

Dritte Sitzung – Troisième séance

Mittwoch, 5. März 2014

Mercredi, 5 mars 2014

08.00 h

12.026

KVG. Änderung LAMal. Modification

Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 15.02.12 (BBl 2012 1923)

Message du Conseil fédéral 15.02.12 (FF 2012 1707)

Ständerat/Conseil des Etats 17.09.13 (Erstrat – Premier Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Ständerat/Conseil des Etats 11.03.14 (Differenzen – Divergences)

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

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

Fehr Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Wir behandeln heute sozusagen das No-Name-Geschäft «KVG. Änderung». Man hat fast den Eindruck, dass nicht in Worte zu fassen ist, was wir hier zu beraten haben.

Mit dieser Vorlage sollen 800 Millionen Franken umverteilt werden. Damit soll knapp die Hälfte der in gewissen Kantonen zu viel und in anderen Kantonen zu wenig bezahlten Prämien ausgeglichen werden. Die 800 Millionen Franken sollen zu je einem Drittel durch den Bund, die Versicherungen und jene Versicherten aufgebracht werden, die in einem Kanton wohnhaft sind, in welchem die Prämien im Durchschnitt der betroffenen Jahre zu tief angesetzt waren. Dazu wird ein auf drei Jahre befristeter Fonds geöffnet. In Zahlen heisst das: Der Bund soll 266 Millionen Franken aus dem Bundeshaushalt an den Fonds beisteuern. Die Versicherungen müssen pro versicherte Person 33 Franken zahlen; falls sie überschüssige Reserven haben, können sie den Betrag aus diesen bezahlen. Die Versicherten in den betreffenden Kantonen müssen 266 Millionen Franken via CO₂-Abgabe beisteuern, also direkt und nicht über den Fonds. Mit der Rückzahlung kann im ersten Jahr nach Inkraftsetzen des Gesetzes begonnen werden. Das Gesetz soll drei Jahre gültig sein, und in diesen drei Jahren soll der gesamte Ausgleich über die Bühne gehen. Der Anteil des Bundes und der Versicherten wird über alle drei Jahre verteilt. Der Anteil der Versicherungen wird erst im dritten Jahr wirksam.

Wie ist es überhaupt dazu gekommen, dass viel zu tiefe Prämien bezahlt wurden? Die obligatorische Krankenversicherung wird gemäss Artikel 60 Absatz 1 des KVG im sogenannten Ausgabeumlageverfahren finanziert. Was in einem Jahr ausgegeben wird, bestimmt die Höhe der Prämien im übernächsten Jahr. Artikel 61 Absatz 2 hält fest, dass die Prämien «nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonale und regional» abgestuft werden können. Dies wird damit begründet, dass wesentliche Grössen, die über die Höhe der Kosten und damit auch der Prämien entscheiden, in die Kompetenz der Kantone fallen. Beispiele dafür sind die Taxpunkte, die Zulassungsregulierung, die Spitalplanung usw. Kommt es zu einer Differenz zwischen den Kosten, die in einem Kanton entstehen, und den Einnahmen, also den Prämien, Kapitalerträgen und Beiträgen aus dem Risikoausgleich, ergibt dies einen negativen oder einen positiven Saldo. Da die Mittel der obligatorischen Krankenversicherung aber für nichts anderes als für die obligatorische Krankenversicherung ausgegeben werden dürfen, können diese Saldi nur durch die Reserven ausgeglichen werden: Ein ne-

gativer Saldo verringert die Reserven, mit einem positiven Saldo baut eine Versicherung ihre Reserven auf.

Vor allem in den Kantonen Genf, Waadt, Tessin und Zürich ist seit der Einführung des KVG im Jahre 1996 ein grosses Ungleichgewicht zwischen den tatsächlich verursachten Kosten und den durch die Versicherungen beantragten Prämien entstanden. Die ersten Hinweise auf die krasse Benachteiligung der Versicherten in diesen Kantonen gab es bereits zu Zeiten des Vorvorgängers des heutigen Gesundheitsministers. Man darf darüber spekulieren, weshalb nicht früher gehandelt worden ist. Man kann auch darüber spekulieren, weshalb sich die Versicherungen in den betreffenden Kantonen bei den Kosten, wie sie wohl etwas verharmlosend sagen, über Jahre hinweg «verschätzt» haben. Auffällig ist auf jeden Fall, dass jene Kantone besonders geschöpft wurden, die man gerne immer einmal wieder als verschwenderisch hingestellt hat.

Egal, ob es eine bewusste Kampagne war oder schlicht und einfach Systemversagen, das heutige System zeigt hier seine Schwächen, und diese werden bleiben. Nach wie vor fehlt dem Bundesrat das Instrumentarium, um eine Wiederholung dieses Durcheinanders zu verhindern. Erst das geplante Aufsichtsgesetz wird die entsprechenden Werkzeuge bringen. Das ist auch der Grund, weshalb der Ständerat die vorliegende Gesetzesänderung an die Einführung des Aufsichtsgesetzes koppeln wollte. Die Vergangenheit soll erst bereinigt werden, wenn die Garantie gegeben ist, dass das Problem in der Zukunft nicht mehr auftaucht. Dieser Meinung ist die Minderheit unserer Kommission nach wie vor. Wir werden darüber bei Artikel 106 entscheiden. Die Mehrheit will es bei einer Absichtserklärung belassen.

Sie erinnern sich, dass das Aufsichtsgesetz in der letzten Session mit 15 Stimmen Differenz an den Bundesrat zurückgewiesen wurde. Nun will die damalige Mehrheit noch in dieser Session auf den Entscheid zurückkommen und die Rückweisung wieder aufheben. Damit könnte das Aufsichtsgesetz doch noch zügig behandelt und vielleicht sogar gleichzeitig mit der vorliegenden Gesetzesänderung in Kraft gesetzt werden. Wir werden sehen, ob das Parlament dem Druck der Versicherungslobby Widerstand leisten wird.

Sie sehen, die Sache ist reichlich kompliziert und letztlich auch sehr unbefriedigend. Wir schaffen mit dieser Gesetzesänderung nämlich keine Gerechtigkeit, sondern nur den Anschein davon. Der Ausgleich erfolgt über Durchschnittswerte und Pauschalbeiträge. Haben die Menschen in diesen Jahren aber den Wohnsitz oder auch die Kasse gewechselt, haben sie nun vielleicht Glück, vielleicht aber auch Pech. Wer also im Kanton Waadt über Jahre zu viel bezahlt hat und heute im Kanton Bern lebt, muss vielleicht sogar noch draufzahlen.

Trotzdem beantragt die Kommission einstimmig bei einer Enthaltung, auf das Geschäft einzutreten. Der vorliegende Kompromiss ist das Beste, was in dieser unschönen Situation noch gemacht werden kann. Es bleibt zu hoffen, dass uns das ungute Gefühl wenigstens dazu ermuntert, ein griffiges Aufsichtsgesetz zu erlassen. Sonst sitzen wir nämlich in ein paar Jahren wieder vor demselben Problem.

Ich bitte Sie im Namen der Kommission, die mit 22 zu 0 Stimmen bei 1 Enthaltung für Eintreten gestimmt hat, ebenfalls für Eintreten zu stimmen.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: J'aimerais commencer par rappeler quelques principes de la LAMal. L'article 60 alinéa 1 LAMal expose que l'assurance obligatoire des soins est financée selon le système de la répartition des dépenses et ne doit produire aucun bénéfice. En clair, vous avez d'un côté les recettes, essentiellement les primes et les rendements des capitaux, et la contribution reçue pour la compensation des risques, et de l'autre côté les dépenses, soit les prestations d'assurance remboursées aux assurés, le paiement de la compensation des risques et les frais administratifs. S'il y a plus de dépenses que de recettes, les assurances doivent prendre dans leurs réserves.

Si au contraire il y a plus de recettes que de dépenses, le solde est attribué aux réserves; et les réserves sont nationales.

La LAMal prévoit que les primes peuvent être différentes d'un canton à l'autre pour tenir compte des différences de coûts engendrés dans les cantons. En calculant les coûts par canton et les primes effectivement payées par canton, il est apparu que depuis l'introduction de la LAMal certains cantons ont payé des primes en trop par rapport aux prestations fournies et d'autres n'ont pas payé assez de primes. Le montant global des différences se situe autour des 2 milliards de francs.

Pour rappel, les caisses fixent les primes pour l'année suivante, par exemple 2015, sur la base des coûts de l'année précédente, soit 2013 dans notre exemple, en tenant compte de l'évolution du nombre d'assurés, qu'elles ne connaissent pas mais qu'elles doivent estimer, et de prix de prestations qu'elles doivent également estimer. C'est donc un pronostic basé sur des estimations avec deux ans d'écart. Les recettes ne peuvent donc jamais correspondre aux dépenses. Mais il devrait quand même y avoir un certain équilibre entre les années.

Or visiblement, dans certains cantons, les assureurs ont surestimé l'augmentation du volume des prestations sur plusieurs années, ou sous-estimé les effets des mesures de réduction de coûts prises par les cantons.

Dans d'autres cantons, les assureurs ont sous-estimé les hausses de coûts. Pourquoi l'Office fédéral de la santé publique n'a-t-il pas réagi? Parce que la base légale actuelle ne lui permet que d'augmenter les primes afin d'éviter la faillite d'une caisse-maladie. Il n'y a pas de base légale permettant d'obliger une caisse-maladie à baisser les primes. Bref, aucune base légale ne permet d'imposer une correction de primes.

Cette situation, avec cette différence d'environ deux milliards de francs entre les cantons, a conduit au dépôt de plusieurs interventions parlementaires et de deux initiatives cantonales émanant de Genève et de Saint-Gall, que le Parlement a acceptées.

En février 2012, le Conseil fédéral a proposé un projet portant sur la correction des primes entre 1996 et 2011. Ce projet proposait que les assurés qui habitaient dans des cantons n'ayant pas payé assez de primes ne recevraient plus le remboursement de la taxe d'incitation sur le CO₂ pendant six ans – soit un montant d'environ 50 francs par personne et par an –, ceci au bénéfice des assurés des cantons qui avaient payé trop de primes.

La commission soeur du Conseil des Etats s'est penchée sur ce système. Elle l'a estimé trop compliqué et injuste. Par exemple, si un assuré quitte le canton de Vaud pour s'établir dans le canton de Berne, il aura payé trop de primes pendant des années et il devra ensuite rembourser la différence à ses anciens cohabitants du canton de Vaud.

Dans un premier temps, la commission du Conseil des Etats a donc renoncé à entrer en matière sur ce projet. Cela a conduit à beaucoup de résistance de la part des cantons qui avaient payé trop de primes, notamment Vaud, Genève et Zurich, si bien que la commission du Conseil des Etats a repris le dossier, a discuté avec les cantons et a abouti au projet qui vous est soumis, qui retravaille le projet du Conseil fédéral en trois parties. La première partie reste identique, à savoir un système selon lequel les taxes d'incitation au CO₂ ne seraient pas reçues par les assurés des cantons n'ayant pas payé assez de primes et seraient reversées aux assurés des cantons ayant payé trop de primes, mais seuls 266 millions de francs seraient ainsi redistribués.

