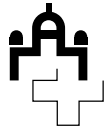


Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



Maisession
7. Tagung
der 46. Amtsdauer

Session de mai
7^e session
de la 46^e législature

Sessione di maggio
7^a sessione
della 46^a legislatura

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung

Bulletin officiel de l'Assemblée fédérale

Bollettino ufficiale dell'Assemblea federale

2001

Maisession

Session de mai

Sessione di maggio

Beilagen
Annexes
Allegati

- 99.3333 Motion Gysin Hans Rudolf. Kostensenkung im Gesundheitswesen. Weitergabe von Vergünstigungen
- 99.3640 Motion Zisyadis Josef. KVG. Bundesbeiträge
- 00.1135 Einfache Anfrage Müller-Hemmi Vreni. Bosnien-Herzegowina. Aufenthaltsverlängerung für traumatisierte Flüchtlinge
- 00.2014 Petition Christlichnationaler Gewerkschaftsbund der Schweiz. Für ein sicheres Einkommen bei Krankheit
- 00.3043 Motion Zisyadis Josef. Krankenversicherung. Zahlungsausstände
- 00.3183 Postulat SGK-NR (00.014). Perspektiven der Altersversicherung
- 00.3279 Interpellation Robbiani Meinrado. Taggeld bei Krankheit
- 00.3341 Postulat Rossini Stéphane. Universitätsspitäler des Bundes
- 00.3420 Motion SGK-NR (00.2014) (Minderheit Fasel Hugo). Sicheres Einkommen bei Krankheit
- 00.3421 Motion SGK-NR (00.014). Altersvorsorge. Verbesserung der Statistik
- 00.3566 Motion Sommaruga Simonetta. Flächendeckendes Hausarztmodell
- 99.3333 Motion Gysin Hans Rudolf. Baisse des coûts de la santé. Répercussion des avantages
- 99.3640 Motion Zisyadis Josef. LAMal. Subventions fédérales
- 00.1135 Question ordinaire Müller-Hemmi Vreni. Bosnie-Herzégovine. Prolonger l'autorisation de séjour des réfugiés traumatisés par la guerre
- 00.2014 Pétition Confédération des syndicats chrétiens de Suisse. Pour un revenu assuré en cas de maladie
- 00.3043 Motion Zisyadis Josef. Assurance-maladie. Contentieux
- 00.3183 Postulat CSSS-CN (00.014). Perspectives de prévoyance vieillesse
- 00.3279 Interpellation Robbiani Meinrado. Indemnités journalières en cas de maladie
- 00.3341 Postulat Rossini Stéphane. Centres hospitaliers universitaires fédéraux
- 00.3420 Motion CSSS-CN (00.2014) (minorité Fasel Hugo). Revenu assuré en cas de maladie
- 00.3421 Motion CSSS-CN (00.014). Prévoyance vieillesse. Amélioration des statistiques
- 00.3566 Motion Sommaruga Simonetta. Introduction du modèle du médecin de famille sur l'ensemble du territoire



99.3333

**Motion Gysin Hans Rudolf.
Kostensenkung
im Gesundheitswesen.
Weitergabe von Vergünstigungen**

Eingereichter Text 18.06.99

Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen der Verordnungen zum KVG möglichst umgehend Rechtsgrundlagen zu schaffen, die sicherstellen, dass:

1. Transparenz über die einzelnen Leistungserbringer allfällig gewährten direkten oder indirekten Vergünstigungen besteht;
2. diese Vergünstigungen den Krankenversicherern weitergegeben werden, wie dies in Artikel 56 KVG gefordert ist;
3. Verstösse gegen die Pflicht zur Transparenz und zur Weitergabe sanktioniert werden können.

Mitunterzeichner

Antille Charles-Albert, Aregger Manfred, Baader Caspar, Bangerter Käthi, Baumann J. Alexander, Bezzola Duri, Binder Max, Bonny Jean-Pierre, Borer Roland, Bortoluzzi Toni, Bosshard Walter, Brunner Toni, Bühler Gerold, Christen Yves, David Eugen, Dettling Toni, Durrer Adalbert, Egerszegi-Obrist Christine, Engler Rolf, Eymann Christoph, Fehr Lisbeth, Fischer Ulrich, Freund Jakob, Fritschi Oscar, Gadiant Brigitta M., Guisan Yves, Gusset Wilfried, Hasler Ernst, Hegetschweiler Rolf, Hochreutener Norbert, Imhof Rudolf, Kofmel Peter, Loeb François, Maurer Ueli, Mühlemann Ernst, Müller Erich, Philipona Jean-Nicolas, Raggenbass Hansueli, Randegger Johannes, Rychen Albrecht, Sandoz Marcel, Schenk Simon, Schlüer Ulrich, Speck Christian, Steffen Hans, Steinemann Walter, Steiner Rudolf, Stucky Georg, Tschopp Peter, Vetterli Werner, Vogel Daniel, Weigelt Peter, Widrig Hans Werner, Wittenwiler Milli, Zapfl Rosmarie (55)

Begründung

Artikel 56 KVG schreibt vor, dass der Leistungserbringer dem Schuldner der Vergütung die direkten oder indirekten Vergünstigungen weitergeben muss, die ihm:

- ein anderer in seinem Auftrag tätiger Leistungserbringer gewährt; oder
- Personen oder Einrichtungen gewähren, welche Arzneimittel oder der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel oder Gegenstände liefern.

Dieser Artikel hat zum Ziel, dass allfällige Vergünstigungen auch den Krankenversicherern und Prämienzahlern zugute kommen. Im Gesetz steht zwar, dass die versicherte Person oder der Versicherer die Herausgabe von Vergünstigungen verlangen kann, falls diese nicht weitergegeben werden. Dennoch ist dieser Artikel bis heute ohne Wirkung geblieben, weil es weder Transparenz hinsichtlich der Gewährung von Vergünstigungen noch Sanktionen zur Ahndung von Verstössen gegen diesen Grundsatz gibt. Hier schiene es zweckmässig, möglichst rasch – allenfalls über entsprechende Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung – mit Wirkung per 1. Januar 2000 Remedur zu schaffen. Dabei ist auch das im Heilmittelgesetz vorgesehene Verbot geldwerter Anreize für die Verschreibung von Arzneimitteln zu berücksichtigen.

Antwort des Bundesrates 08.09.99

Zu Recht weist der Motionär auf die in Artikel 56 KVG statuierte Pflicht der Leistungserbringer hin, Vergünstigungen weiterzugeben. Daher möchte er den Bundesrat beauftragen, im Rahmen der Verordnung zum KVG entsprechende Bestimmungen zu erlassen, die bezwecken, dass die Leistungserbringer erhaltene Vergünstigungen und Rabatte an die Versicherten bzw. an die Versicherer weitergeben. Artikel 56 KVG sieht indessen keine ausdrückliche Kompetenz des

99.3333

**Motion Gysin Hans Rudolf.
Baisse des coûts
de la santé.
Répercussion des avantages**

Texte déposé 18.06.99

Le Conseil fédéral est chargé de créer, dans les ordonnances d'application de la LAMal, des bases juridiques aussi exhaustives que possible afin de garantir:

1. la plus grande transparence concernant les avantages directs ou indirects que les fournisseurs de prestations reçoivent;
2. la répercussion des avantages prévue à l'article 56 LAMal;
3. la répression des violations du devoir de transparence et de l'obligation de répercuter les avantages.

Cosignataires

Antille Charles-Albert, Aregger Manfred, Baader Caspar, Bangerter Käthi, Baumann J. Alexander, Bezzola Duri, Binder Max, Bonny Jean-Pierre, Borer Roland, Bortoluzzi Toni, Bosshard Walter, Brunner Toni, Bühler Gerold, Christen Yves, David Eugen, Dettling Toni, Durrer Adalbert, Egerszegi-Obrist Christine, Engler Rolf, Eymann Christoph, Fehr Lisbeth, Fischer Ulrich, Freund Jakob, Fritschi Oscar, Gadiant Brigitta M., Guisan Yves, Gusset Wilfried, Hasler Ernst, Hegetschweiler Rolf, Hochreutener Norbert, Imhof Rudolf, Kofmel Peter, Loeb François, Maurer Ueli, Mühlemann Ernst, Müller Erich, Philipona Jean-Nicolas, Raggenbass Hansueli, Randegger Johannes, Rychen Albrecht, Sandoz Marcel, Schenk Simon, Schlüer Ulrich, Speck Christian, Steffen Hans, Steinemann Walter, Steiner Rudolf, Stucky Georg, Tschopp Peter, Vetterli Werner, Vogel Daniel, Weigelt Peter, Widrig Hans Werner, Wittenwiler Milli, Zapfl Rosmarie (55)

Développement

L'article 56 LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

Le but de cet article est de faire profiter également les assureurs et les assurés d'éventuels avantages. La loi prévoit d'ailleurs que si le fournisseur de prestations ne répercuter pas ces avantages, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution. Pourtant, cet article est resté lettre morte jusqu'ici, en raison de l'absence de sanctions en cas de non-respect du principe de transparence quant aux avantages reçus. Il semble dès lors opportun d'agir au plus vite, le cas échéant en modifiant l'ordonnance sur l'assurance-maladie, avec effet au 1er janvier 2000. A cet égard, on prendra également en considération l'interdiction d'octroyer, d'offrir ou de promettre des avantages matériels aux personnes qui prescrivent ou remettent des médicaments, prévue par loi sur les produits thérapeutiques.

Réponse du Conseil fédéral 08.09.99

C'est avec raison que l'auteur de la motion évoque l'obligation faite au fournisseur de prestations de répercuter les avantages à l'article 56 LAMal. Il souhaite en conséquence charger le Conseil fédéral d'édicter des dispositions appropriées dans les ordonnances d'application de la LAMal, afin que le fournisseur de prestations répercuter sur l'assuré ou sur l'assureur les avantages ou les rabais dont il bénéficie. L'article 56 LAMal ne prévoit pas dans ce contexte une compétence formelle du Conseil fédéral pour régler les détails



Bundesrates vor, Einzelheiten zu regeln. Vielmehr ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass die Versicherer als Durchführungsorgane der obligatorischen Krankenpflegeversicherung letztendlich die Kontrolle der wirtschaftlichen und korrekten Tätigkeit der Leistungserbringer durchführen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sieht Artikel 42 KVG vor, dass die Leistungserbringer den Rechnungsschuldern (versicherte Person, Krankenversicherer) alle Angaben machen müssen, die diese benötigen, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können. Festzuhalten ist, dass eine nach dem KVG dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Vergütung zurückgefordert werden kann. Im System des Tiers garant kann sich die versicherte Person bei der rechtlichen Durchsetzung dieses Anspruchs durch ihren Versicherer auf dessen Kosten vertreten lassen (Art. 56 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 89 Abs. 3 KVG). Im Sinne einer Ultima ratio kann ein Versicherer beim Schiedsgericht nach Artikel 89 KVG den Ausschluss eines Leistungserbringers von der Tätigkeit für die soziale Krankenversicherung geltend machen, wenn wichtige Gründe vorliegen (Art. 59 KVG). Der Bundesrat muss leider feststellen, dass die erwähnten Bestimmungen in der Praxis nicht die gewünschte Wirkung entfalten. Er hat daher Verständnis für das Anliegen und die Besorgnis des Motionärs.

Der Bundesrat ist bereit, Massnahmen zu prüfen, um den erwähnten gesetzlichen Bestimmungen Nachachtung zu verschaffen. Es ist dabei nicht ausgeschlossen, dass die formell-gesetzliche Grundlage verbessert werden muss. Nebst der Prüfung von Sanktionsmitteln ist er bereit zu prüfen, inwieweit es möglich ist, andere Massnahmen, wie z. B. die Einrichtung eines freiwilligen Meldesystems für die Gewährung von Rabatten, zu unterstützen. Allerdings ist festzuhalten, dass in diesem Bereich in erster Linie die gemeinsamen Anstrengungen von Leistungserbringern und Versicherern zum Ziel einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu günstigen Kosten führen müssen.

Erklärung des Bundesrates 08.09.99

Der Bundesrat beantragt, die Motion in ein Postulat umzuwandeln.

d'application. Le législateur est plutôt parti de l'idée que c'est l'assureur qui, en sa qualité d'organe d'exécution de l'assurance-maladie obligatoire, est chargé du contrôle de l'activité économique correcte du fournisseur de prestations. L'article 42 LAMal prévoit que, pour accomplir cette tâche, le fournisseur de prestations doit transmettre au débiteur de la rémunération (assuré, assureur-maladie) toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Il y a lieu de constater ici que la restitution d'une rémunération qui serait payée à tort au fournisseur de prestations au sens de la LAMal pourrait être exigée. Dans le système du tiers garant, c'est l'assuré ou l'assuré représenté par son assureur et aux frais de ce dernier, qui a qualité pour demander la restitution (art. 56 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 89 al. 3 LAMal). Si, pour des raisons graves (art. 59 LAMal), un assureur refuse à un fournisseur de prestations d'exercer ou de poursuivre son activité dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, c'est au tribunal arbitral au sens de l'article 89 LAMal qu'il appartient d'en décider. Le Conseil fédéral doit malheureusement constater que les dispositions évoquées n'ont pas les effets désirés en pratique. Il comprend donc les préoccupations de l'auteur de la motion.

Le Conseil fédéral est prêt à étudier les mesures de nature à permettre le respect des dispositions en cause. Il n'est pas exclu que la base légale elle-même doive être améliorée. En plus de l'examen des sanctions possibles, le Conseil fédéral est disposé à étudier quelles autres mesures seraient à appuyer, par exemple la création d'un système d'annonce volontaire pour l'octroi de rabais. Il convient cependant de préciser que, dans ce domaine, ce sont en premier lieu les efforts communs des fournisseurs de prestations et des assureurs qui doivent permettre d'atteindre l'objectif fixé de soins de haute qualité à des coûts avantageux.

Déclaration du Conseil fédéral 08.09.99

Le Conseil fédéral propose de transformer la motion en postulat.

99.3640

Motion Zisyadis Josef. KVG. Bundesbeiträge

Eingereichter Text 22.12.99

Ich ersuche den Bundesrat, die nötigen Massnahmen zu veranlassen, damit jene Kantone, in denen die Krankenkassenprämien über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegen, die Bundesbeiträge gemäss KVG vollumfänglich verteilen, so dass den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen gewährt und die Nachteile, die sie wegen ihres Wohnsitzkantons erleiden, gemildert werden können.

Begründung

Die Artikel 64, 65 und 66 KVG regeln hauptsächlich die Behandlung von Versicherten aus bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und verpflichten die Kantone, den Betroffenen Prämienverbilligungen zu gewähren. Zu diesem Zweck leistet der Bund jährlich Beiträge an die Kantone. Gemäss Artikel 65 Absatz 2 ist die Prämienverbilligung durch die Kantone «so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden».

Nun verzichten manche Kantone auf die volle Auszahlung der Bundesbeiträge, um ihren eigenen Beitrag an die Prämienverbilligungen zu senken. Unlängst hat der Kanton Waadt verlauten lassen, er wolle ebenso vorgehen. Solche Entscheide führen jedoch zu inakzeptablen Ungleichheiten und enormen sozialen Ungerechtigkeiten, insbesondere in den Kantonen mit extrem hohen Krankenkassenprämien. (Im gesamtschweizerischen Vergleich rangiert der Kanton Waadt an zweitoberster Stelle mit monatlich 268 Franken bis Fr. 276.20 für die Grundversicherung mit einer voraussichtlichen durchschnittlichen Erhöhung für 1999 um 2,8 Prozent.) Die Einsparmenge von etwa 5 Millionen Franken zur Sanierung der Kantonsfinanzen führt zu einem Rückgang der Subventionen zugunsten der Versicherten in bescheidenen Verhältnissen von über 20 Millionen Franken.

Antwort des Bundesrates 02.02.00

Der Gesetzgeber hat die Durchführung der Prämienverbilligung den Kantonen übertragen. Er hat ihnen in Artikel 66 Absatz 5 KVG gleichzeitig die Kompetenz erteilt, die von ihnen zu übernehmenden Beiträge um maximal 50 Prozent zu kürzen, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist, wobei bei diesen Kantonen der Bundesbeitrag im gleichen Verhältnis gekürzt wird. Es liegt somit allein in der Kompetenz der einzelnen Kantone, die Höhe der auszurichtenden Mittel für die Prämienverbilligung festzulegen.

Bereits im Rahmen erster Untersuchungen über die Wirkung der Prämienverbilligung wurde festgestellt, dass in zahlreichen Kantonen, welche 100 Prozent der möglichen Bundesbeiträge abholen, die Prämienbelastung für die Versicherten trotzdem sehr hoch bleibt, wogegen andere Kantone, die lediglich 50 Prozent der möglichen Beiträge beantragen, eine genügende Entlastungswirkung erzielen können. Aus diesem Grund hat der Bundesrat – aufgrund der ihm zustehenden Kompetenz von Artikel 66 Absatz 3 KVG – bereits am 17. Juni 1996 die Verordnung vom 12. April 1995 über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung dahingehend abgeändert, dass auch die durchschnittliche Prämienhöhe, welche bekanntlich direkt von den im Kanton verursachten Kosten abhängt, in die Berechnung des Verteilschlüssels einbezogen wird. Mit diesem Vorgehen war es dem Bundesrat möglich, die Interessen der durch die hohen Kosten direkt betroffenen Versicherten zu wahren, da einige der im Gesetz vorgesehenen Massnahmen zur Kostendämpfung (z. B. Spitalplanung) zum Teil noch nicht ihr volles Wirkungspotential entfaltet haben, wie

99.3640

Motion Zisyadis Josef. LAMal. Subventionen fédérales

Texte déposé 22.12.99

Le Conseil fédéral est invité à prendre toute mesure utile afin de contraindre les cantons où les primes d'assurance-maladie sont en dessus de la moyenne suisse à distribuer l'intégralité des subsides fédéraux pour la LAMal, en vue d'abaisser les primes pour les assurés modestes et de modérer les disparités qui les touchent à cause de leur canton de domicile.

