segue:

Art. 117 cpv. 3 (nuovo)

³ La Confederazione istituisce una cassa unica per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il consiglio d'amministrazione e il consiglio di vigilanza della cassa comprendono un pari numero di rappresentanti dei poteri pubblici, dei fornitori di prestazioni e delle organizzazioni di difesa degli assicurati.

La legge disciplina il finanziamento della cassa. Stabilisce i premi in funzione della capacità economica degli assicurati.

1 RS 101

2 FF 2003 3417, 2005 475

3 FF 2005 675

II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

*Art. 197 n. 8 (nuovo)*⁴

*8. Disposizione transitoria dell'articolo 117 capoverso 3
(Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)*

La cassa unica diventa operativa il più tardi tre anni dopo l'accettazione dell'articolo 117 capoverso 3. Riprende gli attivi e passivi degli istituti assicurativi esistenti per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 2

L'Assemblea federale raccomanda al Popolo e ai Cantoni di respingere l'iniziativa.

Consiglio nazionale, 23 giugno 2006

Il presidente: Claude Janiak

Il segretario: Ueli Anliker

Consiglio degli Stati, 23 giugno 2006

Il presidente: Rolf Büttiker

Il segretario: Christoph Lanz

⁴ La presente iniziativa popolare chiedeva l'introduzione della disposizione nell'articolo 197 numero 2 della Costituzione federale. Dato che il Popolo e i Cantoni hanno accettato, il 28 novembre 2004, il decreto federale del 3 ottobre 2003 concernente la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC) e, il 27 novembre 2005, l'iniziativa popolare federale «per alimenti prodotti senza manipolazioni genetiche», l'articolo 197 della Costituzione federale contiene già i numeri 2–7. L'iniziativa popolare federale «Per una cassa malati unica e sociale» non intende sostituire queste disposizioni. Pertanto, occorre attribuire a quest'ultima iniziativa l'articolo 197 numero 8 della Costituzione federale.