Un deuxième tiers serait payé par les assureurs eux-mêmes, soit par le biais de leurs réserves, soit en versant 33 francs par assuré dans un fonds, également pour un total de 266 millions de francs. Le troisième tiers, également de 266 millions de francs, serait versé par la Confédération, en clair par les contribuables au niveau fédéral. Trois fois 266 millions de francs, c'est donc un projet à 800 millions de francs, alors que le premier projet du Conseil fédéral portait sur un montant de 1 milliard de francs et que l'ensemble des

mouvements de primes payées en trop ou insuffisamment s'élève à 2 milliards de francs. Il s'agit d'un compromis politique qui a été accepté à l'unanimité par le Conseil des Etats.

Le Conseil des Etats a lié ce remboursement à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie. Pourquoi? Parce que cette loi sur la surveillance de l'assurance-maladie contient une disposition qui permet d'éviter ces différences entre les coûts et les primes, afin qu'elles ne se reproduisent plus dans le futur. Je vous l'ai expliqué dans l'historique, on a un peu forcé la main de la commission soeur du Conseil des Etats. Il est clair que cette commission et le Conseil des Etats veulent s'assurer que l'on ne recommencera pas l'opération dans quelques années. Et ils ont raison parce que c'est aussi dans l'intérêt des assurés que l'on garantisse que désormais chacun paie réellement les coûts qui correspondent aux frais qu'il engendre.

Toutefois, notre commission a estimé qu'il ne fallait pas lier ce projet avec la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, en tout cas pas le lier avec l'entrée en vigueur de cette dernière, parce qu'on ne sait pas quand elle aura lieu. Nous avons essayé de mettre sous toit un projet le plus rapidement possible, c'est-à-dire en apportant le moins de changements possible par rapport au texte du Conseil des Etats. Le changement porte sur deux points.

Le premier consiste à ne pas établir de lien avec la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, mais à déterminer une date fixe, c'est-à-dire à prendre en considération les primes depuis l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'au 31 décembre 2013. C'est plus clair puisque la date fixe est le 31 décembre 2013 et qu'il n'y a alors pas besoin d'attendre l'entrée en vigueur de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie et que les chiffres définitifs seront connus dès ce printemps 2014, puisque nous aurons les chiffres 2013 à ce moment. Il sera alors possible de faire le calcul exact.

Deuxième modification: prévoir clairement une entrée en vigueur de ce système le 1er janvier 2015, le but étant de commencer avec ce système des trois ans dès 2015 – soit avec les primes 2015, 2016 et 2017 – afin de pouvoir liquider cette opération rapidement.

En échange de cette séparation entre la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie et ce projet, la majorité de la commission du Conseil national s'est clairement engagée à trouver une base légale pour le futur, afin que ces différences ne se reproduisent plus.

Pour rappel, la commission débattre de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie lundi prochain et notre conseil devra en principe le même jour, dans l'après-midi, à nouveau se pencher sur la question du renvoi au Conseil fédéral de cette loi.

Le résultat du vote au sein de la commission est le suivant: 22 voix pour le projet 12.026 et 2 abstentions. Nous vous proposons ainsi d'adopter ce projet.

Pour rappel, la motion Fetz 08.4046, «Rééquilibrer les taux de réserves des assureurs-maladie d'ici 2012», est classée. La pétition Avivo Suisse 13.2013, «Primes payées en trop. Remboursez-nous», est prise en compte dans ce projet et nous vous proposons par conséquent de ne pas y donner suite.

Quant à l'initiative du canton de Saint-Gall 09.316, «Echelonnement du rattrapage des réserves des assureurs-maladie», elle est également prise en compte dans ce projet et nous vous proposons de ne pas y donner suite.

van Singer Christian (G, VD): 2 milliards de francs de primes payés en trop par les assurés dans certains cantons, et à l'inverse 2 milliards qui n'ont pas été payés par les assurés dans d'autres cantons! Ce n'est pas normal! C'est d'autant moins normal que ce sont les assurés des mêmes cantons, qui, année après année, ont trop payé. Il faut régler ce problème, et pas seulement régler le passé, mais aussi éviter que, dans le futur, les mêmes dysfonctionnements ne se reproduisent.

Que s'est-il passé? On a aussi pu constater que certaines caisses-maladie, en prélevant des primes trop élevées dans

certaines cantons, ont pu offrir des primes moins élevées dans d'autres pour s'y établir, pour y trouver de nouveaux clients, des «bons risques».

Faut-il maintenant accepter ce compromis qui prévoit de verser 800 millions de francs, prélevés pour un tiers sur les caisses de la Confédération, pour un tiers sur les réserves des caisses-maladie et pour un tiers auprès des assurés des cantons qui n'ont pas assez payé de primes ces dernières années? Assurément oui, parce qu'«un tiens vaut mieux que deux tu l'auras», et encore beaucoup mieux que «tu n'auras rien du tout»! Ce problème traîne depuis tellement d'années que, si on n'accepte pas ce compromis, les assurés qui ont trop payé ne vont jamais rien toucher en retour.

Mais est-ce la solution complète du problème? Sûrement pas, parce qu'il règle en partie le passé, mais qu'il ne règle pas le futur. Une fois qu'on aura accepté ce projet de loi, la Confédération ne pourra toujours pas intervenir pour éviter les primes trop élevées. Il est évident que nous n'instaurerons pas un meilleur contrôle des assureurs-maladie par ce projet de loi. Nous n'éviterons pas ce type de dysfonctionnement dans le futur. Mais le groupe des Verts estime que ce compromis est acceptable, qu'il vaut mieux que la situation actuelle, qu'il permet de régler partiellement le passé.

C'est pourquoi nous vous demandons de l'accepter. La commission a pris sa décision à l'unanimité moins 2 abstentions.

Gilli Yvonne (G, SG): Die Grünen unterstützen das Eintreten auf diese Gesetzesänderung, weil die Prämienausgleichszahlungen stattfinden müssen. Wir unterstützen die Änderung, damit diese Zahlungen stattfinden können. Damit können wir mindestens einen konstruktiven Beitrag dazu leisten, dass eine notwendige Umverteilung vorgenommen werden kann.

Der Fehlbetrag der zu viel bzw. zu wenig bezahlten Prämien war für die Versicherten in der Vergangenheit schlicht ungerecht und für viele auch belastend. Seit 1996, so zeigt es uns die Statistik, haben einige Versicherte in einigen Kantonen zu viel Krankenkassenprämien bezahlt, andere zu wenig. In der Summe handelt es sich um einen grossen Betrag, nämlich um über 1,5 Milliarden Franken. Angesichts der Prämienbelastung der einzelnen Haushalte entspricht das Beträgen, die mindestens denjenigen, die jahrelang zu hohe Prämien bezahlt haben, wehtun. Mit dem Eintreten zeigen wir uns bereit, ungefähr die Hälfte der falsch bezahlten Prämien auszugleichen. Diejenigen, die zu viel bezahlt haben, bekommen etwas zurück. Diejenigen, die zu wenig bezahlt haben, müssen nachzahlen. Damit diese Ausgleichszahlungen verträglich gestaltet werden können, laufen sie über drei Jahre. Gerecht ist auch diese Lösung nicht: Nur die Hälfte der falsch berechneten Prämiensumme wird korrigiert.

Für die Berechnung gilt der aktuelle Wohnsitz. Pech haben diejenigen, die den Wohnsitz zwischenzeitlich gewechselt haben, von einem Kanton, in dem sie zu viel bezahlt haben, in einen Kanton, in dem sie zu wenig bezahlt hätten: Sie bezahlen zweimal. Dann gibt es noch andere Verwerfungen: weil für einzelne Kantone einmal zu hohe und einmal zu niedrige Prämien berechnet wurden und weil sich diese Fehlberechnungen noch laufend fortsetzen, und Verwerfungen gibt es auch von Krankenkasse zu Krankenkasse.

Das ist ein unrühmliches Kapitel in der Geschichte des Krankenversicherungsgesetzes. Wir stehen in der Pflicht, unser Möglichstes zu tun, um diese milliardenschwere Fehlberechnung so gut und praktikabel wie möglich auszugleichen. Wir stehen politisch in der Schuld der Versicherten, die nichts, aber auch gar nichts tun konnten, ausser zu bezahlen, was ihnen die Versicherer – unter Aufsicht der Politik – in Rechnung stellten. Diese Aufsicht war klar ungenügend.

Wir müssen uns bewusst sein: Mit dem Eintreten auf diese Gesetzesänderung bewältigen wir halbwegs die Vergangenheit. Was immer noch fehlt, ist die gesetzliche Grundlage, um die gleichen Fehler in Zukunft zu verhindern. Der Bundesrat hat uns den Entwurf zu einem Krankenkassenauf-

sichtsgesetz vorgelegt. Der Ball liegt jetzt bei uns im Parlament. Es gilt, die vorhandenen Gesetzeslücken unverzüglich zu schliessen, sei es mit einem neuen neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, sei es mit einer Teilrevision des bestehenden Krankenversicherungsgesetzes.

Für die Grünen ist klar, dass sie heute die Vergangenheit bewältigen möchten: durch das Schaffen der gesetzlichen Grundlagen, damit diese ungerechten, falsch berechneten Prämien ausgeglichen werden können. Für uns ist aber ebenso klar, dass wir in einem zweiten Schritt alles daran setzen werden, dem Bundesrat die Mittel in die Hand zu geben, die ihm erlauben, eine wirksame Krankenkassenaufsicht zu garantieren.

Wir bitten Sie, auf diese Gesetzesänderung einzutreten.

Cassisi Ignazio (RL, TI): Il gruppo liberale-radical vi invita anch'esso ad entrare in materia e ad accettare questo compromesso. Non si tratta sicuramente di una legge soddisfacente, per diverse ragioni: sia perché la somma del riequilibrio è soltanto la metà dello squilibrio, sia perché i meccanismi che stanno alla base di questo problema non sono stati sufficientemente corretti per tempo utile. Fatto sta che oggi ci troviamo di fronte a questa legge che permette di risolvere un malcontento estremamente diffuso. Il gruppo liberale-radical è quindi favorevole a trovare una soluzione. Le ragioni che hanno portato il Consiglio federale il 15 febbraio 2012 a proporre questo riequilibrio sono state bene illustrate dai relatori di commissione e quindi non mi dilungherò su questo tema.

800 milioni di franchi andranno quindi distribuiti nei prossimi anni. Se in questa sessione le due Camere non avranno più divergenze la legge entrerà in vigore quest'anno e quindi potremo procedere già dal 2015 al rimborso di questi soldi. 800 milioni di franchi sono la metà di quel miliardo e mezzo che è stato calcolato dal Consiglio federale e dai direttori della sanità cantonali. Evidentemente il Parlamento non ha potuto fare altro che attenersi a queste cifre anche se altri autori hanno proposto delle cifre diverse. Vorrei anche ricordare che questi squilibri, pur essendo cifre importanti, sono meno dell'1 per cento del volume di premi pagati dagli assicurati. Quindi, dobbiamo renderci conto che ci troviamo in un margine di errore compreso tra lo 0 e l'1 per cento. Se è difficile evitare del tutto tale errore, è sicuramente possibile evitarlo in gran parte.

Per il futuro, il gruppo liberale-radical vuole una migliore vigilanza che permetta allo Stato di rifiutare l'approvazione dei premi quando essi fossero ritenuti troppo bassi o troppo alti. Questa nuova regolamentazione è prevista nella legge concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie della quale ci occuperemo durante questa sessione. Questa legge era stata rinviata al Consiglio federale nella sessione invernale con la preghiera di fondere gli articoli concernenti la vigilanza di questa legge separata con questi già presenti nella LAMal; è stato quindi un discorso di natura tecnica. Il Consiglio federale ha detto che è disposto a dare una mano a fare questo esercizio al termine dell'analisi di dettaglio ed è per questa ragione che posso già informarvi che il gruppo liberale-radical è disposto a svolgere l'esame di dettaglio della legge concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie anche nella Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale.