Développement

Les articles 64, 65 et 66 LAMal concernent essentiellement les assurés de condition économique modeste et imposent aux cantons de leur accorder des réductions sur leurs primes d'assurance-maladie. A cet effet, la Confédération verse des subsides aux cantons. Il est même prévu à l'article 65 alinéa 2 que «les réductions sont fixées de telle manière que les subsides annuels de la Confédération et des cantons au sens de l'article 66 soient en principe versés intégralement».

Or, plusieurs cantons renoncent à redistribuer l'entier des subsides fédéraux afin de limiter leur propre participation. Tout récemment, le canton de Vaud a annoncé vouloir suivre lui aussi cette voie. De telles décisions conduisent à d'inacceptables disparités et à de graves injustices sociales, tout particulièrement dans des cantons où les primes d'assurance sont extrêmement élevées. (Le canton de Vaud figure au deuxième rang des primes les plus élevées de Suisse, de 268 francs à 276.20 francs par mois pour l'assurance de base, 2,8 pour cent d'augmentation moyenne prévue pour 1999.) Une économie de quelque 5 millions de francs pour les finances du canton entraîne en effet une diminution de plus de 20 millions de francs des subventions pour les assurés modestes.

Réponse du Conseil fédéral 02.02.00

Le législateur a confié aux cantons l'exécution de la réduction de primes. A l'article 66 alinéa 5 LAMal, il leur délègue la compétence de diminuer de 50 pour cent au maximum la contribution à laquelle ils sont tenus, lorsque la réduction des primes des assurés de condition économique modeste est garantie. Les subsides fédéraux alloués aux cantons qui usent de cette liberté sont alors réduits dans la même proportion. Il appartient ainsi à chaque canton de déterminer quelle somme il entend mettre à disposition pour la réduction de primes.

Les premières enquêtes sur les effets des réductions de primes ont mis en évidence les faits suivants: dans de nombreux cantons, les assurés doivent payer des primes très élevées, alors même que ces cantons utilisent la totalité des contributions fédérales disponibles. D'autres cantons, en revanche, qui ne sollicitent que la moitié des subsides auxquels ils ont droit, parviennent à alléger suffisamment la charge des primes. C'est la raison pour laquelle, en vertu de la compétence qui lui est reconnue à l'article 66 alinéa 3 LAMal, le Conseil fédéral a modifié, le 17 juin 1996 déjà, l'ordonnance du 12 avril 1995 sur les subsides fédéraux destinés à la réduction de primes dans l'assurance-maladie. Une nouvelle disposition a été alors introduite, selon laquelle la clé de répartition des contributions tient compte de la prime moyenne cantonale, une prime qui dépend pour sa part directement des coûts des soins dans les différents cantons. Cette mesure permettait au Conseil fédéral de défendre les intérêts des assurés directement affectés par des coûts élevés. Elle se justifiait d'autant plus que certaines mesures prises pour maîtriser les coûts – la planification hospitalière notamment – n'ont pas encore véritablement déployé



dies in verschiedenen Studien über die Wirkungen des KVG festgestellt worden ist.

Die durch den Bundesrat vorgenommene Verordnungsanpassung ist nicht als Dauerlösung gedacht, drängte sich aber wegen der zeitlichen Verschiebung zwischen kurzfristiger Prämienlast der Versicherten und mittelfristigem Greifen der Kostendämpfungsmassnahmen des neuen Gesetzes auf. Dementsprechend hat denn auch das Parlament beschlossen, dass der Bundesrat nur in den ersten sechs Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes die durchschnittlichen Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den einzelnen Kantonen berücksichtigen kann (Art. 106 Abs. 3, Änderung vom 20. März 1998).

Das Gesetz gibt dem Bundesrat zudem die Kompetenz, nähere Vorschriften über das Ausmass der Prämienverbilligung zu erlassen, wenn der Bundesrat zum Schluss kommen sollte, dass die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen ohne solche Vorschriften nicht in allen Kantonen sichergestellt ist. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen und der Würdigung bezüglich der Wirkung der Prämienverbilligung hat der Bundesrat von dieser Kompetenz bisher noch nicht Gebrauch gemacht. Er hat jedoch in seiner Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (98.058) bundesrechtliche Mindeststandards für die Prämienverbilligung vorgeschlagen. Die Änderungen werden nicht nur in der Absicht vorgeschlagen, eine minimale sozialstaatliche Einheitlichkeit zu wahren, sondern auch wegen der Bedeutung der Prämienverbilligung als zentrales soziales Korrektiv im aktuellen individuellen Kopfprämiensystem und als Instrument zur Verwirklichung der vom Gesetzgeber beabsichtigten sozialpolitischen Ziele.

Erklärung des Bundesrates 02.02.00

Der Bundesrat beantragt, die Motion abzuschreiben.

tous leurs effets, comme l'ont montré différentes études sur les effets de la LAMal.

La modification de l'ordonnance par le Conseil fédéral est une solution transitoire. Mais elle s'imposait cependant du fait que les mesures de maîtrise des coûts prévues dans la nouvelle loi n'ont un impact qu'à moyen terme, alors que le poids des primes se fait immédiatement sentir. Pour cette même raison, le Parlement a décidé que le Conseil fédéral ne pouvait prendre en considération les primes cantonales moyennes pour l'assurance obligatoire des soins que pendant les six premières années suivant l'entrée en vigueur de la loi (art. 106 al. 3, modification du 20 mars 1998).

La loi attribuée par ailleurs au Conseil fédéral la compétence d'édicter des prescriptions plus précises sur l'importance des réductions de primes à accorder, s'il devait constater qu'en l'absence de ces prescriptions les réductions de primes ne seraient pas garanties aux assurés de condition économique modeste dans tous les cantons. A la lumière des expériences faites jusqu'ici et des évaluations portant sur les effets de la réduction de primes, le Conseil fédéral n'a pas encore fait usage de cette possibilité. Dans son message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (98.058), il a toutefois proposé des normes minimales de droit fédéral à appliquer pour les réductions de primes. Ces changements n'ont pas seulement été proposés dans le but de garantir un minimum d'uniformité de l'Etat social. Deux autres considérations les ont aussi motivés: la réduction de primes joue un rôle capital de correctif social dans le système actuel des primes individuelles et elle est un instrument permettant de réaliser les objectifs de politique sociale visés par le législateur.

Déclaration du Conseil fédéral 02.02.00

Le Conseil fédéral propose de classer la motion.

00.1135

**Einfache Anfrage
Müller-Hemmi Vreni.
Bosnien-Herzegowina.
Aufenthaltsverlängerung
für traumatisierte Flüchtlinge**

Eingereichter Text 13.12.00

Am 5. Juli 2000 war es fünf Jahre her, seit die UN-Schutzzone Srebrenica vor den Augen der Uno-Blauhelme von den bosnisch-serbischen Einheiten eingenommen und Tausende von bosniakischen Männern, Söhnen und Vätern auf schrecklichste Weise umgebracht und in Massengräbern beseitigt wurden. Der ethnisch motivierte Völkermord im unteren Drinatal trieb Zehntausende in die Flucht, viele davon sind seither schwerst traumatisiert.

Fünf Jahre nach diesen Massakern ist Bosnien-Herzegowina immer noch ein ethnisch geteiltes Land mit über 800 000 internen Flüchtlingen im Föderationsgebiet und einer nach wie vor äusserst schwierigen sozialen und wirtschaftlichen Situation. Für die aus der jetzigen Republik Srpska Geflüchteten ist bis heute eine Rückkehr in Sicherheit und Würde unmöglich. So sind denn auch weniger als ein Prozent nicht serbische Flüchtlinge in die Drinatalgemeinden zurückgekehrt. Die Rückkehrchancen haben sich seit den kürzlichen Wahlen weiter verschlechtert, da die Nationalistenpartei SDS von Radovan Karadzic die Wahlen gewonnen hat und damit nach wie vor viele Behördenfunktionen besetzt. Es ist die Partei, der viele vermutete und angeklagte Kriegsverbrecher angehören.

In der Schweiz befinden sich heute etwa 1200 Überlebende aus den Srebrenica-Gemeinden im unteren Drinatal. Viele von ihnen sind, obwohl schwerst traumatisiert, zermürbenden Verfahren ausgesetzt und mit Rückschaffungsentscheiden konfrontiert. Dies, obwohl kriegstraumatisierte Menschen in Bosnien nicht nachhaltig und effektiv therapiert werden können, wie dies eine deutsche Expertinnen- und Experten-Delegation im Oktober 2000 festhielt und von den Behörden einen Rückkehr- und Abschiebestopp forderte. Die deutsche Innenministerkonferenz hat dies in ihrem Entscheid vom 24. November 2000 berücksichtigt und schwerst traumatisierten bosnischen Flüchtlingen und ihren Angehörigen ein Bleiberecht erteilt. In der Schweiz vertritt die Selbsthilfeorganisation «Vereinigung der Überlebenden aus dem Drinatal-Srebrenica» die Interessen der überlebenden Opfer dieser ethnischen Säuberung und setzt sich insbesondere für vereinfachte Verfahren, eine humanitär begründete Aufenthaltsverlängerung und Anerkennung als spezielle Härtefallgruppe ein.

Aufgrund all dieser Fakten ersuche ich den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie beurteilt er aufgrund der heutigen politischen, sozialen und ökonomischen Situation in Bosnien-Herzegowina die Lebens- und Überlebenschancen rückgeführter, traumatisierter bosniakischer Flüchtlinge, die weiterhin auf therapeutische Behandlung angewiesen sind?
2. Ist ihm bekannt, wie viele Asylverfahren inklusive Rekurse, Revisionsverfahren und Wiedererwägungsgesuche, bei denen schwere Traumatisierung geltend gemacht wird respektive aufgrund der Fluchtgeschichte abgeklärt werden müsste, noch hängig sind?
3. Ist er aufgrund humanitärer Grundsätze und auch vor dem Hintergrund des Entscheides der deutschen Innenminister bereit, bis auf weiteres von Rückschaffungen traumatisierter Flüchtlinge, insbesondere aus dem Srebrenica-Gebiet, abzusehen, und ist er weiter bereit, auf die gegenüber dem EJPD gemachten Vorschläge der «Vereinigung der Überlebenden aus dem Drinatal-Srebrenica» einzutreten und sie im Dialog mit den Betroffenen wohlwollend zu prüfen?
4. Teilt er insbesondere die Beurteilung, dass für diese Menschen vorläufig eine gesicherte Rückkehr und Reintegration in die Republik Srpska, speziell ins Srebrenica-Gebiet, nicht

00.1135

**Question ordinaire
Müller-Hemmi Vreni.
Bosnie-Herzégovine.
Prolonger l'autorisation de séjour
des réfugiés traumatisés**

Texte déposé 13.12.00

Il y a eu cinq ans le 5 juillet 2000 exactement, Srebrenica, zone de protection de l'ONU, tombait aux mains des unités bosno-serbes sous les yeux des casques bleus. Des milliers d'hommes bosniaques, des pères et des fils, furent alors massacrés et leurs corps enterrés dans des fosses communes. Ce génocide perpétré dans la vallée inférieure de la Drina, l'un des hauts lieux de la purification ethnique, poussa sur les routes de l'exode des dizaines de milliers de personnes; nombre d'entre elles restent aujourd'hui profondément traumatisées.

Cinq ans après, la Bosnie-Herzégovine reste un pays ethniquement divisé qui compte plus de 800 000 personnes déplacées et où la situation économique et sociale demeure extrêmement précaire. Pour les personnes qui ont fui la Republika Srpska, la République serbe de Bosnie, «un retour dans la sécurité et la dignité» est toujours impossible. D'ailleurs, moins de 1 pour cent des réfugiés non serbes ont regagné la vallée de la Drina. Les chances de retour sont encore plus minces depuis la victoire, aux récentes élections, du SDS, le parti de Radovan Karadzic, qui concentre encore entre ses mains de nombreux pouvoirs. Or, ce parti compte dans ses rangs de nombreux criminels de guerre supposés ou poursuivis comme tels.

Quelque 1200 personnes qui ont quitté les communes situées dans la vallée inférieure de la Drina pour échapper aux massacres se trouvent actuellement en Suisse. Nombre d'entre elles, déjà très traumatisées, doivent se soumettre à des procédures décourageantes et font aujourd'hui l'objet d'une décision de renvoi. Pourtant, une délégation d'experts allemands a constaté, en octobre 2000, que les personnes qui avaient subi un traumatisme ne pouvaient pas suivre de traitement durable et efficace en Bosnie. Suite aux démarches de cette délégation, qui a demandé aux autorités d'interrompre les renvois et les expulsions, la Conférence allemande des ministres de l'intérieur a décidé, le 24 novembre 2000, d'autoriser les réfugiés bosniaque les plus traumatisés à rester en Allemagne avec leur famille. En Suisse, les intérêts des personnes qui ont survécu à la purification ethnique sont représentés par l'Association des survivants de la vallée de la Drina-Srebrenica; cette association se mobilise pour obtenir que les procédures soient simplifiées, que les autorisations de séjour soient prolongées lorsque des raisons humanitaires le justifient et que les personnes ayant survécu aux massacres de Srebrenica soient considérées comme un groupe exigeant un traitement à part.

Au vu de ce qui précède, j'invite le Conseil fédéral à répondre aux questions suivantes:

1. Vu la situation politique, économique et sociale qui règne actuellement en Bosnie-Herzégovine, quelles sont, selon le Conseil fédéral, les chances d'existence et de survie des réfugiés bosniaques qui sont renvoyés dans ce pays et qui, traumatisés par la guerre, doivent continuer à suivre un traitement?
2. Le Conseil fédéral peut-il dire combien de procédures d'asile (y compris recours, procédures de révision et demandes de réexamen) sont encore en suspens, lors desquelles un grave traumatisme est invoqué ou pour lesquelles il faudrait examiner, à la lumière des événements qui ont contraint le requérant à fuir, s'il y a ou non traumatisme?
3. Est-il prêt, au vu, notamment, de la décision prise par les ministres de l'intérieur en Allemagne, à faire un geste d'humanité et à interrompre jusqu'à nouvel ordre tout renvoi de réfugiés ayant subi un traumatisme, notamment lorsqu'ils viennent de la région de Srebrenica? Est-il prêt également à



zu verantworten ist und dass die letzten Wahlen die ethnische Trennung in Bosnien-Herzegowina weiter zementiert haben?

5. Teilt er weiter die Ansicht, dass die Chance auf echte Rückkehr in Sicherheit und Würde sich stark verbessern wird, wenn alle mutmasslichen Kriegsverbrecher, gegen die ein Haftbefehl des internationalen Tribunals in Den Haag vorliegt, zur Rechenschaft gezogen werden und dass dies abhängig ist von einem verstärkten Engagement der internationalen Staatengemeinschaft und damit auch der Schweiz?

6. Welche konkreten Aktionen wird er – auch gestützt auf seinen Schwerpunkt im Aussenpolitischen Bericht «Achtung der Menschenrechte und Förderung der Demokratie» – diesbezüglich in nächster Zeit unternehmen?

Antwort des Bundesrates 11.04.01

1. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass die Lebensbedingungen für traumatisierte bosnische Rückkehrerinnen und Rückkehrer sehr schwierig sind. Diese Bedingungen können jedoch nicht pauschal, sondern nur im konkreten Einzelfall beurteilt werden.

Grundsätzlich sind psychotherapeutische Behandlungen in den neuropsychiatrischen Abteilungen grösserer Krankenhäuser wie in Sarajevo oder Tuzla erhältlich. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass die Psychotherapie in Bosnien und Herzegowina wenig Tradition hat und ihr angesichts der Finanzknappheit, die im medizinischen Sektor herrscht, auch heute keine Priorität eingeräumt wird. Verschiedene Nichtregierungsorganisationen bieten, auch mit ausländischer Unterstützung, traumatisierten Menschen psychologische Hilfe an; sie führen Einzel- oder Gruppentherapien durch, helfen traumatisierten Kindern und unterstützen Rückkehrer und Rückkehrerinnen in psychosozialer Hinsicht. Die Schweiz unterstützt seit Jahren solche Organisationen, beispielsweise «Vive Zene» in Tuzla.

2. Das System Auper (Automatisierte Personenregistratur), auf dem die statistischen Auswertungen des Bundesamtes für Flüchtlinge (BFF) basieren, wurde zur Unterstützung der Geschäftsabwicklung im Asylverfahren konzipiert. In diesem System werden seit 1985 Personen- und Geschäftsdaten erfasst. Mittels Zahlencodes und dazugehörigen Datumsangaben sind die einzelnen Geschäftsstände und Erledigungen gekennzeichnet und auswertbar. Weiter gehende Angaben zu Fluchtgründen oder gesundheitlichen Problemen von Asylsuchenden sind im System nicht verfügbar, weshalb entsprechende statistische Auskünfte nicht möglich sind.

3. Es trifft zu, dass die deutsche Innenministerkonferenz am 23. November 2000 für Personen aus Bosnien und Herzegowina, die bürgerkriegsbedingt unter schwerer posttraumatischer Belastungsstörung leiden, den weiteren Aufenthalt in Deutschland ermöglicht hat. Vorausgesetzt wird jedoch, dass die betroffenen Personen vor dem 15. Dezember 1995 als Bürgerkriegsflüchtlinge in Deutschland eingereist sind, in einer längerfristig angelegten fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen und bis anhin aufgrund ihrer geltend gemachten Traumatisierung zumindest im Besitz einer Duldung gewesen sind. Der Bundesrat zieht in dieser Frage eine einzelfallspezifische Asyl- und Wegweisungspraxis einer Gruppenregelung, die an mehrere Bedingungen geknüpft ist, vor.

In Einklang mit der Rechtsprechung der Schweizerischen Asylrekurskommission gewährt das BFF Asylsuchenden aus Bosnien-Herzegowina, die besonders leidvollen und intensiven Verfolgungsmassnahmen wie etwa jenen in Srebrenica vom Juli 1995 ausgesetzt waren und dadurch unter einem Langzeit-Trauma leiden, grundsätzlich Asyl, sofern sie ihre Heimat vor dem 14. Dezember 1995 (Rahmenabkommen von Dayton) beziehungsweise ausnahmsweise spätestens bis zum 12. Dezember 1996 (Verabschiedung der UN-Resolution Nr. 1088) verlassen haben (EMARK 2000/2, Grundsatzurteil). Bei derart leidgeprüften Asylsuchenden wird angenommen, es würden zwingende Gründe im Sinne von Artikel 1 C Ziffer 5 Absatz 2 der Flüchtlingskonvention vorlie-

se saisis des propositions présentées par l'Association des survivants de la vallée de la Drina-Srebrenica au DFJP et à examiner ces propositions avec bienveillance dans un dialogue avec les intéressés?

4. Ne pense-t-il pas notamment que la sécurité des personnes qui retourneraient dans la Republika Srpska, en particulier dans la région de Srebrenica, n'est pas garantie pour le moment et que les dernières élections ont «cimenté» davantage encore la division ethnique en Bosnie-Herzégovine?

5. N'est-il pas d'avis que les chances d'un retour dans la sécurité et la dignité deviendront réelles lorsque tous les criminels de guerre qui font l'objet d'un mandat d'arrêt du Tribunal international de La Haye auront été contraints de rendre des comptes? Et ne pense-t-il pas qu'il faut, pour cela, une mobilisation plus grande de la communauté internationale, en particulier de la Suisse?

6. Quelles actions le Conseil fédéral engagera-t-il à brève échéance pour y parvenir, puisqu'il entend oeuvrer, selon son rapport sur la politique extérieure, à la «promotion du respect des droits de l'homme et promotion de la démocratie»?

Réponse du Conseil fédéral 11.04.01

1. Le Conseil fédéral est conscient du fait que les rapatriés bosniaques souffrant de traumatismes connaissent des conditions de vie difficiles. Toutefois, il faut procéder à un examen de cas en cas car il est impossible de porter un jugement global sur ces dernières.

Les grands hôpitaux de villes comme Sarajevo ou Tuzla ont des divisions neuropsychiatriques qui sont en mesure de dispenser des traitements psychothérapeutiques. Il convient toutefois de noter que la psychothérapie est une thérapie appliquée depuis peu en Bosnie-Herzégovine; à ce jour, elle n'est toujours pas considérée comme une partie prioritaire de la médecine, en raison de la pénurie de moyens financiers qui règne dans ce secteur. Diverses organisations non gouvernementales apportent une aide psychologique, parfois avec l'assistance de l'étranger, aux personnes traumatisées; elles procèdent à des thérapies individuelles ou de groupe, secourent les enfants choqués et assurent un soutien psychosocial aux rapatriés. La Suisse apporte son concours, depuis des années, à plusieurs organismes de ce genre, dont «Vive Zene» à Tuzla.

2. Le système AUPER (système d'enregistrement automatisé des personnes), sur lequel se fondent les évaluations statistiques de l'Office fédéral des réfugiés (ODR), a été conçu pour contribuer au bon déroulement de la procédure d'asile. Il enregistre, depuis 1985, les données portant sur les personnes et, selon l'expression consacrée, sur les «affaires». A l'aide de codes numériques et des dates pertinentes, il indique l'état d'avancement des différents cas et de leur règlement, permettant ainsi de faire des évaluations. Il ne comporte pas de données plus précises, ce qui fait que l'on ne peut fournir de données statistiques sur les motifs de fuite ou les problèmes de santé des demandeurs d'asile.

3. Il est exact que la Conférence allemande des ministres de l'intérieur a autorisé, le 23 novembre 2000, des personnes originaires de Bosnie-Herzégovine souffrant de maux post-traumatiques graves, dus à la guerre civile, à rester en Allemagne. Toutefois, il fallait qu'elles y soient entrées avant le 15 décembre 1995, après avoir fui la guerre civile, qu'elles fassent l'objet d'un traitement médical spécifique ou psychothérapeutique à long terme et qu'elles aient été jusqu'alors au moins au bénéfice d'un titre de séjour précaire («Duldung») en raison du traumatisme qu'elles avaient fait valoir. Sur ce point, le Conseil fédéral préfère une pratique d'asile et de renvoi individuelle à une solution de groupe subordonnée à plusieurs conditions.

Suivant en cela la jurisprudence de la Commission suisse de recours en matière d'asile, l'ODR accorde, en principe, l'asile aux demandeurs provenant de Bosnie-Herzégovine qui ont été exposés à des persécutions particulièrement douloureuses et intenses, comme à Srebrenica en juillet 1995, avec pour conséquence un traumatisme durable, pour

gen, die eine Rückkehr ins Heimatland trotz Wegfall der Verfolgungsgefahr im heutigen Zeitpunkt aus psychischen Gründen unmöglich erscheinen lassen (EMARK 1997/14, Grundsatzurteil).

In denjenigen Fällen von traumatisierten Menschen, in denen die Voraussetzungen für eine Asylgewährung nicht gegeben sind, wird die Zumutbarkeit des Vollzugs der Wegweisung durch das BFF sorgfältig und nach Massgabe aller wesentlichen Umstände geprüft. In diese individuelle Beurteilung werden insbesondere Faktoren wie die Schwere der Traumatisierung, der gesamte Gesundheitszustand und die konkrete Möglichkeit der allenfalls notwendigen medizinischen Behandlung der Betroffenen vor Ort einbezogen. Gegebenenfalls kann diesen ausserdem medizinische Rückkehrhilfe gewährt werden. Beim Vorliegen einer konkreten Gefährdung ordnet das BFF an Stelle des Wegweisungsvollzugs eine vorläufige Aufnahme an. Der Bundesrat verweist in diesem Zusammenhang auf seine Antworten auf die Motion Bühlmann 98.3200, «Spezielle Gruppen von bosnischen Flüchtlingen», und auf die Interpellation Bäumlin 98.3079, «Härtefälle bei ausreisepflichtigen Bosnierinnen».

Vor diesem Hintergrund sieht der Bundesrat keinen Anlass, von seiner bisherigen, differenzierten und einzelfallbezogenen Asyl- und Wegweisungspraxis, über welche die «Vereinigung der Überlebenden aus dem Drinatal-Srebrenica» durch die zuständigen Behörden bereits informiert worden ist, abzuweichen.

4. Die nationalistischen Parteien sind fünf Jahre nach der Unterzeichnung des Abkommens von Dayton noch immer an der Macht. Ihre weit reichenden Erfolge auch bei den letzten allgemeinen Wahlen vom 11. November 2000 machen deutlich, dass zwischen den ethnischen Volksgruppen noch immer viel Misstrauen vorhanden und die Versöhnung ein schwieriger und langwieriger Prozess ist. Angesichts dessen können die Rahmenbedingungen, die für den Versöhnungsprozess sowie für die Demokratisierung und wirtschaftliche Erholung des Landes nötig sind, nur allmählich geschaffen werden.

Der Bundesrat teilt die in der Einfachen Anfrage formulierte Ansicht, wonach eine Rückkehr der betroffenen Personen in die Republika Srpska und speziell ins Srebrenica-Gebiet zurzeit noch nicht zu verantworten ist. Deshalb erfolgt der Vollzug der Wegweisung von abgewiesenen Asylsuchenden nichtserbischer Ethnie nicht in die Republika Srpska. Der Bundesrat erachtet es in Anlehnung an die konstante Praxis der Asylbehörden zur innerstaatlichen Fluchtalternative jedoch als zumutbar, dass diese Personen einen alternativen Wohnsitz im Heimatstaat wählen, der nicht dem früheren Wohnort entspricht. Der Bundesrat verweist in diesem Zusammenhang auf seine Antworten zur Motion Bühlmann 98.3200, zur Interpellation Bäumlin 98.3079, zum Postulat Vermot 98.3163, «Pauschale Wegweisung von bosnischen Kriegsvertriebenen», sowie zur Dringlichen Einfachen Anfrage Suter 98.1149, «Rückschaffungsstopp nach Bosnien-Herzegowina, namentlich in die Teilrepublik Serbska».

5./6. Unter der vorstehend umschriebenen, differenzierten Asyl- und Wegweisungspraxis vertritt der Bundesrat die Auffassung, dass für jene Asyl suchenden Personen aus Bosnien und Herzegowina, welche die Schweiz verlassen müssen, die Bedingungen für eine Rückkehr in Sicherheit und Würde erfüllt sind. Es kann aber nicht bestritten werden, dass künftige Verbesserungen in der Entwicklung der zivilen Gesellschaft, namentlich Fortschritte im Bereich der demokratischen Strukturen, auch den Rückkehrern zugute kommen und damit zu deren Wiedereingliederung beitragen.

Der Bundesrat misst daher den Massnahmen, die zur gerichtlichen Aufarbeitung der in Bosnien und Herzegowina verübten Kriegsverbrechen führen, grosse Bedeutung bei. Er sieht diese Bemühungen einerseits als einen Beitrag zur Achtung der Menschenrechte und zur Förderung der Demokratie; andererseits hält er derartige Bemühungen für wesentlich im Hinblick auf die kollektive Bewältigung der jüngeren Vergangenheit. In diesem Sinne weisen sie auch

autant que ces personnes aient quitté leur pays avant le 14 décembre 1995 (Accord de Dayton) ou, à titre exceptionnel, le 12 décembre 1996 au plus tard (adoption de la Résolution No 1088 des Nations Unies; JICRA 2000/2, décision de principe). On admet que des requérants d'asile ainsi éprouvés peuvent invoquer des raisons impérieuses de nature psychique, au sens de l'article 1 C chiffre 5 alinéa 2 de la Convention relative au statut des réfugiés, qui rendraient leur retour impossible, même si le risque de persécution a disparu (JICRA 1997/14, décision de principe).

Lorsque des personnes traumatisées ne remplissent pas les conditions requises pour se voir accorder l'asile, l'ODR examine soigneusement si l'exécution de leur renvoi est raisonnablement exigible, compte tenu de toutes les circonstances déterminantes du cas. Il analyse notamment des facteurs tels que la gravité du traumatisme, l'état général de santé des intéressés et la possibilité concrète d'un traitement médical sur place. Le cas échéant, ces derniers peuvent bénéficier de l'aide au retour en matière médicale. En présence d'un risque réel, l'ODR ordonne l'admission provisoire à la place de l'exécution du renvoi. Dans ce contexte, le Conseil fédéral renvoie le lecteur aux réponses qu'il a fournies à la motion Bühlmann 98.3200, «Catégories spéciales de réfugiés bosniaques. Mesures d'urgence», et à l'interpellation Bäumlin 98.3079, «Femmes de nationalité bosniaque invitées à quitter le territoire. Mesures de clémence».

Au vu de ce qui précède, le Conseil fédéral ne voit pas la nécessité de déroger à la politique qu'il a suivie jusqu'à présent en matière d'asile et de renvoi; les autorités compétentes ont d'ailleurs informé l'Association des survivants de la vallée de la Drina-Srebrenica de cette pratique toute en nuances, fondée sur l'examen individuel de chaque demande.

4. Cinq ans après la signature de l'Accord de Dayton, les partis nationalistes sont toujours au pouvoir. Les succès qu'ils ont remportés lors des dernières élections générales, tenues le 11 novembre 2000, montrent à quel point la méfiance règne encore entre les différents groupes ethniques. Le processus de réconciliation sera long et pénible. De ce fait, ce n'est que peu à peu que les conditions nécessaires à la réconciliation, à la démocratisation et à la reprise économique au sein du pays pourront être créées.

Le Conseil fédéral partage l'avis soutenu par la présente question ordinaire, à savoir qu'à l'heure actuelle le retour des intéressés en République serbe et, notamment, dans la région de Srebrenica est encore déraisonnable. C'est la raison pour laquelle on ne renvoie pas à destination de la République serbe des demandeurs d'asile déboutés appartenant à une ethnie autre que serbe. Toutefois, le Conseil fédéral se fonde sur la pratique constante suivie, par les autorités, en matière de refuge interne (la possibilité de trouver refuge dans une autre partie du pays de provenance, donc) pour dire que l'on peut raisonnablement exiger de ces personnes qu'elles s'établissent dans leur Etat d'origine à un endroit qui n'est pas celui où elles avaient précédemment leur domicile. Dans ce contexte, le Conseil fédéral renvoie aux réponses qu'il a données à la motion Bühlmann 98.3200, à l'interpellation Bäumlin 98.3079, au postulat Vermot 98.3163, «Renvoi arbitraire des victimes de guerre bosniaques», et à la question ordinaire urgente Suter 98.1149, «Bosnie-Herzégovine. Gel du renvoi de demandeurs d'asile, notamment dans la République serbe».

5./6. Au vu de la pratique d'asile et de renvoi, toute en nuances, exposée ci-dessus, le Conseil fédéral estime que les conditions requises pour un retour dans la sécurité et la dignité sont remplies pour chaque personne venue de Bosnie-Herzégovine en quête d'asile et appelée désormais à quitter la Suisse. Il est indéniable qu'une évolution positive de la société civile, notamment de meilleures structures démocratiques, profiterait aux rapatriés et faciliterait leur réintégration.

Le Conseil fédéral accorde donc une grande importance aux mesures qui permettraient de donner une suite judiciaire aux crimes de guerre commis en Bosnie-Herzégovine. D'une part, il voit dans ces efforts une contribution au respect des

eine wichtige konfliktpräventive und damit friedensfördernde Dimension auf.

Im vergangenen Jahr hat der Bundesrat namhafte Beiträge zur Unterstützung von Massnahmen des Internationalen Tribunals für das ehemalige Jugoslawien sowie anderer Akteure bewilligt, die zur Exhumierung und Identifikation von Opfern aus Kriegesverbrechen, zur Indiziensicherung und zur gerichtlichen Überführung von Kriegsverbrechern beitragen. Einige dieser Massnahmen zielten speziell auf die Ermordeten von Srebrenica ab, etwa die schweizerischen Unterstützungsleistungen an das Internationale Komitee vom Roten Kreuz oder die International Commission on Missing Persons; andere bezogen sich auf das gesamte Gebiet von Bosnien und Herzegowina. Unter die letztgenannte Kategorie lassen sich auch Bemühungen des Office of the High Representative (OHR) für Bosnien und Herzegowina subsumieren. Gemäss seinem Mandat setzt sich das OHR einerseits spezifisch für die Rückkehr und Reintegration von Flüchtlingen ein; andererseits unternimmt es Anstrengungen, um den Menschenrechtsschutz und die demokratischen Strukturen in Bosnien und Herzegowina in einem umfassenderen Sinne zu fördern. Die Schweiz hat die Arbeit des OHR im vergangenen Jahr mit einem substantiellen Beitrag unterstützt.

Der Bundesrat beabsichtigt, seine vielfältigen bilateralen und multilateralen Aktivitäten zur Förderung von Menschenrechten und Demokratie und zur Sicherung eines nachhaltigen Friedens in Bosnien und Herzegowina auch in Zukunft weiterzuführen. Anfragen um Unterstützung von entsprechenden Bemühungen wird er wie bis anhin wohlwollend prüfen.

droits de l'homme et à la promotion de la démocratie; d'autre part, il estime qu'ils sont essentiels afin de surmonter collectivement le passé récent. En ce sens, ils présentent une dimension cruciale pour la prévention des conflits et, partant, pour le maintien de la paix.

L'an passé, le Conseil fédéral a approuvé des montants importants destinés à soutenir des mesures prises par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et par d'autres organes en vue d'exhumer et d'identifier des victimes de crimes de guerre, de relever des indices et de traduire en justice des criminels de guerre. Si certaines de ces mesures ne concernaient que des personnes tuées à Srebrenica, telles les contributions suisses au Comité international de la Croix-Rouge ou à la Commission internationale des personnes disparues dans l'ex-Yougoslavie, d'autres ont porté sur l'ensemble du territoire de la Bosnie-Herzégovine. On peut classer dans cette dernière catégorie les efforts consentis par le Bureau du Haut Représentant (BHR) en Bosnie-Herzégovine. Aux termes de son mandat, le BHR s'emploie spécifiquement au retour et à la réintégration de réfugiés; mais il s'efforce également à promouvoir le respect des droits de l'homme et la démocratie en Bosnie-Herzégovine, au sens large du terme. L'an passé, la Suisse a appuyé les travaux du BHR en lui versant un montant substantiel.

Le Conseil fédéral se propose de poursuivre les activités variées qu'il déploie, bilatéralement ou multilatéralement, en vue de promouvoir les droits de l'homme, la démocratie et une paix durable en Bosnie-Herzégovine. Comme par le passé, il examinera avec bienveillance les demandes d'aide qui lui parviendront.

00.2014

**Petition Christlichnationaler
Gewerkschaftsbund der Schweiz.
Für ein sicheres Einkommen
bei Krankheit**

Bericht SGK-NR 25.02.00

Antrag der Kommission

Die Kommission beantragt mit 12 zu 11 Stimmen, die Petition dem Bundesrat zur Kenntnis zu überweisen.

Die Kommissionsminderheit (Fasel, Baumann Stefanie, Cavalli, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini) beantragt, der Petition Folge zu geben und die Motion zu überweisen.