Occorre quindi vedere l'insieme della soluzione, composto di una regolamentazione del passato e di una regolamentazione del futuro. Questo ci permette di avere in mano quegli strumenti che impediscano il ripetersi di questa situazione estremamente spiacevole che ha costretto la politica a fare capriole per correggere un problema che le casse malattie da un lato e la vigilanza statale dall'altro non avevano per tempo corretto.

In conclusione, a nome del gruppo liberale-radical vi invito ad entrare in materia e ad approvare questa legge.

Humbel Ruth (CE, AG): Diese Vorlage ist grundsätzlich falsch, aber sie ist politisch nötig. Juristisch ist die Sache

klar: Es gibt im Krankenversicherungsgesetz kantonale Prämien, aber es gibt keine kantonalen Reserven. Wenn wir also über sogenannte kantonale Reserven sprechen, geht es um eine rein kalkulatorische Grösse, eine fiktive Aufteilung des Reservefonds auf die Kantone.

Es mag sein, dass in den Anfangsjahren nach Einführung des KVG bei der Berechnung und Genehmigung der Prämien kantonal zu wenig auf eine ausgewogene Entwicklung der Kosten und Prämien geachtet wurde. Wenn dem so war, trägt die Aufsichtsbehörde bzw. tragen die Vorgängerin und die Vorgänger des heutigen Gesundheitsministers ganz klar die Hauptverantwortung. Alle Prämien werden vom BAG geprüft und bewilligt.

Es wird nun der Eindruck vermittelt, dass die Versicherten in gewissen Kantonen, namentlich in Zürich, Genf, Waadt und Tessin, systematisch ausgebeutet worden seien und in anderen Kantonen, namentlich im Kanton Bern, systematisch bevorzugt worden seien. Der Bevölkerung der Kantone, welche Rückzahlungen fordern, wird von Politikern vorgegaukelt, sie hätten namhafte Beträge zu erwarten. Das stimmt so natürlich nicht: Nimmt man beispielsweise den Kanton Zürich, der über 16 Jahre bis 2011 angeblich 465 Millionen Franken zu viel bezahlt haben soll, so entspricht das 9 Promille der Leistungen oder 20 Franken pro Person und Jahr. Hätten die Versicherten im Kanton Zürich alle zu einer günstigen Krankenkasse gewechselt, hätte pro Person ein Vielfaches dieses Betrags eingespart werden können. Wenn man schon Gerechtigkeit herstellen möchte, dann müsste auch berücksichtigt werden, dass gerade im Kanton Zürich die Stadtbevölkerung von der Landbevölkerung massiv subventioniert wird.

Die Kantone haben sich darauf geeinigt, 800 Millionen Franken umzuverteilen. Je ein Drittel wird durch den Bund, die Versicherten und über die Reserven der Versicherer finanziert. Der Betrag von 800 Millionen Franken bleibt immer gleich, unabhängig davon, wie viele Jahre berücksichtigt werden. Das führt zu sonderbaren Effekten und zu unterschiedlichen Resultaten für die einzelnen Kantone.

Nach der ersten Methode hätte beispielsweise Basel-Stadt bis im Jahr 2011 70 Millionen Franken Prämien zu viel bezahlt, mit der neuen Methode sind es nun genau 73 Millionen Franken zu wenig. Im Jahr 2012 sind es noch 50 Millionen Franken zu wenig. Das heisst, der Kanton Basel-Stadt wird vom Nehmer- zum Geberkanton. Umgekehrt läuft es für den Kanton Zug: Hat Zug bis 2011 nach der ersten Methode 26 Millionen Franken zu wenig bezahlt, sind es mit der neuen Methode 1,7 Millionen Franken zu viel und 2012 schon 8 Millionen Franken zu viel. Für den Kanton Genf geht das Guthaben allmählich etwas zurück: Bis 2011 soll er 351 Millionen Franken zu viel bezahlt haben, 2012 waren es noch 262 Millionen Franken. Insgesamt sollen je nach Jahr und Methode sechs bis acht Kantone zu viel bezahlt haben, die restlichen zu wenig. Das sind immer Gesamtzahlen. Die Situation ist jedoch je nach Versicherer unterschiedlich.

Zudem trifft es jene Versicherten ganz dumm, welche von einem Nehmer- in einen Geberkanton gezügelt sind, zum Beispiel von Zürich oder Lausanne nach Bern. Sie haben vermeintlich lange Zeit zu hohe Prämien bezahlt und werden nun zur Kasse gebeten, weil sie von einem Nehmer- in einen Geberkanton gezügelt sind. Wenn wir dieser Korrektur von vermeintlich zu viel und zu wenig bezahlten Prämien zustimmen, hat das nichts mit Recht oder Gerechtigkeit zu tun und schon gar nichts mit Versicherungsmathematik. Es ist einfach die Erledigung eines politischen Schreckgespenstes.

Die CVP/EVP-Fraktion tritt auf die Vorlage ein und unterstützt die Fassung der nationalrätlichen Kommission, die einen Endtermin setzt. Der Prämienausgleich soll für die Jahre 1996 bis 2013 erfolgen. Der Vollzug erstreckt sich über drei Jahre, weshalb das Inkrafttreten so gesetzt werden muss, dass die ganze Abwicklung über die Jahre 2015 bis 2017 erfolgen kann. Wir wollen keine Verknüpfung mit dem KVAG, wie es der Bundesrat ursprünglich vorgesehen hat. Es besteht auch kein innerer Zusammenhang zwischen den

beiden Vorlagen. Wir regeln heute die Vergangenheit, ignorieren dabei versicherungsmathematische und rechtliche Grundsätze und setzen uns über Verjährungsfristen nach KVG und OR hinweg. Ungeachtet der berücksichtigten Jahre werden 800 Millionen Franken verteilt, unabhängig davon, ob wir das Ganze jetzt bereinigen oder ob wir noch ein Jahr oder zwei Jahre zuwarten. Im KVAG hingegen sollen die Rechtsgrundlagen geschaffen werden, um die Aufsicht zu stärken. Es geht darum, der Aufsichtsbehörde die notwendigen Instrumente zu geben, sofern sie nicht bereits heute mit dem KVG zur Verfügung stehen.

Die CVP/EVP-Fraktion ist bereit, das KVAG zu beraten und die allfällige Gesetzeslücke zu füllen, damit die Aufsicht notwendige Prämienanpassungen verfügen kann. Solche Rückerstattungsübungen, wie wir sie nun vornehmen, dürfen aber keinesfalls weitergeführt werden. Eine Prämie muss mit der Genehmigung rechtskräftig werden und darf nicht im rechtsunsicheren Zustand schweben, um im Nachhinein allenfalls wieder korrigiert zu werden. Die Prämien sind und bleiben kantonal. Es gibt aber auch künftig keine kantonalen Reserven. Es dürfen auch keine kantonalen Reserven konstruiert werden. Dabei ist klar, dass die kantonalen Prämien im Verhältnis zu den kantonalen Kosten plausibel sein und versicherungsmathematisch korrekt berechnet werden müssen. Wenn die Aufsicht gestärkt wird, muss sie für ihre Entscheide Verantwortung übernehmen. Selbst wenn im Nachhinein Fehleinschätzungen erkannt werden, dürfen genehmigte Prämien nicht wieder infrage gestellt werden.

Zusammenfassend wird die CVP/EVP-Fraktion auf die Vorlage eintreten und den Anträgen der Kommission folgen.

Weibel Thomas (GL, ZH): Die Volksmeinung ist klar. Als Vertreter eines Kantons, dessen Versicherte zu viel bezahlt haben, wurde ich wiederholt auf die Sachlage angesprochen. Ich konnte dabei viel Ungeduld und Unverständnis spüren: Es sei höchste Zeit, dass die Angelegenheit endlich bereinigt werde.

Die Vorlage, die wir heute besprechen, ist ein Kompromiss. So wird nur knapp die Hälfte der zu viel bezahlten Prämien ausgeglichen, und es handelt sich um eine fixe Summe, unabhängig vom Bemessungszeitraum, den wir festlegen. Die Ausgleichszahlungen erfolgen je zu einem Drittel durch die Kassen, die Kantone und den Bund. Den Bund betrifft es mit 266 Millionen Franken. Die Kassen bezahlen also insgesamt einen Drittel von der Hälfte der zu viel bezahlten Gelder zurück, mathematisch ist das ein Sechstel des Ganzen, oder anders ausgedrückt: 84 Prozent der zu viel bezahlten Prämien bleiben in den Schatullen der Kassen. Der Kompromiss ist nicht überwältigend, das ist aus diesen Zahlenrechnereien klar erkennbar. Aber offenbar ist dieser Kompromiss der grösstmögliche gemeinsame Nenner unter allen Beteiligten.

Wir Grünliberalen sind uns bewusst: Es gibt keine absolut gerechte Lösung. Wir wissen, dass es Durchschnittswerte sind, die der Berechnung zugrunde liegen. Auch die Problematik der Wohnsitzwechsel zwischen Kantonen, die zu viel, und solchen, die zu wenig bezahlt haben, ist angesprochen worden. Dort kann man Pech oder Glück haben, oder man kann es in den nächsten drei Jahren auch bewusst noch etwas steuern.

Der Ständerat hat den Bemessungszeitraum für die Rückzahlung mit dem Inkrafttreten des KVAG verknüpft. Wir haben dieses KVAG an den Bundesrat zurückgewiesen. In der entsprechenden Debatte wurde klar festgehalten, dass diese Rückweisung den Ausgleich der zu viel bezahlten Prämien nicht verzögern darf und soll. Es war auch anerkannt, dass bei der Krankenkassenaufsicht Bedarf für bessere Regelungen besteht. Wir werden also die Aufsicht verbessern, wir werden die Zukunft regeln, und wir werden dafür sorgen, dass sich die gleichen Probleme nicht mehr wiederholen. Das wird aber nicht in Verknüpfung mit dieser Vorlage, sondern in einer eigenständigen Debatte geschehen. Es wurde gesagt: Es ist noch offen, ob für diese Regelungen ein eigenständiges Aufsichtsgesetz erforderlich ist oder ob sie ins

bestehende KVG integriert werden können. Es ist übrigens auch festzuhalten, dass bei den Berechnungen in den letzten Jahren nicht mehr so grosse Fehler wie früher aufgetreten sind.

Deshalb beantragt die Mehrheit der Kommission, die Kopplung mit dem Aufsichtsgesetz aufzuheben und mit einem fixen Bemessungszeitraum zu arbeiten. In der Kommission wurde auch aufgezeigt, dass bereits im kommenden Jahr, 2015, erste Ausschüttungen an die Versicherten erfolgen können, wenn wir und selbstverständlich auch der Ständerat die Gesetzesänderung jetzt zügig verabschieden.

Das Eintreten ist bekanntlich nicht bestritten. Wir Grünliberalen unterstützen überall die Mehrheit. Das heisst, wir unterstützen, dass die Gesetzesänderung für die Ausgleichszahlungen nicht mit dem Inkrafttreten des Aufsichtsgesetzes gekoppelt wird, sondern auf dem fixen Bemessungszeitraum 1996–2013 basiert. Entsprechend lehnen wir auch die Übergangsbestimmung ab, welche dazu auffordert, auch die restlichen Beträge noch auszugleichen.

Bortoluzzi Toni (V, ZH): In Artikel 21 des Krankenversicherungsgesetzes mit dem Titel «Aufsicht» steht Folgendes: «Der Bundesrat überwacht die Durchführung der Krankenversicherung.» In den Artikeln 60 und 61 sind die Details dazu aufgeführt, was die Krankenkassen betrifft. Ich habe hier schon bei anderer Gelegenheit darauf hingewiesen, dass diese nun offensichtlich zutage getretenen Mängel bei der Festlegung und Genehmigung der Prämien der mangelnden Aufsicht der Verwaltung zuzuordnen sind und nicht Mängeln im Gesetz. Warum sonst hätte die Verwaltung des Bundes – anfangs war es das BSV, nachher das BAG – die von den Kassen beantragten Prämien während fünfzehn Jahren genehmigen können, ohne eine Korrektur im Gesetz zu verlangen? Das Problem liegt nicht bei den zu hohen Prämien, die einverlangt wurden, denn das kann immer in den darauffolgenden Jahren korrigiert werden, sondern bei den zu tiefen Prämien, die eingefordert und bewilligt wurden. Diese Mängel müssen mit Quersubventionen in den Kassen – ich nenne es einmal so – in den einzelnen Prämienregionen behoben werden. Das entspricht halt nicht unserer Gesetzgebung, die an sich verlangt, dass die Kostenentwicklung in den einzelnen Prämienregionen in den Prämien nachzuvollziehen sind. Das wurde meines Erachtens zu wenig beachtet.

Diese im Nachhinein gemachte Feststellung nützt natürlich wenig: Es ist bereits passiert. Wenn man nun versucht, mit der vorliegenden Gesetzesrevision die gemachten Fehler mit Änderungen zu korrigieren, ist dagegen natürlich nichts einzuwenden. Allerdings muss man auch nichts beschönigen, es wurde von meinen Vorrednern schon verschiedentlich erwähnt: Eine solche Wiedergutmachung, wie auch immer sie ausgestaltet ist, hinterlässt Lücken, die nicht geschlossen werden können. Nach fünfzehn Jahren ist das mit vernünftigem Aufwand leicht und einfach nicht möglich. Der Vorlage ist zuzugestehen, dass damit die schlimmsten Mängel korrigiert werden und die unerfreuliche Sache zum Abschluss gebracht werden kann. Das, glaube ich, muss auch das Ziel dieser Vorlage sein. Wir werden vor allem dann bei Artikel 106 der Mehrheit folgen, damit die zeitliche Begrenzung auf Ende 2013 durchgesetzt wird.

Die Kosten für diese Übung von 800 Millionen Franken, auf drei Jahre verteilt, sind natürlich eine beachtliche Summe, obwohl sie in Relation zum Volumen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung jeweils pro Jahr nur etwa 1 Prozent der Prämiensumme ausmachen. Dass die Bundeskasse mit einem Drittel dieser 800 Millionen Franken, also mit 266 Millionen Franken, einbezogen wird, ist als Eingeständnis der ungenügenden Aufsicht zu verstehen. Das, glaube ich, ist richtig und zu unterstützen.

Was man im Zusammenhang mit dieser Vorlage auch nicht vergessen darf: Damit wird an den eigentlichen Problemen im Gesundheitswesen – Mengenausweitung, Kostenwachstum – natürlich überhaupt nichts geändert. Hier kann man also auch davon sprechen, dass es eine bescheidene Vor-

lage ist, die ein Problem löst, aber die Hauptprobleme des Gesundheitswesens in unserem Land bleiben unangetastet. Die SVP-Fraktion wird der Vorlage zustimmen und der Mehrheit folgen.

Hess Lorenz (BD, BE): Die BDP-Fraktion unterstützt das Eintreten auf diese Vorlage und damit das Einschwenken auf die Version des Ständerates. Diesbezüglich besteht ja eigentlich nur noch eine Abweichung betreffend die Definition des für den Ausgleich zu berücksichtigenden Zeitraumes. Warum nun die positive Haltung zu diesem Kompromiss, wenn man dem so sagen darf? Er wird ja am Schluss wahrscheinlich nicht mehr als den berühmten Grad der mittleren Unzufriedenheit erreichen, und das nicht nur, weil der Ausgleich nur zu 50 Prozent erfolgt, sondern auch, weil zu diesem Vorgehen durchaus auch ordnungspolitische Vorbehalte gemacht werden können.

Die Gründe sind folgende:

1. Die Priorität ist sicher, den Rechten der Versicherten nachzukommen, das heisst, in einem gewissen Ausmass die Fehler zu korrigieren, die zu Ungerechtigkeiten betreffend zu viel oder zu wenig bezahlte Prämien geführt haben.

2. Es gilt, in dieser komplexen Frage, die uns ja noch weiter beschäftigen wird, im Sinne eines übergeordneten Ziels den Scherbenhaufen zu vermeiden, der sich sonst unter anderem für das KVG oder KVAG abzeichnet.

3. Es geht darum, die Vergangenheit einigermaßen zu bewältigen, oder, besser gesagt, für die Vergangenheit eine Lösung zu finden und damit den Weg für die Zukunft frei zu machen, was dann sehr wahrscheinlich in einer moderaten Version des KVAG gipfeln wird.

Deshalb ist die BDP-Fraktion für ein Rückkommen, obwohl damit überhaupt nicht alle Zweifel, die wir bei der Beratung des KVAG hier geäussert haben, vom Tisch sind. Bei Artikel 106 wird die BDP-Fraktion ebenfalls die Mehrheit unterstützen.

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und die Mehrheit ebenfalls zu unterstützen.

Heim Bea (S, SO): Dieser Vorlage ging ein zähes Hin und Her zwischen den Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Kammern voraus. Das Ergebnis ist aus Sicht der SP nur eine halbe Lösung. Dabei sind die je nach Kanton zu viel oder zu wenig bezahlten Krankenkassenprämien echt ein politisches Ärgernis, das sich nicht wiederholen darf. Es lässt viele zu Recht am heutigen Krankenkassensystem mit den über 300 000 Versicherungsprodukten zweifeln. Man kann sich fragen, was los ist, und sagen, dass wir doch eine Aufsichtspflicht des Bundes haben. Ja, wir haben diese; unter den geltenden Bedingungen ist sie aber fast nicht wahrzunehmen.

Wenn wir nun die Vorlage zum Ausgleich der Prämienungleichgewichte, die sich seit Jahren aufsummiert haben, beraten und hoffentlich auch beschliessen, dann stellt sich die Frage, was Bund und Parlament tun, damit sich solches in Zukunft nicht wiederholt, und wie es überhaupt so weit kommen konnte. Die Antwort ist einfach: Die Instrumente der Aufsichtsbehörde sind lückenhaft. Sie sind zu schwach, um den Wettbewerb unter den Kassen in geordneten Bahnen zu halten. In den fast zwanzig Jahren des KVG haben sich die Kassen wie Banken und Privatversicherungen zu Konzernen zusammengeschlossen. Doch das, was bei Banken und Privatversicherungen schon lange Praxis ist, die Gruppenaufsicht, fehlt bei den Krankenkassenkonzernen; dies ist ein echtes Problem. Der Ständerat hat es, anders als unsere Kommission, erkannt. Darum will der Ständerat auch, dass es nicht nur die Vorlage zum Prämienausgleich gibt, sondern auch ein griffiges Aufsichtsgesetz.

Mit der Vorlage zum Ausgleich der Prämienungleichgewichte wollen wir einen Schlussstrich unter die Vergangenheit ziehen. Ich sage Ihnen aber, dass es in der Aufsicht ohne griffige Lösung keine Ruhe und keinen Schlussstrich gibt. Da wäre auch eine eventuelle Minimalvariante neuer Aufsichtsregelungen – eine solche ist leider angesichts des Widerstandes auf Kassenseite deutlich zu befürchten – sicher

keine gute Lösung. Wir meinen, dass wir für die Versicherten, für die Prämienzahlenden eintreten müssen. Sie sind das schwächste Glied der Kette. Es braucht eine starke Versicherungsaufsicht, eben das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz. Die SP-Fraktion will keine halben Sachen. Wir wollen eine Lösung für die Vergangenheit, wir wollen aber auch eine Lösung für die Zukunft. Die Meinung des Ständerates, dass es ein Krankenversicherungsaufsichtsgesetz braucht, ist nicht nur zu begrüssen, wir müssen vielmehr dazu auch Ja sagen.

Wir sagen zu dieser Vorlage zum Ausgleich der Prämien jetzt auch Ja. Ich hoffe, Sie tun dasselbe.

Steiert Jean-François (S, FR): En attendant l'arrivée d'une caisse publique qui nous aurait évité le problème dont nous parlons aujourd'hui et qui nous l'éviterait à l'avenir, le projet dont nous discutons aujourd'hui permet de corriger les erreurs, les conséquences difficiles de la grave concurrence déloyale entre assureurs-maladie. C'est la raison pour laquelle le groupe socialiste vous recommande d'entrer en matière sur cet objet, de l'accepter dans ses grandes lignes, et de vous rallier à la position du Conseil des Etats, en ce qui concerne le lien avec la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.

Nous proposons par ailleurs une disposition transitoire chargeant le Conseil fédéral de proposer à l'Assemblée fédérale d'ici fin 2014 au plus tard des solutions concernant les primes trop élevées ou trop basses qui ne sont pas compensées au moyen du projet 12.026 de modification de la LAMal.

Sur les principes, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, les assureurs-maladie ont commis des détournements de fonds pour près de 2 milliards de francs, qu'ils ont fait payer en trop aux assurés de la plupart des cantons romands, de Zurich, et de quelques autres cantons, par rapport au coût réel de ces assurés, ceci dans le but d'être plus concurrentiels dans les autres cantons grâce à des primes trop basses. Nous discutons aujourd'hui par le présent projet du remboursement partiel, dans le sens d'un compromis politique, de ces primes payées en trop.

Cette solution n'est pas entièrement satisfaisante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle ne rembourse que moins de la moitié des montants indûment transférés de certains assurés vers d'autres. Deuxièmement, ces montants vont profiter à certains assurés qui n'ont pas trop payé, et léser certains assurés qui ont trop payé, pour des raisons de changement de domicile, etc. C'est quelque chose qui ne peut pas être intégralement satisfaisant du point de vue individuel. Troisièmement, le financement à trois tiers ne respecte par le principe de responsabilité des problèmes devant lesquels nous nous trouvons aujourd'hui.

Contrairement à ce qu'à prétendu il y a quelques minutes Monsieur Bortoluzzi, la responsabilité des erreurs qui ont été commises par les assureurs, contraires à l'esprit de la loi – sans doute aussi à la lettre de la loi – n'incombe pas à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Monsieur Bortoluzzi aurait dû lire les arrêts du Tribunal fédéral qui ont interdit à l'OFSP d'intervenir dans les cas les plus graves auxquels nous avons été confrontés. L'OFSP s'est retrouvé pieds et poings liés sur les points sur lesquels il aurait dû intervenir. C'est bien au législateur d'agir, j'y reviendrai en ce qui concerne la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.

Sur le principe, il faut adopter aujourd'hui la moins mauvaise solution, et ce n'est pas parce qu'on ne peut pas corriger parfaitement une erreur historique qu'il ne faut pas s'y atteler.

Outre les raisons de principe, l'imperfection de cette solution est aussi une raison pour tenter d'éviter de devoir à nouveau résoudre ici même les mêmes problèmes, dans cinq ou dans dix ans, parce que les assureurs-maladie auront repris leurs mauvaises habitudes dès que nous aurons tourné la page du passé.