Text und Begründung der Petition

Am 25. November 1999 reichte der Christlichnationale Gewerkschaftsbund der Schweiz (CNG) eine Petition mit 17 000 Unterschriften ein, die den Bundesrat und das Parlament auffordert, dafür zu sorgen, dass für kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer künftig eine obligatorische Taggeldversicherung eingerichtet wird. Die Petenten bemängeln am heutigen Zustand, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Krankheitsfall nicht auf eine Versicherung zählen können, da das Krankenversicherungsgesetz (KVG) kein obligatorisches Krankentaggeld vorsieht. Sie führen weiter an, dass die entsprechenden Privatversicherungen viel zu teuer und nicht zur Aufnahme von Versicherten verpflichtet seien.

Zur Einführung einer Krankentaggeldversicherung schlagen sie folgende Verfassungsänderung vor:

I Die Bundesverfassung wird wie folgt ergänzt:

Art. 34bis a (neu)

1 Der Bund erlässt Bestimmungen über die Taggeldversicherung für den Krankheitsfall.

2 Dabei betrachtet er insbesondere folgende Grundsätze:

a. Die Taggeldversicherung ist obligatorisch für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Nicht obligatorisch versicherte Personen können sich der Versicherung zu angemessenen Bedingungen anschliessen.

b. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einem vom Gesetz zugelassenen Versicherer zu versichern. Die Wahl des Versicherers muss im Einverständnis mit den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern erfolgen. Die Versicherung muss nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betrieben werden.

c. Das Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beträgt mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes. Dieser entspricht mindestens demjenigen in der obligatorischen Unfallversicherung. Das Taggeld wird ab dem 31. Krankheitstag während mindestens 730 von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausbezahlt. Für Arbeitslose, die sich innerhalb der für den Leistungsbezug der Arbeitslosenversicherung geltenden Rahmenfrist befinden, entsprechen die Tagelder mindestens denjenigen der Arbeitslosenversicherung. Während der ersten 30 Krankentage bezahlt der Arbeitgeber den Lohn. Wird die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber aufgrund vertraglicher Vereinbarung oder öffentlich-rechtlicher Regelung garantiert, so kann der Beginn der Taggeldzahlung weiter aufgeschoben werden.

d. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert; ihre Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung zahlen mindestens die Hälfte der Beiträge.

e. Es wird ein Risikoausgleich geschaffen.

II Die Übergangsbestimmungen der Bundesverfassung werden wie folgt ergänzt:

Art. 24 (neu)

Falls das Ausführungsgesetz zu Artikel 34bis a nicht innert drei Jahren nach Annahme des Verfassungsartikels in Kraft gesetzt werden kann, regelt der Bundesrat auf den gleichen Zeitpunkt hin die Taggeldversicherung auf dem Verordnungsweg.

00.2014

**Pétition Confédération
des syndicats chrétiens de Suisse.
Pour un revenu assuré
en cas de maladie**

Rapport CSSS-CN 25.02.00

Proposition de la commission

Par 12 voix contre 11, la commission propose de transmettre la pétition au Conseil fédéral pour qu'il en prenne acte.

Une minorité de la commission (Fasel, Baumann Stefanie, Cavalli, Hubmann, Rechsteiner-Basel, Rechsteiner Paul, Robbiani, Rossini) propose de donner suite à la pétition et de la transmettre sous forme de motion.

exte et développement de la pétition

Le 25 novembre 1999, la Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (CSC) a déposé une pétition de 17'000 signatures par laquelle elle invite le Conseil fédéral et le Parlement à prendre des mesures visant à introduire une assurance d'indemnités journalières obligatoire en cas d'incapacité de travail due à la maladie. Les pétitionnaires déplorent en effet qu'à l'heure actuelle les travailleurs ne soient pas tous assurés contre les pertes de gains en cas de maladie, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) n'imposant aucune obligation en la matière. Ils soulignent d'autre part que les assurances privées dans ce secteur sont hors de prix et qu'elles ne sont nullement tenues d'accepter les personnes qui désirent s'y affilier. Les auteurs de la pétition proposent donc les modifications constitutionnelles suivantes:

I La Constitution fédérale est complétée comme suit:

Art. 34bis a (nouveau)

1 La Confédération édicte des dispositions sur l'assurance d'indemnités journalières versées en cas d'incapacité de travail due à la maladie.

2 Ce faisant, elle respecte en particulier les principes suivants:

a. l'assurance est obligatoire pour tous les travailleurs. Les personnes non soumises à l'assurance obligatoire peuvent s'y affilier à des conditions appropriées;

b. l'employeur assure ses travailleurs auprès d'un assureur admis par la loi. Il choisit l'assureur avec le consentement des travailleurs. L'assurance est régie par le principe de la mutualité;

c. l'indemnité journalière versée en cas d'incapacité de travail due à la maladie correspond à 80 pour cent au moins du gain assuré. Ce dernier correspondant au moins à celui de l'assurance-accidents obligatoire. L'indemnité journalière en cas d'incapacité de travail due à la maladie est versée à compter du 31e jour de la maladie, pendant au moins 730 jours des 900 jours qui suivent. S'agissant des personnes au chômage pour lesquelles le délai-cadre applicable à la période d'indemnisation court, les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail due à la maladie sont au moins égales à celles de l'assurance-chômage. L'employeur verse le salaire de l'assuré pendant les 30 premiers jours de la maladie. Un accord contractuel ou une réglementation de droit public garantissant le versement du salaire par l'employeur peut différer le début du versement des indemnités journalières;

d. l'assurance est financée par les cotisations des assurés; l'employeur ou l'assurance-chômage prend en charge au moins la moitié du montant de ces cotisations;

e. une compensation des risques est instaurée.

II Les dispositions transitoires de la constitution fédérale sont complétées comme suit:

Art. 24 (nouveau)

Si la loi d'exécution de l'article 34bis a n'est pas entrée en vigueur dans les trois ans qui suivent l'adoption dudit article, le Conseil fédéral instaure par voie d'ordonnance pour cette même date, l'assurance d'indemnités journalières versées en cas d'incapacité de travail due à la maladie.



Stellungnahme des Eidgenössischen Departements des Innern

Am 4. Februar 2000 nahm das Departement wie folgt Stellung:

Die soziale Taggeldversicherung des KVG hat zum Ziel, das Risiko eines Erwerbsausfalles wegen Krankheit im Rahmen einer Sozialversicherung abzudecken. Die Vorschriften gemäss KVG sehen ein Recht auf Abschluss der Versicherung vor. Die zeitliche Beschränkung von Versicherungsvorbehalten, eine Mindestleistungsdauer und der Einschluss der Mutterschaft werden vorgeschrieben. Die Prämien können nur nach dem Eintrittsalter abgestuft werden.

Es wurde davon abgesehen, für das versicherbare Taggeld einen Mindest- oder Höchstansatz in das Gesetz aufzunehmen. Die Krankenversicherer müssen die in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe a KVG vorgeschriebenen Grundsätze der Gleichbehandlung der Versicherten und der Gegenseitigkeit beachten. Artikel 109 KVV schreibt ausdrücklich vor, dass jede Person zu den gleichen Bedingungen, namentlich hinsichtlich der Dauer und der Höhe des Taggeldes, wie sie für die anderen Versicherten gelten, der Taggeldversicherung beitreten kann, soweit dadurch voraussichtlich keine Überentschädigung (Artikel 122 KVV) entsteht. Das Gesetz spricht sich nicht dagegen aus, dass KVG-Versicherer eine Deckung anbieten, die dem mutmasslichen Verdienstaufschlag oder einem Prozentsatz davon entspricht. Hingegen kann dem Gesetzeswortlaut keine Verpflichtung der Krankenversicherer entnommen werden, ein Taggeld in dieser Höhe anzubieten. Der Nationalrat hatte über einen Antrag zu entscheiden, der vorsah, dass in der Schweiz beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch auf Versicherung eines Taggeldes von 80 Prozent des versicherten Verdienstes haben. Dieser Antrag wurde klar abgewiesen (AB 1993 N 1894f). Viele Krankenversicherer beschränken heute die Einzeltaggeldversicherung nach KVG auf einen bestimmten Betrag (6, 10 oder 30 Franken).

Den Krankenversicherern ist es freigestellt, neben der Taggeldversicherung nach KVG noch eine Taggeldversicherung nach VVG zu führen. Bei einer solchen Versicherung besteht keine Aufnahmespflicht, die Prämien können nach dem effektiven Alter abgestuft werden und die Versicherer können die Leistungsdauer beschränken und bei Krankheiten zeitlich unbeschränkte Vorbehalte anbringen.

Eine weitere Schwachstelle der sozialen Taggeldversicherung sind die Prämien, die bei einigen Krankenkassen sehr hoch und deshalb für viele Betroffene unerschwinglich sind. Die soziale Taggeldversicherung wird nach dem Ausgabeumlageverfahren finanziert, das heisst, die laufenden Ausgaben werden durch die laufenden Einnahmen finanziert. Sie muss selbsttragend sein. Es gibt keine Subventionierung der Taggeldversicherung und auch keine Prämienverbilligungsansprüche. Die Prämien mussten wegen der Aufwandssteigerung stark erhöht werden. Diese ist einerseits auf die allgemeine wirtschaftliche Lage zurückzuführen. Ungünstig auf den Aufwand wirken sich Langzeitfälle und Erwerbslosigkeit aus. Andererseits ist die Risikokonzentration darauf zurückzuführen, dass die jüngeren und gesunden Personen vermehrt eine Taggeldversicherung nach VVG abschliessen. Dadurch kommt es in der Taggeldversicherung nach KVG zu einer Anhäufung von Taggeldbezügern und Taggeldbezügern, so dass hier noch höhere Prämien verlangt werden müssen.

In mehreren parlamentarischen Vorstössen (Interpellation Brunner Christiane vom 18. Juni 1996, 96.3283; Motion Schmid Odilo vom 21. März 1997, 97.3173; Motion Maury Pasquier vom 16. Juni 1997, 97.3294; Einfache Anfrage Borel vom 19. Juni 1997, 97.1100) wurde das Vorgehen der Krankenkassen kritisiert, die nach KVG versicherbaren Tagelder auf niedrige Beträge zu beschränken. In seinen Stellungnahmen vertrat der Bundesrat die Meinung, dass die Krankenkassen die Einhaltung der Grundsätze der Gleichbehandlung und der Gewährleistung der erworbenen Rechte zu beachten hätten und dass dadurch ein gewisser Schutz der Versicherten garantiert werde. Der Bundesrat hielt in sei-

Avis du Département fédéral de l'intérieur

Le 4 février 2000, le Département a pris position comme suit:

L'assurance d'indemnités journalières de la LAMal vise à couvrir, dans le cadre d'une assurance sociale, le risque de perte de salaire due à la maladie. Les prescriptions de la LAMal prévoient le droit de conclure une telle assurance, la limitation dans le temps des réserves d'assurance, une durée minimale pour les prestations versées, maternité comprise. Seul l'âge d'entrée est encore un facteur d'échelonnement des primes.

On a renoncé à inscrire dans la loi un montant maximum et un montant minimum pour ces indemnités. Néanmoins, les assureurs sont tenus de respecter les principes de l'égalité de traitement des assurés et de la mutualité précisés à l'article 13, alinéa 2, lettre a, LAMal. En outre, l'article 109 OAMal demande expressément que toute personne puisse adhérer à l'assurance d'indemnités journalières aux mêmes conditions que celles qui prévalent pour les autres assurés, notamment quant à la durée et au montant de l'indemnité journalière, dans la mesure où, selon toute probabilité, il n'en résulte pas de surindemnisation (voir également art. 122 OAMal). La loi ne s'oppose donc pas à ce que des assureurs LAMal offrent une couverture qui corresponde à la perte de gain présumée ou à un pourcentage de celle-ci. En revanche, la teneur de la loi ne peut obliger les assureurs-maladie à proposer une indemnité journalière de ce montant. Le Conseil national devait se prononcer sur une demande qui prévoyait d'accorder à tous les salariés occupés en Suisse une assurance d'indemnités journalières couvrant 80 pour cent du gain assuré. Cette demande ayant été nettement rejetée (BO 1993 N 1894 s.). De nombreux assureurs-maladie limitent actuellement l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal à un montant forfaitaire (6, 10 ou 30 francs).

Les assureurs-maladie ont tout loisir de gérer, outre l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, une assurance d'indemnités journalières selon la LCA. Or dans ce type d'assurance, il n'existe aucune obligation d'accepter la personne requérante, les primes peuvent être échelonnées selon son âge effectif, les assureurs peuvent limiter la durée des prestations et, en cas de maladie, émettre des réserves illimitées.

Une autre faiblesse de l'assurance sociale d'indemnités journalières réside dans les primes qui, dans certaines caisses, sont si élevées qu'elles sont inabordable pour bien des intéressés. Il faut savoir que l'assurance sociale d'indemnités journalières est financée selon le système de la répartition, ce qui signifie que les dépenses en cours sont financées par les recettes en cours. Cette assurance doit s'autofinancer; il n'existe ni subvention de l'assurance d'indemnités journalières, ni droit à la réduction de primes. Les primes ont dû cependant être fortement relevées, vu l'augmentation des dépenses. Celle-ci est imputable, d'une part, à la situation économique générale, puisque les maladies de longue durée et le chômage se répercutent sur les dépenses. La concentration des risques tient, d'autre part, au fait que davantage de personnes jeunes et en bonne santé concluent une assurance d'indemnités journalières selon la LCA. De ce fait, on retrouve un grand nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières dans l'assurance selon la LAMal, ce qui fait augmenter les primes.

De nombreuses interventions parlementaires (Interpellation Brunner Christiane du 18 juin 1996, 96.3283; Motion Schmid Odilo du 21 mars 1997, 97.3173; Motion Maury Pasquier du 16 juin 1997, 97.3294; Question ordinaire Borel du 19 juin 1997, 97.1100) ont critiqué la manière de procéder des caisses limitant l'indemnité journalière assurée selon la LAMal à de faibles montants. Dans ses avis, le Conseil fédéral exprimait l'avis que les caisses-maladie doivent respecter les principes de l'égalité de traitement des assurés et de la garantie des droits acquis, ce qui assure une certaine protection aux assurés. Tout en admettant que le système en vigueur de l'assurance sociale d'indemnités journalières ne

nen Antworten ebenfalls fest, dass das geltende System der sozialen Taggeldversicherung nicht zu befriedigen vermag. Vorderhand sah er allerdings davon ab, dem Parlament eine Gesetzesrevision in diesem Bereich vorzuschlagen.

Die mangels Erreichen der nötigen Unterschriftenzahl als Petition eingereichte «Volksinitiative» des Christlichnationalen Gewerkschaftsbundes der Schweiz fordert das Parlament auf, Bestimmungen über eine Taggeldversicherung für den Krankheitsfall zu erlassen. Sie verlangt eine obligatorische Taggeldversicherung für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (inklusive Arbeitslose). Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit soll während mindestens 730 von 900 aufeinanderfolgenden Tagen mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes ausbezahlt werden. Die Versicherung soll durch Beiträge der Versicherten finanziert werden, die Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung hätten mindestens die Hälfte der Beiträge zu bezahlen.

Eine obligatorische Taggeldversicherung im Sinne des Petitionsvorschlages würde sicher einige der bestehenden Probleme lösen, und ich bin auch der Überzeugung, dass auf der Basis einer rein freiwilligen Versicherung die soziale Taggeldversicherung das ursprünglich anvisierte Ziel einer Erwerbsausfallversicherung nicht erreichen kann. Diese Funktion übernimmt heute denn auch je länger je mehr die nach dem Versicherungsvertragsrecht geführte Taggeldversicherung, nachdem die Krankenversicherer nur die Einzel- und nicht auch die Kollektivtaggeldversicherung nach KVG anbieten müssen. Diese Funktionsübernahme kann nicht durch Korrekturen im KVG rückgängig gemacht werden, ohne dass die Versicherung für einen bestimmten Personenkreis obligatorisch eingeführt würde. Dies hätte aber zur Folge, dass das KVG im Taggeldbereich einer grundlegenden Revision unterzogen werden müsste. Dass hierzu die politischen Vorzeichen günstig stehen, möchte ich bezweifeln, namentlich weil hier ein sehr heikler Bereich, nämlich jener der Lohnnebenkosten, tangiert ist. Auch möchte ich derzeit nicht mit grundlegenden Korrekturvorschlägen in der Taggeldversicherung die sich allmählich abzeichnende Konsolidierung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behindern. Die Entwicklung in der Taggeldversicherung ist aber zweifellos genau zu verfolgen. Sollte sich dabei zeigen, dass die geschilderten Nachteile des heutigen Systems sich in einem Mass zuspitzen, das nicht mehr zu verantworten wäre, müssten die geeigneten Vorkehrungen nötigenfalls auch auf Gesetzesebene ins Auge gefasst werden.

Erwägungen der Kommission

Die Kommission schliesst sich weitgehend den Überlegungen des Bundesrates an und erachtet die Einführung einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht als opportun.

Die Kommissionsminderheit macht geltend, dass mit dem neuen KVG die Krankentaggeldversicherungen dem privaten Versicherungsrecht unterstellt sind. Weiter sei es leider eine Tatsache, dass die Betriebe teilweise bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus der Lohnfortzahlungspflicht ausgestiegen seien. Dann müssten sich die Leute selber versichern, was heute fast nicht mehr bezahlbar sei. Weiter würden ein Teil der Arbeitslosen in diese Versicherungslücke fallen, nämlich jene, die krank und nicht vermögensfähig seien und damit keine Leistungen der Arbeitslosenversicherung erhielten.

donne pas satisfaction, il renonçait cependant à proposer au Parlement une révision rapide de la loi dans ce domaine.

«L'initiative populaire» de la Confédération des syndicats chrétiens de Suisse a été déposée sous forme de pétition, faute d'avoir recueilli le nombre de signatures nécessaires. Pour résumer, elle demande au Parlement d'édicter des dispositions sur une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Elle revendique une assurance d'indemnités journalières obligatoire pour tous les travailleurs, y compris les chômeurs. En cas d'incapacité de travail par suite d'une maladie, un montant égal ou supérieur à 80 pour cent du gain assuré serait versé pendant au moins 730 jours sur 900 jours consécutifs. L'assurance serait financée à la fois par des cotisations des assurés, et par l'employeur ou l'assurance-chômage qui prendraient en charge au moins la moitié du montant des cotisations.