Si un directeur de musée, par exemple du Musée Paul Klee à Berne ou d'un grand et beau musée dans vos régions res-

pectives, se voit confronté au vol des plus beaux tableaux de sa collection, il va tout d'abord s'atteler à retrouver ses tableaux, peut-être à faire punir les voleurs – même si ce n'est pas tellement sa tâche. C'est ce que nous faisons aujourd'hui: nous corrigeons ce qui s'est fait dans le passé. Mais le même directeur va aussi, s'il n'est pas tombé sur la tête, immédiatement réfléchir aux causes de ces vols: il va donc prendre des mesures de surveillance supplémentaires pour éviter que ces vols ne se reproduisent les années suivantes. C'est ce que nous proposons les cantons, le Conseil des Etats, en couplant la présente loi avec la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale.

La majorité de la commission, opposée à l'origine tant à la forme qu'au fond de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, a fait un premier pas. Il s'est traduit notamment par l'intervention de Monsieur Cassis qui s'est exprimé ici, en déclarant accepter d'entrer en matière au moins sur le principe même, sur le contenu de la loi précitée, pour donner enfin à l'Office fédéral de la santé publique les compétences indispensables à une surveillance digne de ce nom et à la mise en vigueur de mesures efficaces contre d'éventuels nouveaux agissements des assureurs, qui seraient contraires à la volonté du législateur.

Mais, et contrairement à ce qu'a dit ici Madame Humbel, il y a bien un lien direct entre la loi que nous traitons aujourd'hui, qui règle le passé, et la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, qui règle exactement les mêmes questions pour l'avenir, et il n'est, du point de vue du législateur, pas responsable de séparer les deux choses. Par ailleurs, le principe de la confiance relative nous recommanderait de suivre le couplage proposé tant par le Conseil des Etats que par les cantons et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Evidemment, la caisse-maladie publique serait la solution la plus simple et la plus efficace pour résoudre ad aeternam le problème dont nous parlons ici. Mais nous n'en sommes pas encore là!

D'ici là, nous vous recommandons de soutenir le projet de la commission, avec les solutions adoptées par le Conseil des Etats et défendues par la minorité Carobbio, afin de régler tant le passé que l'avenir.

Berset Alain, conseiller fédéral: Le 15 février 2012, le Conseil fédéral a soumis au Parlement deux projets de loi. Le premier concerne la compensation des primes payées en trop ou insuffisamment depuis 1996; le second porte quant à lui sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale.

Nous connaissons les principes qui prévalent dans le domaine. Dans l'assurance obligatoire des soins, les recettes des primes d'une année civile doivent couvrir les dépenses de cette même année. Mais nous connaissons aussi les difficultés auxquelles sont soumis les assureurs, qui doivent fixer les primes six mois avant le début de la période de référence et qui ne connaissent évidemment pas dans le détail l'évolution des coûts sur cette période. Il y aura donc toujours, inévitablement, des différences entre les recettes de primes et les coûts effectifs pour l'année concernée. Ces différences devraient normalement s'équilibrer au fil des années. On a cependant constaté qu'au lieu de s'équilibrer, des soldes positifs ou négatifs, parfois importants, se sont accumulés dans certains cantons.

A partir de ce constat, vous avez demandé à deux reprises au Conseil fédéral d'agir dans ce domaine pour régler ce problème. Le Conseil fédéral a accepté évidemment ce mandat, l'a mis en oeuvre avec beaucoup de prudence, puisqu'il s'agit d'un thème complexe. Il l'a fait en accord avec les acteurs concernés et notamment les cantons, qui sont fortement touchés.

En février 2012, la proposition du Conseil fédéral était assez simple. Il s'agissait d'atténuer les déséquilibres constatés entre les cantons, en prélevant un supplément de prime chez les assurés qui avaient payé des primes trop basses au total et en accordant une diminution de prime aux assurés qui avaient payé des primes trop élevées. Selon la pro-

position du Conseil fédéral, un milliard de francs aurait dû être ainsi réparti entre les assurés.

Ce projet n'a pas été accepté comme tel par la commission du Conseil des Etats, qui nous a demandé de reprendre la discussion avec les cantons pour trouver une autre solution. Nous avons réussi à proposer une nouvelle solution, élaborée avec le Conseil des Etats, qui reprend la proposition initiale du Conseil fédéral, en y intégrant les solutions de la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Avec ce «compromis du compromis», il n'est plus question de compenser 1 milliard de francs mais 800 millions de francs, soit un peu moins de la moitié des primes payées en trop ou insuffisamment.

Une autre nouveauté: ce n'est plus seulement une répartition entre les assurés qui ont trop peu payé et ceux qui ont trop payé, mais cela devient une solution dans laquelle trois acteurs, premièrement les assurés, deuxièmement les assureurs, troisièmement la Confédération, doivent rembourser un tiers chacun, à savoir 266 millions de francs.

En ce qui concerne le tiers relatif aux assurés, la proposition reprend le projet initial du Conseil fédéral, avec un système simple à mettre en oeuvre. Durant quelques années les assurés des cantons dans lesquels des primes trop basses ont été prélevées devront payer un supplément de prime, correspondant au maximum au montant redistribué au titre du produit des taxes environnementales.

La nouveauté est qu'il y a un tiers qui sera financé par les assureurs. Ceux-ci peuvent payer leur part en prélevant le montant sur leurs réserves, si elles sont excessives, ou en prélevant un supplément unique auprès de leurs assurés. Il faut souligner ici que la marge de manoeuvre laissée aux assureurs pour régler le financement de ce tiers est très grande, et il faut aussi souligner qu'il est bien possible que, directement ou indirectement, une partie des assurés se trouvant dans les cantons qui ont déjà trop payé soient aussi appelés à financer d'une manière ou d'une autre le tiers relatif aux assureurs.

Le dernier tiers incombe à la Confédération. Sur la contribution de la Confédération, le Conseil fédéral est naturellement aussi sceptique, à quelques réserves près. D'une part, l'idée qui apparaît derrière cette contribution de la Confédération, c'est la volonté de faire endosser à l'administration la responsabilité de la situation actuelle. Or il a été dit clairement, notamment dans le rapport de la commission, qu'on ne peut pas reprocher à l'administration de ne pas avoir agi dans ce domaine, alors que la seule fois où elle a essayé de le faire, elle a été corrigée par le Tribunal administratif fédéral. Il faut être clair – et je le dis aussi à Monsieur Bortoluzzi qui m'écoute avec attention: on ne peut pas reprocher à la Confédération son manque d'action là où précisément, malgré le défaut de base légale, elle a tenté d'agir, avant d'être corrigée par le Tribunal administratif fédéral! La lecture des arrêts du Tribunal administratif fédéral est de ce point de vue extrêmement instructive, et constitue un argument de base pour le Conseil fédéral pour dire pourquoi il faut non seulement régler le passé, mais aussi améliorer la surveillance et développer des outils qui permettent véritablement à la Confédération d'agir. Cela a été relevé d'ailleurs dans le rapport de la commission. Il n'y pas de différences entre nous à ce sujet.

Il faut voir aussi que le tiers imparti à la Confédération sera financé au moyen des recettes fiscales et que, là aussi, en tout cas pour une partie, celles et ceux qui ont trop payé de primes seront aussi appelés à financer une partie de la solution.

Il existe clairement un lien matériel entre le projet de modification de la LAMal portant sur la correction des primes entre 1996 et aujourd'hui et le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Il y a non seulement un lien matériel, la correction du passé et la volonté de se donner des outils pour que cela ne se reproduise pas à l'avenir, mais il y a aussi eu, au Conseil des Etats, la création d'un lien formel entre les deux projets. Ce lien formel a été introduit par le Conseil des Etats et votre commission vous pro-

pose aujourd'hui de le lever. En réalité, le Conseil fédéral n'avait pas proposé de lien formel, mais avait proposé les deux projets le même jour. Il a imaginé qu'ils pourraient être traités aussi rapidement que possible par le Parlement, et qu'ils pourraient entrer en vigueur le même jour, de manière à éviter qu'il y ait un trou dans l'application et à garantir que, en réglant le passé, on le règle jusqu'au point où l'on a une solution pour l'avenir, pour éviter des déséquilibres. Nous voyons aujourd'hui que les débats sur la surveillance sont plus longs et plus compliqués que prévu, ce qui rend certainement ce lien formel entre les deux projets nécessaire.

Voyons maintenant concrètement ce qui va se passer avec la solution adoptée par votre commission. La commission propose une entrée en vigueur de la loi le 1er janvier 2015. Elle entrerait donc en vigueur le 1er janvier 2015 et l'on communiquerait ensuite aux assurés la première tranche de la compensation des primes payées en trop ou insuffisamment entre 1996 et la fin de l'année 2013 – une autre date fixée par la commission. Cependant, au mois de juin 2015 nous aurons les chiffres définitifs des assureurs pour l'année 2014; il faudra alors rendre publiques les différences effectives entre les primes et les coûts pour l'année 2014, et les assurés verront bien que cela n'est pas compensé. L'année suivante, en 2016, on communiquera aux assurés la deuxième tranche de la compensation des primes payées en trop ou insuffisamment de 1996 à 2013. Mais au mois de juin 2016, on connaîtra les chiffres définitifs de l'année 2015, donc les déséquilibres de 2015, et il faudra également les communiquer.

Nous cherchons ensemble depuis des années une solution à ce problème et nous avons fait des progrès très importants.

Nous nous dirigeons vers une solution. Mais il y a encore quelques détails, quelques points qu'il faut bien régler. Je crois que c'est un souhait à la fois du Parlement et du Conseil fédéral que de renforcer la clarté et la confiance dans le système d'assurance-maladie auprès des assurés pour pouvoir le développer encore à l'avenir.

Le dernier point que j'aimerais citer devant vous est le suivant. Dans le fond, ce débat fait la démonstration de la nécessité d'améliorer la surveillance de l'assurance-maladie. Votre conseil a décidé d'entrer en matière mais a souhaité renvoyer le projet au Conseil fédéral. Il y a depuis hier une nouvelle décision du Conseil des Etats qui insiste et qui souhaite vraiment que la surveillance soit traitée. Et je souhaite véritablement avec le Conseil fédéral qu'il soit possible d'avoir rapidement non seulement une entrée en matière sur le projet d'amélioration de la surveillance, mais aussi un débat de fond, un débat direct et concret sur les outils que nous souhaitons mettre en place pour améliorer la surveillance.

Je crois qu'il y a déjà eu beaucoup de discussions relatives à ce dossier. Nous savons qu'il n'est pas possible de corriger intégralement les déséquilibres du passé. La solution qui a été proposée, le compromis qui a été encore renégocié par le Conseil fédéral et puis débattu devant vos commissions n'est pas absolument idéal. Vous avez quelques réserves, le Conseil fédéral également. Mais à la fin, ce qui importe aujourd'hui, c'est de trouver une solution qui puisse être majoritaire et qui nous permette d'avancer. C'est dans ce sens évidemment que le Conseil fédéral soutient le résultat des travaux qui ont été réalisés en commission. Nous souhaitons une solution rapide qui puisse être également rapidement mise en oeuvre. Mais nous souhaitons également une cohérence entre la correction du passé et les corrections à effectuer à l'avenir. Je continuerai à m'impliquer dans ce domaine au nom du Conseil fédéral également dans la délibération de détail.

Je vous invite donc, au nom du Conseil fédéral, à entrer en matière et à voter une solution qui nous permette de régler ce problème.

*Eintreten wird ohne Gegenantrag beschlossen
L'entrée en matière est décidée sans opposition*

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien)
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Correction des primes payées entre 1996 et 2011)**

Detailberatung – Discussion par article

Titel und Ingress, Ziff. I Einleitung

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Titre et préambule, ch. I introduction

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Art. 106

Antrag der Mehrheit

Abs. 1

Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem die Kosten im Verhältnis zu den Prämien zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 31. Dezember 2013 im Vergleich zu den Kosten ...

Abs. 2

Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem die Kosten im Verhältnis zu den Prämien zwischen dem 1. Januar 1996 und den 31. Dezember 2013 im Vergleich zu den Kosten ...

Abs. 3–9

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Antrag der Minderheit

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

Abs. 1, 2

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Art. 106

Proposition de la majorité

Al. 1

Les assurés domiciliés dans un canton dans lequel, entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 2013, le rapport entre les coûts ...

Al. 2

Les assurés domiciliés dans un canton dans lequel, entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 2013, le rapport entre les coûts ...

Al. 3–9

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Proposition de la minorité

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

Al. 1, 2

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Carobbio Guscetti (Marina, S, TI): Pendant des années, les assurés des différents cantons ont payé des primes d'assurance-maladie trop élevées. Ainsi, d'année en année, on relève dans chaque canton des différences entre les recettes provenant des primes encaissées et les coûts effectifs; d'année en année, les déséquilibres se sont accrus.

Aujourd'hui – on l'a entendu tout à l'heure –, il y a une proposition de la commission, qui se veut un compromis politique et permet de redistribuer 800 millions de francs. Même si la possibilité de remboursement de l'excédent total s'éloigne, il reste toutefois l'espoir que les 800 millions de francs promis soient effectivement reversés à la population.

Mais ce remboursement ne peut qu'être lié à la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, car la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale accorderait à l'autorité de surveillance la possibilité d'ordonner le remboursement de primes excédant visiblement les coûts. Ceci est impossible aujourd'hui. Sur la base des dispositions actuellement

en vigueur, en absence de la loi sur la surveillance, l'Office fédéral de la santé publique ne pourra pas refuser l'approbation de primes trop élevées. Cela a été confirmé par un tribunal avec l'arrêt Assura en 2009.

Il faut donc une loi qui réglemente le passé et une autre qui permette d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise. La réglementation pour le passé entrera en vigueur au début de 2015. Cela signifie que, pour cette année, on indiquera aux assurés qui ont trop payé entre 2006 et 2013 ce qu'ils vont recevoir, mais les années précédant l'entrée en vigueur de la loi sur la surveillance – si cette loi entre en vigueur, ce que j'espère – ne sont pas couvertes par le projet. Le Conseil des Etats, pour sa part, rappelé ici avec ma minorité, s'est montré cohérent dans sa décision de maintenir ce lien.

Par ma proposition de minorité, je vous demande aussi de conserver ce lien. Il s'agit en même temps de résoudre les problèmes du passé et d'indiquer quelle pourrait être la règle pour l'avenir. La séparation entre les deux projets risque de compliquer la situation.

Nel canton Ticino per anni, ci siamo sentiti dire, così come altri cantoni, che i premi erano più altri rispetto ad altri cantoni della Svizzera perché consumavamo troppe prestazioni sanitarie. Per anni ci siamo battuti per correggere un sistema che ha permesso e permette che le riserve degli assicurati di alcuni cantoni siano utilizzati per diminuire i premi in altri. Oggi abbiamo la possibilità di farlo almeno parzialmente, corrispondendo a quegli assicurati di quei cantoni toccati un rimborso – solo parziale, appunto, ma comunque un rimborso – dei premi troppo alti che dal 1996 in poi essi hanno pagato.

Non vogliamo però che questa situazione abbia a ripetersi. Ecco perché vogliamo una legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie che permetta anche di correggere i premi troppo alti e di ordinarne il rimborso agli assicurati. Si deve però assolutamente evitare che nel periodo di tempo fra l'entrata in vigore di queste due leggi la situazione continui come finora: con assicurati di cantoni che pagano troppi premi e altri che ne pagano troppo pochi. Sulla base dei dati previsionali degli assicuratori malattia ci saranno premi in eccesso anche nel 2014, e chissà forse anche nel 2015 o nel 2016. Ciò significa – lo abbiamo sentito anche prima dal consigliere federale – che in questi due o tre anni, gli assicurati ticinesi, forse anche vodesi, zurighesi e ginevrini continueranno a pagare premi cassa malati troppo alti. Spero che fino all'entrata in vigore della legge concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie, che mi auspico questo Parlamento abbia finalmente il coraggio di approvare fino in fondo – abbiamo sentito prima che adesso finalmente anche il gruppo liberale-radical sembra essere d'accordo di tornare a discuterne in commissione –, si trovi una soluzione per evitare il ripetersi di questa ingiustizia.

Vi chiedo quindi di accettare la mia proposta di minoranza, di seguire le indicazioni del Consiglio degli Stati e di mantenere questo legame tra la legge e il rimborso dei premi per far sì che le eccedenze siano rimborsate fino all'entrata in vigore della legge concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie e non solo, come previsto dalla maggioranza della commissione, fino al 31 dicembre 2013. E una questione di giustizia nei confronti degli assicurati che per anni hanno pagato troppo.

Lohr Christian (CE, TG): Wir sind heute gezwungen, mit diesem Thema vorwärtszumachen. Wir müssen dieser unwürdigen Sache einen noch einigermaßen würdigen Abschluss bereiten können, und deshalb empfiehlt Ihnen die CVP/EVP-Fraktion, nicht mehr weiter zuzuwarten, sondern heute klar den Entscheid zu fällen, dass wir die Sache angehen.

Ich komme selber aus einem Kanton, dem Kanton Thurgau, dessen Bürgerinnen und Bürger auch Leidtragende dieser Prämien Geschichte sind, und ich kann Ihnen sagen, dass die betroffenen Prämienzahlerinnen und -zahler endlich wollen, dass wir die Sache zu Ende bringen, die schlecht gelaufen ist, die für viel Unmut in der Bevölkerung gesorgt hat. Es

geht heute nicht darum, irgendwelche Gruppierungen oder Kantone zu Siegerinnen oder Siegern zu machen; beim ganzen Geschäft gibt es ja eigentlich nur Verlierer. Wir müssen deshalb jetzt schauen, dass wir heute die Sache nicht nur zu Ende bringen, sondern dass wir auch den Weg öffnen, damit mit einem neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz die Zukunft besser gestaltet wird und solche unschönen Übungen nicht mehr stattfinden müssen.

Eines müssen wir uns bewusst sein: Der kritische Blick auch auf unser Parlament wird weiter bestehen, denn eines wurde in den letzten Monaten oder in den letzten zwei, drei Jahren wirklich gemacht: Es wurde zugelassen, dass ein Glaubwürdigkeitsproblem entstand, es wurde ein weiteres Problem geschaffen, indem man nämlich den Prämienzahlerinnen und -zahlern manchmal ein wenig das Gefühl gegeben hat, dass man sie nicht ernst nimmt. Und das dürfen wir uns als nationale Politikerinnen und Politiker nicht erlauben.

Schenker Silvia (S, BS): Wir haben ein strukturelles Problem, wenn es um die Festsetzung respektive um die Genehmigung der Krankenkassenprämien geht. Das Bundesamt für Gesundheit kann zwar kritische Fragen stellen, muss aber letztlich die Prämien jeweils genehmigen. Tatsache ist, dass in den letzten Jahren in verschiedenen Kantonen, insbesondere in den Kantonen Zürich, Waadt, Genf und Tessin, zu hohe Prämien eingezogen wurden. Der Bundesrat hat für die Bewältigung der Vergangenheit einen Vorschlag gemacht, wie die zu viel bezahlten Prämien wieder zurückvergütet werden könnten. Gleichzeitig hat er auch das Projekt eines neuen, griffigen Aufsichtsgesetzes für die Krankenkassen vorangetrieben. Denn damit es in Zukunft zu keinen solchen Ausgleichszahlungen mehr kommen muss, braucht es das geplante Aufsichtsgesetz.

Sie kennen die Geschichte dieser Vorlage. Es war ein sehr mühsames Ringen um eine Lösung. Wir haben jetzt eine gefunden, zu der wohl die Mehrheit des Parlamentes Ja sagen kann. Aber es ist auch klar: Jede Lösung, sei sie noch so ausgeklügelt, schafft wieder neue Verliererinnen und Verlierer. Wir müssen also alles tun, um zu vermeiden, dass wir je wieder in eine solche Situation kommen. Der Ständerat hat das erkannt und zeigt den festen Willen, nicht nur die Vergangenheit, sondern auch die Zukunft zu regeln. Er hat darum die Vorlage zum Aufsichtsgesetz beraten, und er hat in der Vorlage, die wir jetzt beraten, eine Verknüpfung der beiden Vorlagen eingebaut.

Die Mehrheit Ihrer Kommission will nun diese Verknüpfung wieder aufheben. Die gleiche Mehrheit hat zumindest bis anhin die Beratung des Aufsichtsgesetzes durch eine Rückweisung an den Bundesrat verzögert. Zwar gibt es jetzt Signale, dass einige Kommissionsmitglieder eventuell auf ihren Entschluss zurückkommen und der Behandlung des Aufsichtsgesetzes zustimmen. Das ist auf jeden Fall zu begrüßen. Wenn wir aber ganz sicher sein wollen, dass wir das Problem nicht nur für die Vergangenheit, sondern auch für die Zukunft regeln, müssen wir an der Verknüpfung der beiden Vorlagen festhalten. So und nur so haben wir die Garantie, wirklich keine Lücke zu schaffen.

Heute sind die Prämien für die Krankenkassen ein Instrument, sich auf dem Markt zu positionieren. Mit zu tiefen Prämien können die Kassen gute Risiken, das heisst junge, gesunde Männer und Frauen, anlocken. Die Reserven dienen in der Vergangenheit dazu, für die Krankenkassen das Risiko ihrer Preispolitik möglichst klein zu halten. Diese Politik können wir nur mit einem griffigen Aufsichtsgesetz oder mit einer öffentlichen Krankenkasse unterbinden.

Was jedoch klar ist: Die Probleme nur für die Vergangenheit zu lösen und in Bezug auf die Zukunft den Kopf in den Sand stecken ist keine gute Strategie. Wir haben ein Problem erkannt, wir sollten es nachhaltig lösen.

Ich bitte Sie, der Minderheit Carobbio Guscetti und dem Ständerat zu folgen.

Gilli Yvonne (G, SG): Die grüne Fraktion beantragt Ihnen, den Antrag der Minderheit Carobbio Guscetti zu unterstützen.