Une assurance d'indemnités journalières qui irait dans le sens de la pétition résoudrait certainement quelques-uns des problèmes existants. Nous sommes également convaincus qu'une assurance purement facultative ne permet pas à l'assurance sociale d'indemnités journalières d'atteindre son objectif: compenser la perte de gain. En effet, l'assurance d'indemnités journalières régie par le droit du contrat d'assurance tend toujours plus à remplir cette fonction puisqu'aux termes de la LAMal, les assureurs-maladie ne doivent plus proposer que des assurances individuelles et non plus collectives dans ce domaine. Si l'assurance d'indemnités journalières régie par le droit de la LAMal devait avoir la fonction d'une assurance perte de gain, on devrait introduire l'assurance obligatoire pour certaines catégories de personnes. Mais cela aurait une conséquence: la LAMal serait soumise à une révision fondamentale dans le domaine des indemnités journalières. Nous émettons toutefois des doutes sur l'acceptabilité politique de cette solution car il s'agit là d'un domaine très sensible qui touche les charges salariales. Par ailleurs, nous sommes pour le moment réticents à l'idée de corrections fondamentales dans l'assurance d'indemnités journalières qui empêcheraient la consolidation de l'assurance obligatoire des soins qui se dessine graduellement. L'évolution de l'assurance d'indemnités journalières doit néanmoins être indubitablement suivie avec attention. S'il appert que les inconvénients évoqués du système actuel s'aggravent d'une telle manière qu'on ne peut plus en prendre la responsabilité, il faudrait alors envisager des mesures appropriées en cas de nécessité aussi au niveau de la loi.

Considérations de la commission

Partageant pour l'essentiel l'avis du Conseil fédéral, la commission considère qu'il est peu indiqué à l'heure actuelle d'introduire une assurance obligatoire d'indemnités journalières.

Une minorité de la commission rappelle quant à elle que, depuis l'introduction de la nouvelle LAMal, les assurances d'indemnités journalières relèvent du droit privé des assurances, ce qui a pour conséquence fâcheuse que certaines entreprises n'assurent plus les travailleurs âgés contre les pertes de gain dues à la maladie. Amenées à s'assurer elles-mêmes, ces personnes doivent verser des cotisations devenues hors de prix. Par ailleurs, cette lacune en matière d'assurance pénalise également les chômeurs malades qui, étant ainsi inaptes au placement, ne bénéficient d'aucune prestation de la part de l'assurance-chômage.

00.3043

Motion Zisyadis Josef. Krankenversicherung. Zahlungsausstände

Eingereichter Text 09.03.00

Der Bundesrat wird aufgefordert, dafür zu sorgen, dass der Bund die Krankenversicherungsprämien, die nicht eingetrieben werden können, vollständig und unabhängig von den an die Kantone ausgerichteten Bundessubventionen übernimmt.

Die Beteiligungen gegenüber Versicherten, die ihre Krankenversicherungsbeiträge aufgrund wirtschaftlicher Notlage und sozialer Ausgrenzung nicht mehr bezahlen können, nehmen deutlich zu. Die entsprechenden Verluste gehen voll zulasten der Kantone.

Die Versicherungspflicht zieht eine direkte Verpflichtung des Bundes nach sich; andernfalls wird sich die finanzielle Belastung der Kantone, die unter der Wirtschaftskrise am meisten leiden oder gelitten haben, in den nächsten Jahren stark erhöhen.

Die gegenwärtigen Zahlungsausstände, die auf die wirtschaftliche und die gesellschaftliche Situation des Landes zurückzuführen sind, dürfen nicht den Kantonen allein überbürdet werden.

Mitunterzeichner

Chappuis Liliane, Cuche Fernand, de Dardel Jean-Nils, Garbani Valérie, Grobet Christian, Ménétrety-Savary Anne-Catherine, Mugny Patrice, Spielmann Jean, Tillmanns Pierre (9)

Antwort des Bundesrates 10.05.00

Die Kantone wurden mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bereits auf verschiedenen Ebenen finanziell stark entlastet, mussten sie doch unter dem alten Recht einerseits die Krankenkassenprämien von Bezügerinnen und Bezüglern von Ergänzungsleistungen zu einem grösseren Teil selbst finanzieren (der Bund übernimmt – je nach Finanzkraft – 10 bis 35 Prozent der Kosten der Ergänzungsleistungen). Andererseits mussten sie in vielen Fällen diese Kosten voll aus kantonalen Fürsorgegeldern tragen. Überdies ergaben sich für die Kantone Minderausgaben, weil die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung ausgeweitet wurden, insbesondere in den Bereichen Spitex und Pflegeheime. Der vom Bundesamt für Statistik im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG anhand der Zahlen 1996 erstellte erste Forschungsbericht (Nr. 15/98: Der Einfluss des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf die Finanzierung des Gesundheitswesens) zeigt diese Entwicklung auf. Der zweite Forschungsbericht, welcher Ende Mai 2000 publiziert wird, bestätigt diese Tendenz.

Schon unter dem alten Recht stellte die Begleichung der ständig steigenden Prämien für die Krankenversicherung für zahlreiche Versicherte eine grosse finanzielle Belastung dar. Der Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung sah deshalb vor, dass die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen gewähren. Der Bund stellte den Kantonen dazu 100 Millionen Franken aus allgemeinen Bundesmitteln zur Verfügung. Die Kantone mussten zur Auslösung dieser Beiträge zusätzlich eigene Mittel bis zum dreifachen Betrag beisteuern.

Das System der individuellen Prämienverbilligung wurde im KVG beibehalten. Die direkte Finanzierung der Krankenkassen, die hauptsächlich eine Senkung des allgemeinen Prämienniveaus um rund 10 Prozent zur Folge hatte, wurde hingegen abgeschafft. Die Kantone finanzieren heute einen Drittel und der Bund zwei Drittel der ausbezahlten Beiträge

00.3043

Motion Zisyadis Josef. Assurance-maladie. Contentieux

Texte déposé 09.03.00

Le Conseil fédéral est invité à prendre en charge directement l'ensemble du contentieux des assurés poursuivis pour non-paiement des primes, hors des subventions fédérales accordées aux cantons.

Les poursuites engagées contre les assurés qui n'arrivent plus à payer leurs cotisations d'assurance-maladie sont en nette augmentation, du fait de la crise économique et de l'exclusion sociale. Les actes de défaut de biens en la matière sont entièrement à la charge des cantons.

L'obligation d'assurance doit provoquer un devoir direct de la Confédération, sinon les cantons qui ont le plus subi ou subissent la crise économique vont voir leur charge augmenter fortement ces prochaines années.

Le contentieux actuel, qui a sa source dans la situation économique et sociale du pays, ne peut être laissé à la seule charge des cantons.

Cosignataires

Chappuis Liliane, Cuche Fernand, de Dardel Jean-Nils, Garbani Valérie, Grobet Christian, Ménétrety-Savary Anne-Catherine, Mugny Patrice, Spielmann Jean, Tillmanns Pierre (9)

Réponse du Conseil fédéral 10.05.00

L'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) a déjà allégé fortement la charge financière des cantons à différents égards. En effet, sous l'ancien droit, ils étaient tenus de financer eux-mêmes pour une grande part les primes de caisse-maladie des bénéficiaires de prestations complémentaires (la Confédération prend en charge – selon la capacité financière du canton – 10 à 35 pour cent des coûts des prestations complémentaires). Par ailleurs, ils devaient, dans bon nombre de cas, supporter entièrement les coûts des primes impayées en recourant aux fonds cantonaux de l'aide sociale. Il convient d'ajouter que les dépenses des cantons ont diminué du fait que les prestations de l'assurance obligatoire des soins ont été étendues, notamment dans les domaines des soins à domicile (Spitex) et des établissements médicosociaux (EMS). Le premier rapport de recherche élaboré par l'Office fédéral de la statistique dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal sur la base des chiffres de 1996 (No 15/98: Les effets de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie dans le financement du système de santé) montre l'évolution en question. Le deuxième rapport de recherche, qui sera publié fin mai 2000, corrobore cette tendance.

Déjà sous l'ancien droit, le paiement des primes d'assurance-maladie en constante augmentation représentait pour de nombreux assurés une grande charge financière. C'est pourquoi l'arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie a prévu que les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de situation économique modeste. A cette fin, la Confédération a mis à la disposition des cantons 100 millions de francs prélevés sur les ressources générales de la Confédération. Pour obtenir ces subsides, les cantons devaient apporter une contribution pouvant aller jusqu'au triple du montant alloué par la Confédération.

Le système de la réduction de primes individuelle a été maintenu dans la LAMal, alors que le financement direct des caisses-maladie qui avait pour effet principal de réduire d'environ 10 pour cent le niveau général des primes a été supprimé. Les cantons financent désormais un tiers des subsides versés et la Confédération deux tiers (répartition 1999 conformément à l'art. 106 LAMal; part de la Confédé-

(Verteilung 1999 gemäss Art. 106 KVG: Bund 2180 Millionen Franken, Kantone insgesamt 1090 Millionen Franken). Der Bundesrat ist sich durchaus bewusst, dass die steigenden Prämien für viele Versicherte eine grosse finanzielle Belastung darstellen. Er ist indes der Meinung, dass versicherte Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch gut funktionierende Prämienverbilligungssysteme rasch erfasst werden und damit wegen der Krankenversicherungsprämie nicht in finanzielle Engpässe geraten. Nach den in der ersten KVG-Revision vorgeschlagenen (und bereits angenommenen) Änderungen sollten alle Kantone bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen dann jeweils auch die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigen. So können gewisse Verbesserungen herbeigeführt werden. Überdies ist anzufügen, dass die Kantone trotzdem entstehende Prämienausstände von Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bereits über die Prämienverbilligung abrechnen können, d. h., dass sich der Bund an der Finanzierung entsprechend beteiligt.

Erklärung des Bundesrates 10.05.00

Der Bundesrat beantragt, die Motion abzulehnen.

ration: 2180 millions de francs; part de l'ensemble des cantons: 1090 millions de francs).

Le Conseil fédéral est tout à fait conscient que la hausse des primes représente pour de nombreux assurés une importante charge financière. Il est néanmoins d'avis que les personnes assurées de condition économique modeste seront rapidement recensées grâce à des systèmes de réduction de primes fonctionnant bien, et qu'ainsi les primes d'assurance-maladie ne les acculeront pas à des impasses financières. Selon les modifications proposées dans la première révision de la LAMal (et déjà adoptées), tous les cantons devraient tenir compte du dernier revenu et de la situation familiale la plus récente lors de l'examen du droit à la réduction de primes, ce qui permettra d'apporter certaines améliorations. Il convient d'ajouter que, si malgré tout les cantons sont confrontés à des primes impayées d'assurés de condition économique modeste, ils peuvent déjà la déduire du montant disponible pour la réduction de primes. En d'autres termes, la Confédération participe proportionnellement au financement.

Déclaration du Conseil fédéral 10.05.00

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.



00.3183

**Postulat SGK-NR (00.014).
Perspektiven
der Alterssicherung***Eingereichter Text 07.04.00*

Der Bundesrat wird eingeladen, einen Bericht vorzulegen, in welchem die kurz- (2010), mittel- (2015) und langfristigen (2050) Perspektiven der Alterssicherung in der Schweiz dargelegt werden. Dabei sind insbesondere die Szenarien zum Wirtschaftswachstum und zur demographischen Entwicklung (einschliesslich geschlechterspezifischer Szenarien sowie Reproduktion, Immigration und Emigration) zu analysieren. Die Umverteilungswirkung (insbesondere nach Geschlecht bzw. nach sozioökonomischen Kriterien) ist zu quantifizieren. Zukunftsfähige Modelle der Alterssicherung (einschliesslich deren Finanzierungsvarianten wie z. B. Umlageverfahren, Kapitaldeckung, gemischte Systeme) mit ihren Vor- und Nachteilen sind darzustellen.

Erklärung des Bundesrates 10.05.00

Der Bundesrat ist bereit, das Postulat entgegenzunehmen.

00.3183

**Postulat CSSS-CN (00.014).
Perspectives
de prévoyance vieillesse***Texte déposé 07.04.00*

Le Conseil fédéral est prié de présenter un rapport sur les perspectives de prévoyance vieillesse en Suisse à court terme (2010), à moyen terme (2015) et à long terme (2050). L'analyse doit comporter les différents scénarios englobant la croissance économique et l'évolution démographique (y compris les distinctions par sexe, les variations dues à la reproduction, à l'immigration et à l'émigration). Les effets de la répartition (par sexe ou selon des critères socio-économiques) doivent être quantifiés. Le rapport doit présenter les modèles de prévoyance vieillesse pour l'avenir (y compris les variantes quant au financement, p. ex. système de répartition, couverture du capital, systèmes mixtes) avec les avantages et les inconvénients respectifs.

Déclaration du Conseil fédéral 10.05.00

Le Conseil fédéral est prêt à accepter le postulat.

00.3279

Interpellation Robbiani Meinrado. Taggeld bei Krankheit

Eingereichter Text 14.06.00

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung enthält ein ganzes Kapitel über die Taggeldversicherung bei Krankheit (3. Titel). Die Bestimmungen dieses Kapitels bleiben jedoch weitgehend wirkungslos, weil sich die Versicherer eher am Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) orientieren.

Diese Situation führt zu immer schlimmeren Mängeln und grösserem Unbehagen. Deshalb frage ich den Bundesrat:

1. Hält er es nicht auch für notwendig, dass das Gesetz möglichst rasch so revidiert wird, dass die Taggeldversicherung den Grundsätzen der Sozialversicherung gehorcht?
2. Können in der Zwischenzeit Vorkehren getroffen werden, um den offensichtlichsten Mängeln und Widersprüchen abzuweichen? Und wenn ja, welche?

Begründung

Das KVG hat zwar eine bessere Taggeldversicherung eingeführt. Diese blieb aber weitgehend wirkungslos, weil sich die Versicherer zum grossen Teil am VVG orientieren.

Dadurch entstehen Ungereimtheiten, weil der Sozialversicherung (die insbesondere den Schutz der Schwächsten bezweckt) ein Bereich entzogen wird, der eigentlich alle Merkmale einer Sozialversicherung aufweist. Es lässt sich nämlich nicht bestreiten, dass ein Arbeitnehmer, der wegen Krankheit keinen Lohn erhält, beträchtlichen Unannehmlichkeiten und Risiken ausgesetzt ist. Diese Unannehmlichkeiten und Risiken betreffen auch die Personen, die er unterstützt. Bei langer Arbeitsunfähigkeit muss die kranke Person oft die Fürsorge bemühen, weil eine angemessene Versicherung fehlt.

Die Versicherer, die sich dem Versicherungsvertragsgesetz unterstellen, umgehen die soziale Frage und folgen hauptsächlich kommerziellen Überlegungen (Vergrössern des Marktanteils, indem Versicherungen zu wettbewerbsfähigen Preisen angeboten werden). Selbstverständlich versuchen die Versicherer, die Leistungen und die Ansprüche der Versicherten zu drücken, damit sie im Preiskampf mit tiefen Prämien bestehen können. Dabei beachten sie nicht ausreichend, dass sie dadurch die Versicherten in grosse Unannehmlichkeiten stürzen können.

Als Beweis für diese Entwicklung seien hier namentlich folgende Aspekte erwähnt:

- Nach KVG haben Versicherte bei lange andauernder Krankheit Anspruch auf 720 volle Taggelder; bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit (z. B. 50 Prozent) verlängern sich die Fristen für den Bezug des Taggeldes entsprechend. Nach VVG werden die Leistungen nach längstens 730 Tagen eingestellt, und zwar unabhängig vom Grad der Arbeitsunfähigkeit.
- Nach KVG werden bei Mutterschaft Taggelder für 16 Wochen bezahlt. Aufgrund des VVG müssen die Versicherer – grob gesagt – weniger bezahlen.
- Nach KVG haben kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis gekündigt wird, das Recht, in die Einzelversicherung überzutreten. Das VVG hingegen erlaubt es den Versicherern, gewissen Versichertenkategorien (Grenzgängerinnen und Grenzgängern) den Übertritt in die Einzelversicherung zu verweigern.
- Nach KVG können auch im Ausland wohnhafte Versicherte beim Versicherungsgericht des Kantons, in dem ihr Arbeitgeber wohnt, Beschwerde erheben. Bei Streitigkeiten in Sa-

00.3279

Interpellation Robbiani Meinrado. Indemnités journalières en cas de maladie

Interpellanza Robbiani Meinrado. Indennità giornaliere in caso di malattia

Texte déposé 14.06.00

Bien que la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) réserve tout un chapitre (titre 3) à l'assurance d'indemnités journalières, les dispositions en la matière restent largement sans effet parce que les assureurs se fondent plutôt sur la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

Comme les déséquilibres et les inconvénients résultant de cette situation sont de plus en plus marqués, je prie le Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. Ne pense-t-il pas qu'il faille accélérer la révision de la législation de manière à assujettir l'assurance d'indemnités journalières aux principes de la LAMal?
2. Quelles mesures pourrait-on prendre entre-temps pour corriger les lacunes et les contradictions les plus évidentes du régime actuel?

Développement

S'il est vrai que la LAMal a amélioré la réglementation de l'assurance d'indemnités journalières, celle-ci est restée largement sans effet parce que les assureurs se fondent de préférence sur la LCA.

Cette pratique provoque des déséquilibres, car elle soustrait au champ de l'assurance sociale (axée sur la protection des plus faibles) un secteur qui en relève manifestement. En effet, il est indéniable que la perte de salaire par suite de maladie expose le travailleur à des désagréments importants, qui s'étendent aussi aux personnes qui sont à sa charge. En cas d'incapacité prolongée de travail par suite de maladie, l'absence de couverture adéquate oblige souvent l'assuré à faire appel à l'aide sociale.

En invoquant la LCA, les assureurs contournent les dispositions à caractère social pour s'en tenir prioritairement à des considérations commerciales (recherche de parts de marché au moyen de primes compétitives). Il est manifeste que pour offrir des primes concurrentielles, les assureurs tendent à raboter les prestations et les droits des assurés, sans tenir compte suffisamment des inconvénients qu'ils leur font ainsi subir.

A titre de preuves, on peut citer les aspects suivants:

- En cas de maladie de longue durée, la LAMal accorde à l'assuré 720 indemnités journalières complètes; en cas d'incapacité de travail partielle (p. ex. 50 pour cent), la durée d'octroi des indemnités pour la période résiduelle est prolongée en proportion. Or, les assureurs, se fondant sur la LCA, accordent en général une période maximale de prestations de 730 jours, quel que soit le degré d'incapacité.
- En cas de maternité, la LAMal prévoit le versement d'indemnités pendant 16 semaines, alors que les assureurs, se fondant sur la LCA, accordent en général une couverture de durée plus limitée.
- La LAMal accorde au travailleur malade pour lequel le rapport de travail prend fin le droit de passer au régime de l'assurance individuelle. Par contre, les assureurs, se fondant sur la LCA, dénie à certaines catégories de travailleurs (les frontaliers) la possibilité de contracter une assurance individuelle.
- La LAMal prévoit que l'assuré domicilié à l'étranger peut, en cas de contestation, recourir auprès du tribunal des assurances du canton où réside son employeur. Par contre, la LCA oblige l'assuré à recourir au juge ordinaire du for de l'assureur. Il en résulte des difficultés dues à la nécessité de s'orienter dans un cadre inconnu, de devoir souvent utiliser



chen VVG muss sich der Versicherte hingegen an den ordentlichen Richter des Ortes wenden, an dem der Versicherer seinen Sitz hat. Dadurch entstehen ihm begreifliche Schwierigkeiten; er muss sich nämlich in einer ihm unbekannteren Realität zurechtfinden, oft in einer anderen Sprache ausdrücken und nicht zu vernachlässigende Kosten auf sich nehmen (Vorschüsse an den eigenen Anwalt oder an das Zivilgericht).

– Nach KVG darf der Versicherer allfällig nicht bezahlte Arbeitgeberbeiträge nicht mit den dem Versicherten im Krankheitsfall geschuldeten Leistungen verrechnen. Das VVG untersagt dagegen solche Verrechnungen nicht. Deshalb kommt es vor, dass arbeitsunfähige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer keine Taggelder mehr erhalten, was für sie persönlich wie auch für ihre Familien sehr schlimme Folgen hat. Bei Konkurs des Arbeitgebers können die Versicherten nicht mehr wie in der Vergangenheit auf die Insolvenzschiendigung nach Avig zurückgreifen.

Diese Aufzählung zeigt, dass es nötig ist, die Taggeldversicherung in den Bereich der Sozialversicherungen zu integrieren und damit den Hang der Versicherer zu bremsen, sie kommerziellen Überlegungen unterzuordnen. Der Bundesrat hat diese Notwendigkeit zwar erkannt (Botschaft vom 21. September 1998 zum Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge an die Krankenversicherer und zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes); deren Dringlichkeit scheint er aber nicht genügend zu erfassen. Er beschränkt sich nämlich darauf zu versichern, dass dieses Thema bei einer nächsten Revision des KVG angegangen werden könnte – eine Zielformulierung, die angesichts der Entwicklungen in diesem Versicherungssektor bei weitem zu vage ist.

Antwort des Bundesrates 06.09.00

Der Bundesrat ist, wie er dies bereits in den Antworten auf die Motion Schmid Odilo vom 21. März 1997 (97.3173) und auf die Motion Maury Pasquier vom 16. Juni 1997 (97.3294) erläutert hat, grundsätzlich der Ansicht, dass die Situation im Bereich der Taggeldversicherung nicht zu genügen vermag. Auch in der Botschaft vom 25. Juni 1997 zum Bundesgesetz über die Mutterschaftsversicherung (MSVG) äusserte der Bundesrat Kritik an der aktuellen Situation in der Taggeldversicherung (Ziff. 123 und 124) und zeigte die Unterschiede zwischen dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag auf. Letzteres hat im Allgemeinen keine «sozialen» und «solidarischen» Wesensmerkmale. Der Bundesrat verwies insbesondere auf die lebenslänglichen Versicherungsvorbehalte (höchstens fünf Jahre nach KVG), auf die Prämienunterschiede je nach Geschlecht oder Risiko, auf die Beschränkung der Leistungsdauer (namentlich bei Mutterschaft), auf die daraus folgende Gefahr einer Anhäufung schlechter Risiken in der Taggeldversicherung nach KVG und auf die Erhöhung der betreffenden Prämien. Von Belang ist diesbezüglich, dass die Taggeldversicherung nach KVG nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert wird und dem Grundsatz der Selbstfinanzierung untersteht. Deshalb gibt es hier weder staatliche Subventionen noch Prämienreduktionen, dies im Gegensatz zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

In seiner Botschaft vom 21. September 1998 betreffend den Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung und die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung legte der Bundesrat dar, dass die Probleme mit der Taggeldversicherung bei Krankheit nicht mit einfachen Gesetzeskorrekturen gelöst werden können: «In diesem Stadium der Entwicklung der Taggeldversicherung könnte nur mit einer obligatorischen Taggeldversicherung ein wirklich soziales Taggeld realisiert werden.» (Ziff. 33)

In der laufenden Legislaturperiode steht für den Bundesrat die Konsolidierung der Sozialversicherungen im Vordergrund. In der anstehenden Teilrevision des KVG wird denn

une langue différente, et de subir des coûts non négligeables (notamment le versement d'honoraires d'avocat et d'avances de frais au tribunal civil).

– La LAMal n'autorise pas l'assureur à compenser des primes que l'employeur n'aurait pas payées par des prestations dues à l'assuré en cas de maladie, alors que ceci est permis par la LCA. En conséquence, des personnes incapables de travailler se voient refuser des indemnités, ce qui entraîne de graves difficultés pour elles-mêmes et leur famille. En cas de défaillance de l'employeur, l'assuré ne peut même plus recourir aux indemnités en cas d'insolvabilité au titre de la LACI.

Il est donc indispensable de réintégrer l'assurance d'indemnités journalières dans le champ des assurances sociales et de mettre un frein à la propension des assureurs de subordonner cette assurance à des considérations commerciales. Cette nécessité a été reconnue par le Conseil fédéral (message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), mais on n'a pas suffisamment apprécié son caractère urgent. En fait, le Conseil fédéral s'est contenté d'affirmer que cette question pourrait faire partie d'une prochaine révision de la LAMal. Cette déclaration d'intention apparaît, compte tenu de l'évolution dans le domaine de l'assurance-maladie, comme manifestement trop vague.

Réponse du Conseil fédéral 06.09.00

Le Conseil fédéral estime que la situation actuelle concernant l'assurance d'indemnités journalières n'est pas satisfaisante et il s'est déjà expliqué à ce propos lorsqu'il a répondu à la motion Schmid Odilo du 21 mars 1997 (97.3173) et à la motion Maury Pasquier du 16 juin 1997 (97.3294). Dans son message du 25 juin 1997 concernant la loi fédérale sur l'assurance-maternité (LAMat), le Conseil fédéral a également critiqué la situation actuelle de l'assurance d'indemnités journalières (ch. 123 et 124) en mettant en évidence les différences entre la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi fédérale sur le contrat d'assurance, cette dernière n'ayant en général pas de caractéristiques «sociales» ou de «solidarité». Il a notamment relevé les réserves d'assurance à vie (cinq ans au maximum selon la LAMal), la disparité des primes selon le sexe ou le risque, la limitation de la durée du droit aux prestations (surtout en cas de maternité), le danger d'accumulation de mauvais risques dans l'assurance d'indemnités journalières régie par la LAMal, qui en découle, et l'augmentation des primes concernées. Il faut noter à cet égard que l'assurance d'indemnités journalières régie par la LAMal est financée selon le système de la répartition et doit respecter le principe de l'autofinancement. Par conséquent, contrairement à l'assurance obligatoire des soins, elle ne connaît ni subventionnement par l'Etat, ni réduction de primes.

Dans son message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral a souligné l'impossibilité de résoudre les problèmes liés à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie par de simples retouches de la loi. «A ce stade, seule l'introduction d'une assurance obligatoire d'indemnités journalières serait en mesure de rétablir une réelle assurance sociale d'indemnités journalières.» (ch. 33)

Pour le Conseil fédéral, la consolidation des assurances sociales est prioritaire durant la législature en cours. Lors de la révision partielle de la LAMal à venir, la question du financement des hôpitaux sera donc au coeur des débats. Le Conseil fédéral ne soumettra pas de propositions de refonte de l'assurance d'indemnités journalières au sens de la question 1. Et il ne sera pas non plus possible de prendre des mesures comme celles qui sont envisagées dans la question 2 sans procéder à des corrections fondamentales de la loi.

auch die Frage der Spitalfinanzierung im Zentrum stehen. Vorschläge zur Umgestaltung der Taggeldversicherung im Sinne von Frage 1 wird der Bundesrat nicht unterbreiten. Ohne Grundsatzkorrekturen im Gesetz lassen sich aber auch keine Massnahmen im Sinne von Frage 2 treffen.

Testo deposto 14.06.00

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) riserva un intero capitolo (titolo terzo) all'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Le norme in esso contenute rimangono però largamente prive d'effetto, poiché gli assicuratori fanno piuttosto riferimento alla legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

Siccome gli scompensi ed i disagi derivanti da questa situazione sono sempre più acuti, chiedo al Consiglio federale:

1. se non ritiene necessario accelerare la revisione della legislazione, in modo da sottoporre l'assicurazione indennità giornaliera ai principi dell'assicurazione sociale;
2. se e quali possono essere, nel frattempo, i provvedimenti volti a contenere le più evidenti lacune e contraddizioni dell'attuale regime.

Motivazione

Se da un lato la LAMal ha introdotto una migliore regolamentazione dell'assicurazione indennità giornaliera, dall'altro si rileva che è rimasta in buona parte senza effetto, poiché gli assicuratori fanno prevalentemente riferimento alla LCA.

Questa tendenza non manca di generare scompensi, poiché sottrae al campo dell'assicurazione sociale (preminentemente orientata alla protezione del più debole) un settore, che ne presenta invece tutte le caratteristiche. Non si può infatti negare che la perdita di salario a seguito di malattia espone il lavoratore a considerevoli disagi e rischi, che si estendono d'altronde anche alle persone da lui sostenute. In caso d'inabilità prolungata al lavoro, la mancanza di una copertura assicurativa adeguata costringe sovente il malato a fare appello all'assistenza sociale.

Sotto ponendosi alla LCA, gli assicuratori aggirano le preoccupazioni di carattere sociale per attenersi prioritariamente a considerazioni commerciali (conquista di una fetta crescente di mercato, attraverso l'offerta d'assicurazioni a costi concorrenziali). E' evidente che, per imporsi grazie a premi competitivi, gli assicuratori tendono a premere sulle prestazioni e sui diritti degli assicurati, senza adeguatamente considerare i disagi, nei quali questi ultimi vengono a trovarsi.

A comprova di questa tendenza, possono essere in particolare citati i seguenti aspetti:

– In base alla LAMal, in caso di malattia di lunga durata l'assicurato ha diritto a 720 indennità giornaliere complete; in caso d'incapacità parziale al lavoro (ad esempio: 50 per cento d'inabilità), i termini relativi alla concessione delle indennità per la parte residua sono prolungati in proporzione.

Gli assicuratori, sulla base della LCA, prevedono invece in linea di massima l'esaurimento delle prestazioni dopo 730 giorni, indipendentemente dal grado d'incapacità.

– La LAMal prevede, in caso di maternità, il versamento d'indennità per 16 settimane. Sulla base della LCA, gli assicuratori prevedono invece, in linea di massima, coperture più limitate.

– La LAMal prescrive il diritto, per il lavoratore malato il cui rapporto di lavoro viene disdetto, di passare all'assicurazione individuale. Gli assicuratori, in base alla LCA, stanno invece negando, per certe categorie d'assicurati (lavoratori frontalieri), la facoltà di passare all'assicurazione individuale.

– La LAMal prevede che anche l'assicurato domiciliato all'estero può ricorrere, in caso di contestazione, al Tribunale delle assicurazioni del cantone dove risiede il suo datore di lavoro. Le controversie in materia di LCA obbligano invece l'assicurato a fare capo al giudice ordinario del luogo dove ha sede l'ente assicurativo. Ne conseguono comprensibili difficoltà, dovute alla necessità di orientarsi in una realtà sconosciuta, di dovere utilizzare sovente una lingua diversa e di accollarsi costi non indifferenti (anticipi sia al proprio avvocato che al giudice civile).

– La LAMal non consente che l'assicuratore compensi eventuali premi non pagati dal datore di lavoro con le prestazioni dovute all'assicurato in caso di malattia. La LCA non impedisce invece di effettuare simili compensazioni. Succede perciò che lavoratori inabili al lavoro si vedano negare le indennità, con grave disagio personale e familiare. Qualora



intervenga poi il fallimento del datore di lavoro, l'assicurato non può nemmeno fare capo - come avveniva in passato - alle indennità d'insolvenza in virtù della LADI.

Emerge perciò visibilmente l'esigenza di immettere l'assicurazione indennità giornaliera nell'alveo dell'assicurazione sociale, frenando la propensione degli assicuratori a subordinarla a considerazioni di natura commerciale. Questa necessità è sì riconosciuta dal Consiglio federale (messaggio del 21 settembre 1998 concernente il decreto federale sui sussidi nell'assicurazione malattia e la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie), ma non appare colta a sufficienza nella sua urgenza. Il Consiglio federale si limita infatti ad affermare che potrebbe inserire questo tema nel quadro di una prossima revisione della LAMal. Si tratta di un obiettivo che, alla luce degli sviluppi in questo ramo assicurativo, è visibilmente troppo vago.

Risposta del Consiglio federale 06.09.00

Il Consiglio federale considera insoddisfacente la situazione attuale nell'ambito dell'assicurazione d'indennità giornaliera. Esso l'ha peraltro più volte apertamente ribadito: vedi segnatamente le risposte alla mozione Schmid Odilo del 21 marzo 1997 (97.3173) e alla mozione Maury Pasquier del 16 giugno 1997 (97.3294). Anche nel messaggio concernente la legge federale sull'assicurazione per la maternità (LAMat), del 25 giugno 1977, il Consiglio federale criticava l'attuale situazione nell'assicurazione d'indennità giornaliera (cifre 123 e 124), evidenziando le divergenze tra le normative della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e quelle della legge federale sul contratto d'assicurazione; di massima, quest'ultime sono prive di peculiarità "sociali" e "solidali". Alludeva in particolare alla possibilità d'introdurre riserve d'assicurazione perpetue (cinque anni al massimo secondo la LAMal), alla disparità di premi secondo il sesso o il rischio, alla limitazione della durata del diritto alle prestazioni (in particolare in caso di maternità), con conseguente accumulo di rischi peggiori nell'assicurazione d'indennità giornaliera retta dalla LAMal, e quindi un aggravio dei relativi premi. Da notare in proposito che l'assicurazione d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal è finanziata giusta il sistema della ripartizione e di riflesso soggiace al principio dell'autofinanziamento; peraltro, contrariamente all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sussiste quivi né sussidiamento da parte dei poteri pubblici né riduzione dei premi.

Nel messaggio concernente il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie e la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie, del 21 settembre 1998, il Consiglio federale ha rilevato che i problemi inerenti all'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia non possono essere risolti con semplici correttivi legislativi. "Solo l'introduzione di un'assicurazione obbligatoria sarebbe in grado di ristabilire un'effettiva indennità giornaliera sociale." (cifra 33)

Per il programma di legislatura corrente, il Consiglio federale pone al primo posto il consolidamento delle assicurazioni sociali. Nell'imminente revisione parziale della LAMal, il tema centrale sarà anche il finanziamento degli ospedali. Il Consiglio federale non presenterà proposte di riforma dell'assicurazione d'indennità giornaliera nel senso della domanda n° 1 dell'interpellante. Senza emendamenti fondamentali nella legge, non sono altresì dati provvedimenti peculiari di cui alla domanda n° 2.

00.3341

Postulat Rossini Stéphane. Universitätsspitäler des Bundes

Eingereichter Text 22.06.00

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Tiefenstudie durchzuführen über Zweckmässigkeit (Interessenlage, Vor- und Nachteile) und Konsequenzen (Funktionieren des Systems, Steuerung, Kosten, Personal, Ausbildung, Schaffung von Einrichtungen usw.) einer Umwandlung der derzeitigen Kantonsuniversitätsspitäler Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich in Bundesuniversitätsspitäler, beispielsweise nach dem Modell der ETH.