Wir sind uns mindestens einig, dass wir diese Ausgleichszahlungen gewährleisten wollen und dass Versicherte, die seit 1996 zu viel bezahlt haben, etwas zurückbekommen, und solche, die zu wenig bezahlt haben, nachzahlen müssen. Wir sind uns aber schon nicht mehr einig, wenn es um die zeitliche Befristung dieser Regelung geht. Die Mehrheit will die Ausgleichszahlungen auf ein Zeitfenster begrenzen, das am 31. Dezember 2013 endet. Die grüne Fraktion ist mit dieser Befristung nicht einverstanden und empfiehlt Ihnen, zusammen mit der Minderheit dem Ständerat zu folgen. Dieser will, dass diese Regelung bis zur Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes gilt. Der Grund für diese Koppelung ist einfach: Endet das Zeitfenster für diese Ausgleichszahlungen Ende 2013, entsteht eine Gesetzeslücke, weil der Bundesrat seine Krankenkassenaufsicht nicht genügend ausführen kann – wie er es auch in der Vergangenheit nicht konnte. Damit wird er auch für die Zukunft nicht verhindern können, dass erneut Fehlzahlungen stattfinden und sich die Tragödie im gleichen Sinn fortsetzt. In einigen Kantonen bezahlen die Versicherten zu viel, in anderen zu wenig. Es macht keinen Sinn, Fehler der Vergangenheit zu bewältigen und gleichzeitig nicht dafür zu sorgen, dass sie sich in Zukunft nicht wiederholen – ausser Sie wollen diese Fehler gar nicht ausmerzen. Was Sie den Versicherten, die über Jahre zu hohe Prämien bezahlt haben und das vielleicht in Zukunft auch wieder müssen, aber zuerst erklären sollten.

Mit der Unterstützung der Minderheit schliessen Sie aus, dass der Bundesrat nicht die notwendigen Mittel in der Hand hat, um sicherzustellen, dass die Prämien entsprechend den Kosten korrekt berechnet werden. Das ist wichtig. Es ist nicht zuletzt wichtig für die politische Glaubwürdigkeit von uns allen, die wir hier legiferieren.

Berset Alain, conseiller fédéral: Au nom du Conseil fédéral, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité. C'est en effet cette proposition qui correspond à ce que souhaite le Conseil fédéral, à savoir, avec tout le sérieux nécessaire, non seulement régler le passé, mais aussi se donner les moyens pour que cela ne recommence pas à l'avenir. Vu d'aujourd'hui, la proposition de la minorité nous paraît être le meilleur moyen de garantir qu'il n'y ait pas de «trou» entre la réglementation du passé et celle de l'avenir.

Je vous ai également déjà indiqué dans le débat d'entrée en matière quelle serait la conséquence concrète de la proposition de la majorité, notamment pour les années 2015, 2016 et 2017, avec, pour l'ensemble des assurés dans le système de l'assurance-maladie, des signaux absolument contradictoires. A un moment, on assisterait dans certains cantons au remboursement des suppléments de prime payés par les assurés; trois mois plus tard, il pourrait y avoir des déséquilibres non compensés dus aux nouvelles primes de l'année précédente trop élevées payées par les assurés; trois mois plus tard, le montant des nouvelles primes pour l'année suivante serait communiqué. Si vous pensez que c'est ainsi que nous pourrions maintenir la confiance dans le système de l'assurance-maladie, alors le Conseil fédéral ne partage pas cet avis.

Qu'il y ait un lien formel ou qu'il n'y en ait pas, on peut en discuter. Le Conseil fédéral n'avait pas établi de lien formel. Il y a par contre de manière absolument claire un lien matériel. Si, en suivant la majorité de la commission, vous souhaitez non seulement supprimer le lien formel, mais aussi faire penser qu'il n'y a pas de lien matériel, nous considérons que c'est un problème.

Je vous invite donc, avec cette argumentation et parce que cela correspond à ce que le Conseil fédéral souhaite depuis le début, à soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti.

Fehr Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Wie Sie gehört haben, will die Mehrheit der Kommission diese Rückzahlungsfrist bis 2013 begrenzen und damit sicherstellen, dass die Auszahlung rasch passiert und in diesem Zeitraum auch berechnet wird. Kommissionsminderheit, Bundesrat und

Ständerat weisen darauf hin, dass damit das Problem nicht gelöst ist, dass in den Jahren nach 2013 das Problem weiterbesteht, so lange, bis das Aufsichtsgesetz in Kraft ist und eben das Problem verhindern kann. Wir sind in der schwierigen Situation, dass wir nicht wissen, wie rasch das Parlament dieses Aufsichtsgesetz beraten wird. Der Idealfall wäre natürlich, wenn das Aufsichtsgesetz jetzt sehr rasch beraten würde und damit dann diese heute diskutierte Gesetzesänderung und das Aufsichtsgesetz gleichzeitig in Kraft gesetzt werden könnten, so, wie das der Bundesrat ursprünglich geplant hat – ob das so sein wird, werden wir sehen. Die Kommission hat mit 16 zu 8 Stimmen bei 1 Enthaltung für den Antrag der Mehrheit gestimmt.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: Pour mémoire, il n'est pas possible d'introduire ici un système juste assuré par assuré parce qu'il y a des assurés qui ont déménagé, d'autres qui sont décédés, d'autres encore qui sont nés. Il n'est pas possible de suivre le parcours de chaque assuré puisque si on sait que des assurés ont changé d'assurance, il faudrait reconstruire assurance par assurance, assuré par assuré, pour savoir où ils ont passé. Donc, un système juste par assuré n'est pas possible; c'est une solution équitable qui vous est proposée ici.

Je vous rappelle la liste des cantons dont les assurés ont payé trop de primes: à la fin 2012, il s'agissait des cantons de Zurich, Zoug, Fribourg, Appenzell Rhodes-Intérieures, Thurgovie, Tessin, Vaud, Neuchâtel et Genève, avec, pour le canton de Vaud, jusqu'à 607 millions de francs de primes payées en trop. Ce ne sera donc pas l'entier du montant qui sera remboursé. Avec cette solution équitable, si je prends les assurés bernois qui ont payé le moins, ils devront rembourser au maximum trois fois 50 francs, c'est-à-dire ne pas recevoir le montant redistribué de la taxe sur le CO₂ – sur trois années, cela fait 150 francs –, plus leur participation par le biais des assureurs, plus leur participation en tant que contribuables.

Si cette solution est seulement équitable «in globo», il faut au moins qu'elle soit claire sur le décompte des primes des assurés. C'est pourquoi le Conseil fédéral, dans sa première version, estimait qu'il fallait prendre en compte le calcul des primes depuis l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'au 31 décembre 2011. Cela permettait d'avoir une période fixe: on «mouline» le calcul, on connaît la quote-part que pourra recevoir chaque assuré de chaque canton, et cela est déterminé sur les trois années.

C'est ce qu'a voulu proposer ici la majorité de la commission, en mettant clairement dans la loi qu'on prendra en considération la période allant de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 jusqu'au 31 décembre 2013 – 2013 et pas 2011, puisque le temps qu'on examine ce projet, les années ont passé; les chiffres 2013 seront connus au printemps 2014; donc dès le printemps 2014, l'OFSP aura les chiffres exacts à disposition et pourra savoir comment répartir les 800 millions de francs à disposition sur les trois prochaines années, avec le début de l'action à partir des primes 2015.

Si l'on prend en considération la proposition de la minorité, c'est-à-dire la version du Conseil des Etats, le système est plus compliqué. La loi sur la surveillance de l'assurance-maladie n'entrera pas en vigueur le 1er janvier 2015, mais peut-être le 1er janvier 2016 ou le 1er janvier 2017. Autrement dit, la période qui sera prise en considération s'allongera jusqu'à ce que la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie entre enfin en vigueur. A partir des résultats 2013, un premier calcul sera ainsi effectué par l'Office fédéral de la santé publique pour les primes 2015. L'année suivante, un calcul sera fait pour les primes 2016 sur la base de ce que l'on connaît des coûts 2014. Idem si la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie n'entre en vigueur qu'en 2017: le calcul des primes et la modification de la quote-part seront faits sur la base des chiffres de 2015.

Vous devez vous rendre compte que ce qui change entre la proposition de la majorité et celle de la minorité, ce n'est pas le montant global attribué aux assurés, qui s'élèvera toujours

à 800 millions de francs, mais la répartition du remboursement de ces 800 millions ainsi que la quote-part attribuée à chaque canton.

Dans la proposition de la majorité, la quote-part est fixée une fois pour toutes au 1er janvier 2015 à partir des chiffres connus ce printemps 2014, le système devant traiter les déséquilibres constatés entre 1996 et 2013. La version de la minorité prévoit quant à elle d'effectuer chaque année un calcul jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie.

Cette deuxième version pose des problèmes en particulier pour les cantons qui sont juste à la limite. Les cantons qui sont juste en dessous de cette limite devront payer une année et pourraient se voir rembourser une partie du montant suite au calcul des primes fondé sur les chiffres de l'année précédente et de la modification de la quote-part.

Le premier version du Conseil fédéral, proposant une date fixe, est le système le plus clair.

C'est pourquoi la majorité de la commission l'a repris et propose, par 16 voix contre 8 et 1 abstention, de fixer cette date au 31 décembre 2013.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 12.026/9880)

Für den Antrag der Mehrheit ... 118 Stimmen

Für den Antrag der Minderheit ... 56 Stimmen

(1 Enthaltung)

Art. 106a

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Ausgabenbremse – Frein aux dépenses

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominatif: Beilage – Annexe 12.026/9881)

Für Annahme der Ausgabe ... 174 Stimmen

Dagegen ... 1 Stimme

(2 Enthaltungen)

Das qualifizierte Mehr ist erreicht

La majorité qualifiée est acquise

Art. 106b, 106c

Antrag der Kommission

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Proposition de la commission

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Angenommen – Adopté

Übergangsbestimmung

Antrag der Minderheit

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

Titel

Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...

Text

Der Bundesrat schlägt der Bundesversammlung bis spätestens Ende 2014 Lösungen für jene zu viel und zu wenig bezahlten Prämien vor, die durch die Vorlage 12.026 nicht ausgeglichen werden.

Disposition transitoire

Proposition de la minorité

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

Titre

Disposition transitoire de la modification du ...

Texte

Le Conseil fédéral propose à l'Assemblée fédérale, d'ici à fin 2014 au plus tard, des solutions concernant les primes trop élevées ou trop basses qui ne sont pas compensées au moyen du projet 12.026.

Carobbio Guscetti Marina (S, TI): L'abbiamo sentito più volte oggi: i cantoni che hanno pagato troppi premi riceveranno meno della metà dei premi pagati in eccesso, cioè 800 milioni di franchi di rimborso su un totale stimato da 1,8 a 2 miliardi di franchi. Come detto, questo compromesso parziale è comunque necessario, questa situazione va sbloccata. Si tratta di una correzione, seppur parziale, frutto di un difficile compromesso politico. Ma è un atto dovuto. Ora sembra che alla fine prenderemo una decisione in merito già oggi – se seguiamo il segnale dato dal Consiglio nazionale che è entrato in materia su questa legge.

Come gruppo socialista però abbiamo sostenuto e sosteniamo ancora adesso che la soluzione trovata – che permette, appunto, di restituire una parte dei premi pagati di troppo agli assicurati – vada completata. Infatti, rimane l'altro 50 per cento. Ecco perché chiedo a voi di sostenere la proposta di minoranza nelle disposizioni transitorie, che chiede al Consiglio federale di ulteriormente approfondire il tema e valutare la restituzione completa di quel rimanente volume di premi non corretti. Anche perché, come abbiamo sentito dal consigliere federale nel dibattito di entrata in materia, gli assicurati di quei cantoni che hanno pagato troppo, con la soluzione che sta uscendo, con il compromesso che abbiamo deciso oggi, saranno chiamati a contribuire ancora: tramite le imposte federali che rappresentano un terzo della somma totale. A maggior ragione, la valutazione come restituire il rimanente 50 per cento va fatta, se consideriamo il fatto che oltre a restituire meno della metà dei premi pagati in eccesso, oggi, la maggioranza del Parlamento, contro la nostra proposta di minoranza, ha deciso di non legare la soluzione parziale di restituzione con la proposta di legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie. Questo lascia un vuoto che potrebbe durare anche alcuni anni.