Mitunterzeichner

Berberat Didier, Chappuis Liliane, Chiffelle Pierre, de Dardel Jean-Nils, Dormond Marlyse, Fässler Hildegard, Garbani Valérie, Gross Jost, Hämmerle Andrea, Jossen Peter, Mailard Pierre-Yves, Maury Pasquier Liliane, Müller-Hemmi Vreni, Pedrina Fabio, Rennwald Jean-Claude, Schwaab Jean-Jacques, Sommaruga Simonetta, Strahm Rudolf, Stump Doris, Thanei Anita, Tillmanns Pierre, Widmer Hans (22)

Begründung

Das schweizerische Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine komplexe Organisation und eine doppelte Funktionsweise, indem gleichzeitig die Bundesgesetzgebung (Lebensmittel, Heilmittel, Krankenversicherung) und kantonale Gesetzgebungen nebeneinander bestehen. In dieser Situation stellen sich unvermeidlich Probleme, insbesondere in den Bereichen globale Steuerung und allgemeine Evaluation des Gesundheitswesens, im Speziellen sodann in den Bereichen Planung, Spitalfinanzierung und Festlegung der Krankenversicherungsprämien. So müssten auch im Spitalbereich Bundesziele (Planungsverpflichtung usw.) und kantonale Auflagen (Umsetzung der Planung, Finanzierung usw.) zusammenspielen. Das ist aber nicht selbstverständlich. Denken wir nur an die Folgen der unterschiedlich gehandhabten Praxis im Zusammenhang mit der ausserkantonalen Hospitalisierung und deren Finanzierung. Während die allgemeine Gesundheitspolitik der öffentlichen Hand tendenziell hauptsächlich einen Abbau der kantonalen Grenzen anpeilt, verstärkt die Krankenversicherung seit 1994 Rolle und Kompetenzen der Kantone.

Im Zentrum des Spitaldispositivs stehen die Universitätsspitäler. Da sie mit der Spitzenmedizin, aber auch mit der traditionellen Medizin im Bereich der Akutpflege (beispielsweise bei Verpflichtung als Regionalspitäler) mit der Ausbildung und der Forschung beauftragt sind, spielen sie eine sehr wichtige Rolle. Indessen leiden diese Gesundheitseinrichtungen oftmals an der Situation, dass sie eine kantonale Einrichtung sind, während ihr Wirkungsfeld – in der praktischen Tätigkeit – gerade nicht an den politischen und verwaltungsmässigen Grenzen, die im KVG gesetzt sind, Halt machen dürfte.

Unter den negativen Folgen dieser Positionierung der Universitätsspitäler seien die folgenden erwähnt:

- Die komplexen Beziehungen zwischen der Finanzierung der Ausbildungs- und Forschungsaufgaben der Universitätsspitäler und der Finanzierung der übrigen Funktionen der Gesundheitseinrichtungen (Kantons- oder Regionalspitäler für Akutpflege) zulasten der Kantone. Ein Sektor wie dieser, der durch eine wirre Anhäufung von Aufgaben gekennzeichnet ist, wird durch derart ungeklärte Verhältnisse besonders getroffen.
- Die Notwendigkeit für die Universitätsspitäler, ihre Tätigkeit auf zureichende kritische Massen zu stützen, zwingt sie zu einem Einsatz über die Kantonsgrenzen hinaus, was zu einem Missverhältnis zwischen den Funktionsprinzipien

00.3341

Postulat Rossini Stéphane. Centres hospitaliers universitaires fédéraux

Texte déposé 22.06.00

Le Conseil fédéral est invité à entreprendre une étude approfondie sur la pertinence (intérêts, avantages, inconvénients) et les conséquences (fonctionnement du système, pilotage et maîtrise, coûts, personnel, formation, aménagements à entreprendre, etc.) d'une transformation des actuels hôpitaux universitaires cantonaux de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich, en centres hospitaliers universitaires fédéraux, sur le modèle retenu, par exemple, pour le fonctionnement des Ecoles polytechniques fédérales.

Cosignataires

Berberat Didier, Chappuis Liliane, Chiffelle Pierre, de Dardel Jean-Nils, Dormond Marlyse, Fässler Hildegard, Garbani Valérie, Gross Jost, Hämmerle Andrea, Jossen Peter, Mailard Pierre-Yves, Maury Pasquier Liliane, Müller-Hemmi Vreni, Pedrina Fabio, Rennwald Jean-Claude, Schwaab Jean-Jacques, Sommaruga Simonetta, Strahm Rudolf, Stump Doris, Thanei Anita, Tillmanns Pierre, Widmer Hans (22)

Développement

Le système de santé helvétique est caractérisé par une organisation complexe et un fonctionnement dual où cohabitent simultanément des législations fédérales (denrées alimentaires, agents thérapeutiques, assurance-maladie, etc.) et cantonales. Cette situation ne va pas sans poser problème, notamment en ce qui concerne le pilotage global et l'évaluation générale du système de santé, plus particulièrement dans les domaines de la planification, du financement hospitalier, de l'établissement des primes d'assurance-maladie. Ainsi, dans le domaine hospitalier devraient cohabiter des objectifs fédéraux (obligation de planification, etc.) et des contraintes cantonales (mise en place de la planification, financement, etc.). Or, cela ne va pas de soi. Pensons aux conséquences des pratiques en matière d'hospitalisations hors canton et de leur financement. Alors que les principales tendances de développement des politiques publiques aspirent à un décloisonnement des frontières cantonales, l'assurance-maladie de 1994 renforce le rôle et les compétences des cantons.

Au coeur du dispositif hospitalier figurent les hôpitaux universitaires (HU). Chargés de la médecine de pointe, mais aussi de la médecine traditionnelle de soins aigus (lorsqu'ils ont une mission d'établissements régionaux, p. ex.), de la formation et de la recherche, leur rôle est essentiel. Pourtant, ces établissements souffrent d'une situation parfois ambivalente en raison d'un statut cantonal, alors que leur champ d'intervention, dans la réalité de leurs activités, ne saurait se limiter aux seules frontières politiques et administratives cantonales imposées par la LAMal.

Parmi les conséquences négatives de ce positionnement des HU, relevons:

- Les relations complexes entre le financement des tâches de formation et de recherche des HU et le financement des autres fonctions des établissements (hôpital de soins aigus à vocation cantonale ou régionale) à charge des cantons: un manque de clarification frappe un secteur caractérisé par un enchevêtrement de tâches.
- La nécessité pour les hôpitaux universitaires de fonder leur activité sur des masses critiques suffisantes suppose un champ d'intervention dépassant les frontières cantonales, ce qui provoque un décalage entre les principes et modalités de fonctionnement des HU et les cloisonnements cantonaux imposés par la LAMal.

und -modalitäten der Universitätsspitäler und den vom KVG festgelegten kantonalen Grenzziehungen führt.

– Die Schwierigkeiten der Finanzierung von ausserkantonalen Spitalleistungen dürfen nicht unterschätzt werden (Anwendung von Art. 41 Abs. 3 KVG). Die Einführung von Zusammenarbeits- und/oder Tarifverträgen ist nicht selbstverständlich. Die Beziehungen zwischen Kantonen, die über Universitätseinrichtungen verfügen, und Kantonen, die über keine entsprechenden Einrichtungen verfügen, gestalten sich für die Verwaltung zusehends heikler und schwieriger, insbesondere was die Kosten anbelangt, die man – im Kontext einer gespannten öffentlichen Finanzlage – einander hüben und drüben überwälzen will (z. B. Übernahme von Investitionen). In der Praxis stellt man fest, dass diese Situation eine Entwicklung begünstigt, wonach Nichtuniversitätskantone Aufgaben übernehmen, die bisher grundsätzlich und ausschliesslich von den Universitätsspitalern wahrgenommen wurden, was zu entsprechenden makroökonomischen Fehlentwicklungen führt. In dieser Situation gestaltet sich die Zusammenarbeit zusehends konfliktrichtiger, mit allen Risiken und Folgen, die sich daraus für den Fall gescheiterter Verhandlungen ergeben. Diese Elemente laufen den von Bund und Kantonen postulierten Bemühungen, die Kosten in den Griff zu bekommen, sowie den Zielen der interkantonalen Zusammenarbeit im Bereich der Planung zuwider (Art. 39 KVG). Kosteninflation und sich widersprechende Einsätze dürfen nicht ewig andauern; es müssen Lösungen gefunden werden.

Die Vision einer langfristigen Spitalpolitik darf in diesem Land nicht auf den weiteren Ausbau eines veralteten und kostspieligen Föderalismus abgestützt werden, den am Ende die beitragspflichtigen Versicherten zu bezahlen haben, anstatt dass man die vorhandenen Finanzmittel (die öffentlichen Mittel, aber auch diejenigen der Versicherungsgemeinschaften) optimal ausnützt. Es ist deshalb an der Zeit, mit den Tabus zu brechen und einer neuen, konstruktiven Dynamik in der Gesundheitspolitik den Weg zu weisen, und dies im Rahmen einer Gesellschaft, für die zahlreiche technologische Fortschritte kennzeichnend sind – Fortschritte, die neue Perspektiven eröffnen und es ermöglichen, einen an die Grenzen seiner Möglichkeiten gelangten Status quo zu überwinden. Impulse sind unerlässlich, wenn man zu einem Spitalsystem gelangen will, das hinsichtlich der finanziellen Lastenverteilung sowie der Optimierung der Synergien und der Ressourcennutzung kohärent und gerecht ist. Der Bund muss zum Motor für eine dynamisch-schwungvolle Entwicklung werden und der Änderung die Richtung weisen, damit sich übersteigerte Regionalismen und Lokalpatriotismen, welche die Rationalisierung des Gesundheitswesens zu bremsen versuchen, vermeiden lassen.

Antwort des Bundesrates 25.09.00

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheitswesens das Zusammenspiel mit der vom Bund geregelten Krankenversicherung eine Reihe von Umsetzungsfragen mit sich bringt. Dennoch ist festzuhalten, dass gerade die vom Postulanten erwähnten «kantonalen Grenzen» aufgrund der Verpflichtung der Kantone, einen Teil der Kosten zur Entlastung der Versicherten zu übernehmen, vom Gesetzgeber bei der Ausarbeitung des KVG keinesfalls beabsichtigt waren. Vielmehr wollte man die Zusammenarbeit der Kantone und nicht zuletzt die interkantonale Spitalplanung fördern. Der Bundesrat ist sich der bestehenden Probleme bewusst, hält aber infolge der Verantwortlichkeit der Kantone für das Gesundheitswesen an dieser Kompetenzverteilung fest.

Dieser Ansicht folgend hat er im Projekt zum Neuen Finanzausgleich zwar eine nationale Planung der Spitzenmedizin vorgeschlagen, will deren Umsetzung aber vorab einem Konkordat der Kantone überlassen. Was die Transplantationszentren betrifft, hat er für diesen Bereich eine Steuerung und damit eine Bezeichnung der Zentren durch den Bund vorgeschlagen. Ferner steht ihm im Bereich der Krankenversicherung, gerade was spitzenmedizinische Leistungen an-

– Les difficultés caractérisant le financement des prestations hors canton, qui ne peuvent être sous-estimées (application de l'art. 41 al. 3 LAMal): l'établissement de conventions de collaboration et/ou tarifaires ne va pas de soi. Les relations entre cantons disposant d'établissements universitaires et cantons sans établissement universitaire sont de plus en plus délicates et difficiles à gérer, notamment en fonction des coûts que les uns et les autres entendent s'imposer (prise en charge des investissements, p. ex.), dans un contexte tendu sous l'angle des finances publiques. Dans la pratique, on observe que cette situation tend à favoriser le développement dans les cantons non universitaires de disciplines assumées en principe et jusque-là par les seuls HU, ce qui constitue autant d'aberrations macro-économiques. Elle rend les démarches de collaboration de plus en plus conflictuelles, avec les risques et conséquences qui en découlent en cas d'échec des négociations. Ces éléments vont à l'encontre des dynamiques de maîtrise des coûts postulées tant par la Confédération que par les cantons et des objectifs de collaborations intercantionales en matière de planification (art. 39 LAMal). Inflation des coûts, enjeux contradictoires ne peuvent perdurer et doivent trouver des issues.

Une vision à long terme de la politique hospitalière ne peut être fondée dans ce pays sur un renforcement d'un fédéralisme désuet et coûteux, assumé finalement par les assurés-contribuables, au détriment d'une utilisation optimale des ressources financières (publiques, mais aussi des collectifs d'assurance). Il convient dès lors de rompre avec les tabous et de poser les jalons d'une nouvelle dynamique constructive, inscrite dans une société caractérisée par de nombreux progrès technologiques qui ouvrent des perspectives nouvelles et permettent de dépasser un statu quo ayant atteint ses limites. Des impulsions sont indispensables pour parvenir à la mise en place d'un système hospitalier cohérent et équitable du point de vue des charges financières, dans le sens d'une optimisation des synergies et de l'utilisation des ressources. La Confédération doit être moteur d'un élan dynamique et donner sens au changement pour éviter que les régionalismes exacerbés et les esprits de clocher chagrins freinent la rationalisation du système de santé.

Réponse du Conseil fédéral 25.09.00

Le Conseil fédéral n'ignore pas que de nombreux problèmes d'application se posent du fait que l'assurance-maladie est réglementée au niveau fédéral, alors que, dans sa structure, le système de santé est fédéraliste. Il faut toutefois rappeler que lors de l'élaboration de la LAMal, en obligeant les cantons à prendre en charge une part des coûts de manière à alléger la charge des assureurs, le législateur n'entendait nullement renforcer les «frontières cantonales» mentionnées par l'auteur du postulat. Au contraire, l'objectif était d'encourager la collaboration entre les cantons et notamment la planification hospitalière intercantonale. Le Conseil fédéral est ainsi conscient du problème qui se pose, mais, parce que la responsabilité du système de santé appartient aux cantons, il tient à la répartition des compétences en vigueur.

Cela dit, le Conseil fédéral a proposé une planification de la médecine de pointe au niveau national dans son projet de nouvelle péréquation financière. Mais il veut qu'un concordat des cantons soit principalement responsable de son application. Pour ce qui est des centres de transplantation, il a proposé que la Confédération exerce une fonction de pilotage et qu'elle décide où seront situés les centres de transplantation. Dans le domaine de l'assurance-maladie et précisément en ce qui concerne les prestations de la médecine de pointe, la Confédération a une possibilité d'action, parce qu'elle peut déterminer les conditions de prise en charge des coûts par les assureurs, étant donné que, dans le cadre de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, elle peut désigner des centres autorisés à fournir des prestations.

A titre de politique à long terme, le Conseil fédéral a par ailleurs proposé, dans son message du 18 septembre 2000 relatif à la révision partielle de la LAMal, au sujet du finance-

belangt, mit der Bezeichnung der Voraussetzungen für die Kostenübernahme durch die Versicherer eine Einflussmöglichkeit zur Verfügung, indem im Rahmen der Krankenpflege-Leistungsverordnung einzelne, zur Leistungserbringung berechnete Zentren bezeichnet werden können.

Im Sinne einer längerfristigen Politik hat der Bundesrat zudem in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur Teilrevision des KVG zum Thema Spitalfinanzierung vorgeschlagen, die Anreize für eine interkantonale Spitalplanung zu stärken, um den beschriebenen praktischen Widerständen entgegenzuwirken.

Abschliessend ist noch darauf hinzuweisen, dass die Universitätsspitäler einerseits ein wichtiges Element in der medizinischen Ausbildung darstellen, andererseits ein befruchtendes Zusammenwirken von Lehre und Forschung ermöglichen. Auch aus diesen Gründen sollte das Anliegen des Postulanten nicht weiterverfolgt werden.

Erklärung des Bundesrates 25.09.00

Der Bundesrat beantragt, das Postulat abzulehnen.

ment des hôpitaux, de renforcer les incitations en faveur d'une planification hospitalière intercantonale, de manière à contrecarrer les oppositions pratiques dont il est fait mention. Enfin, il convient de préciser que les hôpitaux universitaires constituent un élément important dans la formation médicale, d'une part, et qu'ils permettent une interaction fructueuse de l'enseignement et de la recherche, d'autre part. C'est également pour ces raisons que l'on ne devrait pas donner suite à la demande de l'auteur du postulat.

Déclaration du Conseil fédéral 25.09.00

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

00.3420

**Motion SGK-NR (00.2014)
(Minderheit Fasel Hugo).
Sicheres Einkommen
bei Krankheit**

Eingereichter Text 25.02.00

Der Bundesrat wird beauftragt, den eidgenössischen Räten eine Vorlage zu unterbreiten, welche die Taggeldversicherung für den Krankheitsfall regelt. Dabei sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. Die Taggeldversicherung ist obligatorisch für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Nicht obligatorisch versicherte Personen können sich der Versicherung zu angemessenen Bedingungen anschliessen.
2. Das Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beträgt mindestens 80 Prozent des versicherten Lohnes, der demjenigen der obligatorischen Unfallversicherung entspricht.
3. Das Taggeld wird ab dem 31. Krankheitstag während mindestens 730 von 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt. Während der ersten 30 Krankheitstage bezahlt der Arbeitgeber den Lohn. Wird die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber aufgrund vertraglicher Vereinbarung oder öffentlich-rechtlicher Regelung garantiert, so kann der Beginn der Taggeldzahlung weiter aufgeschoben werden.
4. Arbeitslose, die sich innerhalb der für den Leistungsbezug der Arbeitslosenversicherung geltenden Rahmenfrist befinden, sind ebenfalls obligatorisch versichert. Die Taggelder entsprechen mindestens denjenigen der Arbeitslosenversicherung.
5. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einem vom Gesetz zugelassenen Versicherer zu versichern. Die Versicherung muss nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit betrieben werden.
6. Es wird ein Risikoausgleich geschaffen.
7. Die Versicherung wird durch Beiträge der Versicherten finanziert; ihre Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung zahlen mindestens die Hälfte der Beiträge.