Per questa ragione vi invito di accettare nelle disposizioni transitorie la proposta di minoranza che dà la facoltà al Consiglio federale di approfondire ulteriormente il tema del restante rimborso dei premi che non viene affrontato con questa soluzione.

Rossini Stéphane (S, VS): Au nom du groupe socialiste, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti dans les dispositions transitoires. A l'issue du débat sur l'article 106, nous avons supprimé le lien entre le présent projet, qui corrige les primes payées en trop ou insuffisamment, et la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Comme l'a rappelé Monsieur le conseiller fédéral Berset, la correction des primes doit être cohérente et intégrer l'articulation entre le règlement du passé et les solutions futures, afin d'éviter que le principe de répartition, qui sous-tend le fonctionnement de l'assurance-maladie, ait pour conséquence qu'en pratique, les primes payées en trop ou insuffisamment posent problème.

A l'issue du débat sur l'article 106, notre conseil a rejeté la proposition de la minorité Carobbio Guscetti qui reprenait la version du Conseil des Etats. La décision du Conseil des Etats, qui était le fruit d'un compromis en voie de réalisation, était sensée, logique et totalement cohérente puisqu'elle permettait à long terme de garantir une bonne gouvernance politique de l'application du système de répartition dans le financement de l'assurance-maladie. On n'a pas voulu de cette logique. Par conséquent, il faut maintenant éviter des vides et, dans l'attente d'une solution définitive pour régler le passé, trouver une solution qui permette d'éviter que les correctifs ne puissent plus être apportés.

C'est la raison pour laquelle, la proposition de la minorité Carobbio Guscetti charge le Conseil fédéral de proposer des solutions concernant le trop-perçu et le moins-perçu dus aux primes trop élevées ou trop basses, qui ne seront pas com-

pensés par le présent projet. Si nous avons gardé le lien avec la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, si nous étions restés cohérents dans cette approche, cette proposition de minorité serait parfaitement inutile. Mais étant donné la décision de tout à l'heure, je crois qu'il faut donner au Conseil fédéral la possibilité d'être le plus cohérent possible. Nous devons au moins ici assumer un petit bout de cette responsabilité.

C'est la raison pour laquelle je vous invite à soutenir la proposition de minorité Carobbio Guscetti.

van Singer Christian (G, VD): Le groupe des Verts, en décidant de soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti, veut avant tout envoyer un signal politique.

Par ce projet de loi, nous réglons le passé, mais seulement en partie: pour 800 millions de francs sur les 2 milliards de francs de primes payées en trop ou insuffisamment. Il reste 1,2 milliard de francs à rembourser aux assurés de certains cantons. En outre, vu les dispositions que nous avons adoptées, il risquera d'y avoir un «trou» entre l'entrée en vigueur des dispositions adoptées et les dispositions à venir prévues pour éviter que des distorsions semblables ne se reproduisent à l'avenir. Donc, durant quelques années, il risque de nouveau d'y avoir des cantons dans lesquels les assurés payeront des primes trop élevées et des cantons dans lesquels les assurés verseront des primes dont le montant sera trop bas. C'est pourquoi il nous paraît important de donner au Conseil fédéral le mandat de présenter à l'Assemblée fédérale d'ici à la fin de l'année au plus tard des solutions concernant le versement de primes dont le montant est trop élevé ou trop bas, le trop-perçu et le moins-perçu n'étant pas compensés en vertu du présent projet.

Au nom du groupe des Verts, je vous invite à soutenir la proposition de la minorité Carobbio Guscetti.

Präsident (Lustenberger Ruedi, Präsident): Die CVP/EVP-Fraktion lehnt den Antrag der Minderheit ab.

Berset Alain, conseiller fédéral: Je vous invite à adopter la proposition de la majorité de la commission. En effet, on peut être d'accord ou non avec ce qui a été fait concernant la séparation entre les deux projets. Maintenant cela est réalisé. Nous avons, avec le projet dont vous discutez, un compromis qui a été difficilement trouvé. Il nous semble maintenant opportun de pouvoir l'adopter, trouver une solution, le mettre en oeuvre et de ne pas automatiquement, dans le même projet, le remettre en cause en disant qu'il faut déjà rechercher l'étape suivante.

Nous avons attiré votre attention sur le problème qu'il y a à séparer le règlement du passé du règlement de l'avenir. Vous le faites en connaissance de cause. A partir de là, il me semble qu'il faut aller au fond de cette logique, et c'est ce qui m'incite à vous inviter à adopter la proposition de la majorité de la commission.

J'aimerais profiter de cette occasion pour dire un mot sur la disposition d'entrée en vigueur. Ce que la commission propose et qui n'est pas contesté – il n'y a pas de proposition de minorité –, c'est de fixer déjà dans la loi la date d'entrée en vigueur. C'est quelque chose de complètement inhabituel et j'aimerais vous le dire ici: en principe, la date d'entrée en vigueur est fixée par le Conseil fédéral dans les meilleurs délais possibles compte tenu des travaux d'introduction du texte. Cela dit, si vous souhaitez vraiment agir ainsi, cela vous appartient. Je ne le contesterai pas, mais je tenais à souligner que c'est, premièrement, inhabituel et que, deuxièmement, cela pourrait engendrer des difficultés si des divergences entre les deux conseils subsistent effectivement ou si un retard est pris concernant ce projet.

Moret Isabelle (RL, VD), pour la commission: Monsieur Steiert a comparé dans ce système la question du remboursement des primes au fait qu'un conservateur dans un musée ait perdu ses plus beaux tableaux. En réalité, ce ne sont pas ses plus beaux tableaux qu'il a perdus, mais il est confronté à une simple fuite d'eau d'un lavabo. Pourquoi? Si je prends

l'exemple du canton de Vaud qui est quand même le canton qui a payé le plus de primes par rapport à ses coûts, c'est grosso modo un montant par personne de 1000 francs réparti sur seize ans. Si vous comparez ce montant de 1000 francs par rapport à l'entier des primes que cet assuré a payées sur seize ans, c'est une erreur de 1,5 pour cent. Une erreur de 1,5 pour cent est une erreur marginale et non pas une erreur fatale du système. Néanmoins, quand elle se poursuit sur seize ans, cette erreur doit être corrigée. C'est une évidence qu'il faut corriger le système.

Le Conseil fédéral a déposé ce projet de remboursement des primes et le projet de loi sur la surveillance de l'assurance-maladie en même temps pour établir entre eux un lien matériel. Monsieur le conseiller fédéral l'a dit, il n'y avait pas de lien formel, mais un lien matériel. La majorité de la commission veut ce lien matériel, parce qu'il est évident qu'il ne faut pas repartir dans un système qui perpétuerait cette erreur marginale. C'est bien pour cette raison que la commission se penchera lundi prochain sur la question du renvoi au Conseil fédéral de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, et que notre conseil aura à se prononcer là-dessus. Peu importe quel sera le nom final de cet article qui résoudra le problème à l'avenir, il faut résoudre le problème pour le futur.

Je vous l'ai dit, ce n'est pas une solution juste pour chaque assuré pris séparément qui a été trouvée, mais une solution globalement équitable pour la période de 1996 à fin 2013. Ce que propose la disposition transitoire, c'est de dire que l'on a trouvé une solution équitable pour la période de 1996 à 2013, et qu'on trouvera pour 2014 une solution totalement juste, s'il y a un trou entre la période prise en compte pour le remboursement et l'entrée en vigueur de la future disposition sur la surveillance de l'assurance-maladie. Or, je vous l'ai dit, la solution trouvée est une solution équitable grosso modo. On répartit ces 800 millions de francs, on fait le calcul de la quote-part de 1996 à 2013. On doit effectivement tenir compte du fait que pour 2014, je vous le rappelle, les primes ont déjà été fixées. Les coûts ne seront connus qu'au printemps 2015, ce qui signifierait que l'on ne trouverait à ce moment une solution précise que pour l'année 2014. Ce n'est pas l'esprit de ce système de remboursement. On doit trouver une solution équitable globale et, dans le cadre de la future loi sur la surveillance de l'assurance-maladie – ou peu importe son nom –, une solution à long terme.

Avec beaucoup d'imagination, on peut très bien, à vrai dire, prévoir, dans cette disposition pour le futur, une solution qui englobe cette année 2014.

Fehr Jacqueline (S, ZH), für die Kommission: Vielleicht auch noch ein paar letzte Worte: Die Mehrheit sagt mit der Ablehnung dieses Antrages der Minderheit, dass hier fertig sein soll; die grosse Hälfte der nichtkompensierten Prämien soll weiterhin nicht kompensiert werden. Jene, die zu viel bezahlt haben, sollen davon also knapp die Hälfte zurückerhalten, aber nicht mehr. Die Minderheit sagt, dass das Problem so nicht zu Ende gelöst ist, weder was diesen Betrag betrifft noch was künftige Beträge betrifft, weil eben das Aufsichtsgesetz nicht in Kraft ist und weil in Zukunft nicht verhindert werden kann, dass wir wieder vor demselben Problem stehen. Mit 17 zu 7 Stimmen bei 1 Enthaltung hat die Kommission dem Antrag der Mehrheit zugestimmt.

Ein Wort noch zur Gesamtabstimmung: In der Gesamtabstimmung empfiehlt Ihnen die Kommission mit 22 zu 0 Stimmen bei 2 Enthaltungen, der Gesetzesänderung zuzustimmen. Es ist ein unschönes Geschäft, das auf dem Versagen eines Systems basiert, das wahrscheinlich einfach viel zu kompliziert und viel zu wenig transparent ist. Die Aufgabe, die das Parlament in den nächsten Monaten und Jahren hat, ist, hier grundsätzliche Korrekturen anzubringen.

Abstimmung – Vote

(namentlich – nominativ: Beilage – Annexe 12.026/9882)

Für den Antrag der Minderheit ... 58 Stimmen

Dagegen ... 113 Stimmen

(3 Enthaltungen)

Ziff. II

Antrag der Kommission

Abs. 1, 3

Zustimmung zum Beschluss des Ständerates

Abs. 2

Dieses Gesetz wird auf den 1. Januar 2015 in Kraft gesetzt.

Ch. II

Proposition de la commission

Al. 1, 3

Adhérer à la décision du Conseil des Etats

Al. 2

La présente loi entre en vigueur le 1er janvier 2015.

Angenommen – Adopté

Gesamtabstimmung – Vote sur l'ensemble

(namentlich – nominativ: Beilage – Annexe 12.026/9883)

Für Annahme des Entwurfes ... 173 Stimmen

Dagegen ... 3 Stimmen

(0 Enthaltungen)

Abschreibung – Classement

Antrag des Bundesrates

Abschreiben der parlamentarischen Vorstösse
gemäss Brief an die eidgenössischen Räte

Proposition du Conseil fédéral

Classer les interventions parlementaires
selon lettre aux Chambres fédérales

Angenommen – Adopté

13.079

Für eine öffentliche Krankenkasse. Volksinitiative

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

Zweitrat – Deuxième Conseil

Botschaft des Bundesrates 20.09.13 (BBI 2013 7929)

Message du Conseil fédéral 20.09.13 (FF 2013 7113)

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

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Zweitrat – Deuxième Conseil)

Nationalrat/Conseil national 05.03.14 (Fortsetzung – Suite)

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

Nationalrat/Conseil national 21.03.14 (Schlussabstimmung – Vote final)

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

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

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