Mitunterzeichner

Baumann Stephanie, Cavalli Franco, Hubmann Vreni, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Robbiani Meinrado, Roscini Stéphane (7)

Begründung

Wenn ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin verunfallt, springt die obligatorische Unfallversicherung ein. Im Krankheitsfall ist das anders. Die Arbeitnehmenden sind nur ungenügend abgesichert. Das Gesetz gewährleistet lediglich einen Minimalschutz. Eine obligatorische soziale Krankentaggeldversicherung fehlt in unserem Land. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) setzt nach wie vor auf Freiwilligkeit. Das neue Gesetz weist zudem einen Konstruktionsfehler auf, der sich je länger, je dramatischer auswirkt. Die gleiche Krankenkasse darf zwei Konkurrenzprodukte anbieten: eine soziale Taggeldversicherung nach KVG und eine privatrechtliche Taggeldversicherung nach dem gewinnorientierten Privatversicherungsrecht. Es verwundert kaum, dass die Kassen vorab für die privatrechtlichen Versicherungsprodukte werben. Einige Kassen greifen sogar zu einem üblen Trick. Sie begrenzen die Höhe der sozialen Taggeldversicherung auf ein symbolisches Minimum von 30 Franken oder gar nur 6 Franken pro Tag, was einem Monatseinkommen von 900 bzw. 180 Franken entspricht. Arbeitnehmende, die ihren Lohnausfall mit einem höheren Taggeld absichern wollen, werden auf die privatrechtliche Taggeldversicherung verwiesen. Die Fehlkonstruktion im KVG und das trickreiche

00.3420

**Motion CSSS-CN (00.2014)
(minorité Fasel Hugo).
Revenu assuré
en cas de maladie**

Texte déposé 25.02.00

Le Conseil fédéral est chargé de soumettre aux Chambres fédérales un projet d'assurance indemnités journalières en cas de maladie. Ce projet sera articulé autour des principes suivants:

1. L'assurance indemnités journalières est obligatoire pour tous les travailleurs. Les personnes non soumises à l'assurance obligatoire peuvent s'y affilier à des conditions appropriées.
2. L'indemnité journalière versée en cas d'incapacité de travail due à la maladie représente à 80 pour cent du gain assuré, correspondant à celui de l'assurance-accidents obligatoire.
3. L'indemnité journalière est versée à compter du 31^e jour de la maladie, pendant au moins 730 des 900 jours qui suivent. Pendant les 30 premiers jours de la maladie, le salaire est versé par l'employeur. S'il est prévu contractuellement ou par la loi que l'employeur continue de verser le salaire, le début du versement de l'indemnité journalière peut être repoussé.
4. Sont également soumis à l'assurance obligatoire les chômeurs qui perçoivent ou auraient le droit de percevoir des indemnités au titre de l'assurance-chômage. Les indemnités journalières sont au moins égales aux indemnités de chômage.
5. L'employeur est tenu d'affilier ses employés auprès d'une caisse d'assurance agréée par la loi. La gestion de cette caisse obéit au principe de la mutualité.
6. Il est instauré un système de compensation des risques.
7. La caisse d'assurance est alimentée par les cotisations des assurés. La moitié au moins des cotisations est versée par l'employeur ou par l'assurance-chômage.

Cosignataires

Baumann Stephanie, Cavalli Franco, Hubmann Vreni, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Robbiani Meinrado, Roscini Stéphane (7)

Développement

Lorsqu'un travailleur est accidenté, l'assurance-accidents prend le relais. La situation est différente s'agissant de la maladie. Les travailleurs sont, en effet, insuffisamment assurés, et la loi ne prévoit qu'une couverture minimale. Il manque dans notre pays une assurance indemnités journalières obligatoire. La LAMal continue d'avoir un caractère facultatif.

La nouvelle loi comporte, par ailleurs, un défaut de construction dont les conséquences s'aggravent de jour en jour. La même caisse-maladie a le droit de proposer deux produits concurrents: une assurance sociale indemnités journalières selon la LAMal et une assurance privée indemnités journalières selon le principe du droit des assurances axé sur le profit. Il n'est pas étonnant que les caisses vantent surtout les produits privés. Certaines caisses recourent même à une ruse sournoise. Ils plafonnent le montant de l'assurance sociale indemnités journalières à un minimum symbolique de 30 francs, voire à seulement 6 francs par jour, ce qui correspond à un revenu mensuel de 900 ou 180 francs. Les travailleurs qui veulent s'assurer de façon à percevoir des indemnités journalières plus élevées sont renvoyés à l'assurance privée. Le défaut précité de la LAMal et la ficelle utilisée par de nombreuses caisses-maladie conduisent à une sélection des assurés en fonction des risques et finalement au démantèlement de l'assurance indemnités journalières:

Vorgehen vieler Krankenkassen führen zu einer Risikoselektion der Versicherten und schliesslich zur Demontage der sozialen Taggeldversicherung:

– Junge und Gesunde wechseln zur privatrechtlichen Versicherung. Sie stellen ein geringes Krankheitsrisiko dar und zahlen deshalb dort auch tiefere Prämien.

– Ältere, kränkliche Personen bleiben bei der sozialen Taggeldversicherung. Sie werden durch die hohen, nach Risiko abgestuften Prämien der privaten Versicherung abgeschreckt oder aufgrund ihres hohen Krankheitsrisikos gar nicht erst in die Versicherung aufgenommen. Die Konzentration der schlechten Risiken in der sozialen Taggeldversicherung hat zur Folge, dass auch deren Prämien massiv ansteigen und unbezahlbar werden. Diese Entwicklung kann auch bei den Kollektivversicherungen festgestellt werden. Es gibt zunehmend nur noch Taggeldversicherungen nach Privatrecht. Viele Betriebe versuchen, die massiv angestiegenen Prämien zu verringern, indem sie die Höhe oder die Dauer der Taggelder senken. Es gibt noch einen radikaleren Weg. Kränkliche Angestellte werden kurzerhand entlassen. Dieser Zustand ist nicht länger haltbar. Notwendig ist eine Krankentaggeldversicherung, welche für Arbeitnehmende und Arbeitslosengeldbezüger und -bezügerinnen obligatorisch ist und sozialen Kriterien gerecht wird.

Antwort des Bundesrates 15.11.00

Der Bundesrat ist, wie er letztmals in seiner Antwort auf die Interpellation Robbiani vom 14. Juni 2000 (00.3279) erläutert hat, grundsätzlich der Ansicht, dass die Situation im Bereich der Taggeldversicherung nicht zu genügen vermag. In der laufenden Legislaturperiode steht jedoch die Konsolidierung der Sozialversicherungen im Vordergrund. Vorschläge zur Umgestaltung der Krankentaggeldversicherung wird der Bundesrat deshalb nicht unterbreiten.

Erklärung des Bundesrates 15.11.00

Der Bundesrat beantragt, die Motion abzulehnen.

– Les jeunes et les bien portants optent pour l'assurance privée. Comme ils représentent un risque moindre, ils paient des primes moins élevées.

– Les personnes âgées ou malades restent affiliées à l'assurance sociale indemnités journalières. Ils sont rebutés par les primes élevées de l'assurance privée ou même écartés en raison du risque qu'elles représentent. La concentration des risques sur l'assurance sociale entraîne l'augmentation des primes, que les assurés ne peuvent plus payer. On peut également constater cette évolution s'agissant des assurances collectives. Il y a de plus en plus d'assurances indemnités journalières privées. De nombreuses entreprises cherchent à réduire les primes devenues extrêmement élevées en réduisant le montant ou le nombre des indemnités journalières, quand elles n'optent pas pour une solution plus radicale en licenciant les employés de santé fragile.

Cette situation n'est pas acceptable plus longtemps. Il est indispensable de créer une assurance-maladie indemnités journalières qui soit obligatoire pour les travailleurs et les chômeurs et conforme aux critères sociaux.

Réponse du Conseil fédéral 15.11.00

Le Conseil fédéral estime en principe, comme il l'a expliqué dernièrement dans sa réponse à l'interpellation Robbiani du 14 juin 2000 (00.3279), que l'on ne saurait considérer la situation comme satisfaisante dans le domaine des indemnités journalières.

Cependant, durant la législature en cours, l'accent est mis sur la consolidation des assurances sociales. C'est pourquoi le Conseil fédéral ne présentera pas de propositions de restructuration de l'assurance indemnités journalières.

Déclaration du Conseil fédéral 15.11.00

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

00.3421

**Motion SGK-NR (00.014).
Altersvorsorge.
Verbesserung der Statistik**

Eingereichter Text 07.09.00

Der Bundesrat wird ersucht, die Mittel zur Erhebung der für die künftige Führung und Ausrichtung der Sozialversicherungen unerlässlichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und demographischen Daten bereitzustellen. Ziele dieser Erhebungen sind insbesondere:

- statistische Grundlagen zur Altersvorsorge der aktiven Bevölkerung nach Branche, Alter, Familienform und Lebenssituation zu erhalten sowie das Zusammenspiel aller drei Säulen anhand einer Versichertenstatistik zu erfassen;
- die Einkommenssituation der Rentner- und Rentnerinnenhaushalte (für Paare, Alleinstehende, nach Altersgruppe, Zivilstand usw.) darzustellen;
- den Übergang von der Erwerbssituation in die Rentner- und Rentnerinnensituation zu dokumentieren wie u. a. Zeitpunkt der Pensionierung, Gründe und Einkommenssituation bei Früh- oder Teilpensionierungen, Bedarfslagen, Invalidisierung, Arbeitslosigkeit.

Antwort des Bundesrates 04.12.00

Der Bundesrat teilt grundsätzlich die Meinung der Kommission, dass die statistische Datenlage zur künftigen Führung und Ausrichtung der Altersvorsorge zurzeit noch nicht ausreicht und deshalb ausgebaut werden muss. Die soziodemographische und wirtschaftliche Entwicklung in der Schweiz hat eine breite Diskussion über die Finanzierbarkeit der ersten Säule und die Funktion der beruflichen Vorsorge und der Selbstvorsorge ausgelöst, wobei die nötigen Informationen zur objektiven Beurteilung der Situation nur teilweise vorhanden sind. Erste Analysen zu den Wirkungen von Versicherungs- und Sozialleistungen auf die Einkommens- und Lebenslage der Haushalte, die auf Datengrundlagen des Jahres 1993 beruhen, können infolge mangelnder neuer Daten und fehlender Ressourcen nicht weitergeführt werden, obwohl der Bundesrat dieses Projekt in seinem statistischen Mehrjahresprogramm 1995–1999 und 1999–2003 als prioritär eingestuft hat.

Die steigenden Anforderungen an die Institutionen der sozialen Sicherheit und die knapper werdenden finanziellen Ressourcen haben dazu geführt, dass der Bedarf an zuverlässigen Informationen über den Zustand, die Entwicklung und die Wirksamkeit der sozialen Absicherung in der Schweiz stark zugenommen hat. Aufgrund der fehlenden Daten hat der Bundesrat im Hinblick auf die 12. AHV-Revision daher ein entsprechendes Forschungsprogramm beschlossen, welches die zentralen Fragen für die weitere Entwicklung der AHV beantworten soll (langfristige Entwicklung der AHV und Flexibilisierung des Altersrücktrittes; Bestimmungsfaktoren der Partizipation am Arbeitsmarkt; langfristige Finanzierung der Alterssicherung). Dieses ad hoc zusammengestellte Forschungsprogramm kann jedoch die längerfristige Datenbeschaffung im Bereich der sozialen Sicherheit nicht sicherstellen. Zu diesem Zweck muss die Sozialstatistik im Bundesamt für Statistik ausgebaut werden. Das Bundesamt für Statistik möchte deshalb – sofern die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden – in enger Koordination mit dem Bundesamt für Sozialversicherung ein sozialstatistisches Revisionsprogramm lancieren, welches die statistischen Grundlagen im Bereich der sozialen Sicherheit und der Altersvorsorge grundlegend verbessern soll. Vorgesehen ist insbesondere die Totalrevision der Pensionskassenstatistik und die Einführung einer Versichertenstatistik, welche die Alterssicherung der Bevölkerung und die wirtschaftliche Lage der Rentnerinnen und Rentner detailliert darstellen soll. Das sozialstatistische Revisionsprogramm soll eine gesamtheitliche Beurteilung der sozialen Sicherheit unter Einbezug der ersten, zweiten und dritten

00.3421

**Motion CSSS-CN (00.014).
Prévoyance vieillesse.
Amélioration des statistiques**

Texte déposé 07.09.00

Le Conseil fédéral est prié de dégager les ressources nécessaires pour disposer des statistiques portant sur les éléments sociaux, économiques et démographiques indispensables à la gestion et à l'orientation future des assurances sociales. Ces relevés ont notamment pour objet:

- d'obtenir des bases statistiques sur la prévoyance vieillesse de la population active par branche, âge, forme familiale et situation, ainsi que de saisir l'interaction entre les trois piliers en vue de dresser une statistique des assurés;
- de présenter les revenus des retraités (couples, personnes seules, par groupe d'âge, selon l'état civil, etc.);
- de documenter le passage entre la vie active et la situation de rentier; par exemple, le moment de la mise à la retraite, les motifs de retraite anticipée ou partielle et la situation quant au revenu dans ces cas, les besoins, la mise en invalidité, le chômage.

Réponse du Conseil fédéral 04.12.00

Le Conseil fédéral partage l'avis de la commission, qui estime que la situation relative aux données statistiques actuelles destinées à la gestion et à l'orientation future de la prévoyance vieillesse est insatisfaisante, et qui juge donc nécessaire que ces données soient complétées. Les développements sociodémographiques et économiques que connaît la Suisse ont engendré un large débat sur le financement du premier pilier et sur la fonction de la prévoyance professionnelle et de la prévoyance individuelle. Les informations nécessaires à une appréciation objective de la situation n'existent toutefois qu'en partie. Les premiers travaux d'analyse des effets des prestations d'assurances et des prestations sociales sur les revenus et la situation des ménages, travaux qui se fondent sur des données de 1993, ne peuvent être poursuivis en raison de l'absence de nouvelles données et de l'insuffisance des ressources, alors que le Conseil fédéral a défini ce projet comme prioritaire dans les programmes pluriannuels 1995–1999 et 1999–2003.

Les attentes croissantes à l'égard des institutions de sécurité sociale ainsi que la compression des ressources financières ont fortement accru le besoin de disposer d'informations fiables sur l'état, l'évolution et l'efficacité des assurances sociales en Suisse. Les données existantes étant insuffisantes, le Conseil fédéral a décidé de lancer, en vue de la 12e révision de l'AVS, un programme de recherche qui devrait répondre aux questions déterminantes pour l'avenir de l'AVS (développement de l'AVS à long terme et assouplissement de l'âge de la retraite; facteurs déterminant la participation au marché du travail; financement à long terme de l'assurance-vieillesse). Toutefois, un tel programme ne garantit pas la collecte à long terme des données dont la sécurité sociale a besoin. L'Office fédéral de la statistique devra pour cela compléter ses statistiques sociales.

L'Office fédéral de la statistique souhaite donc lancer, en étroite collaboration avec l'Office fédéral des assurances sociales, et pour autant que les ressources nécessaires soient octroyées, un programme de révision des statistiques sociales destiné à améliorer grandement les bases statistiques dans le domaine de la sécurité sociale et de la prévoyance vieillesse. Sont notamment prévues la révision totale de la statistique des caisses de pensions ainsi que l'introduction d'une statistique des assurés, qui devrait décrire de manière détaillée la situation de la population en matière d'assurance-vieillesse ainsi que la situation économique des retraités. Le programme de révision des statistiques sociales doit permettre de dresser un bilan global de la sécurité sociale tenant compte de ses trois piliers et des prestations sociales complémentaires. L'accent sera notamment mis sur les

Säule sowie den übrigen ergänzenden Sozialleistungen ermöglichen. Ein besonderes Augenmerk kommt dabei den von der Motion erwähnten Fragen zu: statistische Grundlagen der Altersvorsorge der aktiven Bevölkerung nach soziodemographischen Merkmalen, Zusammenspiel der drei Säulen, Einkommenssituation der Rentnerinnen und Rentner, Übergänge von der aktiven Erwerbsarbeit ins Rentenalter.

Das Revisionsprogramm und insbesondere die Versichertenstatistik sollen auf drei Pfeilern basieren: Erstens sollen alle bestehenden statistischen Erhebungen auf ihren Nutzen für die Beantwortung der anstehenden sozialpolitischen Fragestellungen überprüft und, wenn nötig, angepasst oder ausgebaut werden. Zweitens müssen alle bestehenden Administrativdaten auf ihre Nützlichkeit für die Sozialstatistik überprüft werden. Wenn immer möglich sollen diese Datenquellen für die Sozialstatistik nutzbar gemacht werden. Der Ausbau der bestehenden Erhebungen und der Rückgriff auf Administrativdaten wird vermutlich aber nicht ausreichen, um ein genügend aussagekräftiges System von Indikatoren zur sozialen Sicherheit zu entwickeln. Daher wird die Einführung neuer statistischer Erhebungsinstrumente, als dritter Pfeiler des sozialstatistischen Revisionsprogrammes, kaum zu umgehen sein. Bei der Entwicklung dieses Revisionsprogrammes sollen neben nationalen auch internationale Erfahrungen und Anforderungen berücksichtigt werden. Die Vergleichbarkeit mit den statistischen Informationen aus den EU-Ländern, welche die Informationsgrundlagen in der Sozialstatistik gegenwärtig verbessern und ausbauen, muss sichergestellt werden.

Die Erstellung des sozialstatistischen Revisionsprogrammes bzw. der Versichertenstatistik bedingt zusätzliche Investitionen, die angesichts der enormen Bedeutung der Altersvorsorge und der grossen Reichweite der damit verbundenen Fragen grundsätzlich gerechtfertigt sind. Erste Arbeiten zur Abklärung des Informationsbedarfs sind gegenwärtig im Gange. Das Bundesamt für Statistik rechnet für die Realisierung und Umsetzung des sozialstatistischen Revisionsprogrammes mit jährlichen Gesamtkosten von 2 bis 3 Millionen Franken. Die Erfüllung der Motion erfordert zusätzliche personelle und finanzielle Mittel, die im Finanzplan 2002–2004 nicht eingestellt sind.

Der Bundesrat ist bereit, die Aufnahme zusätzlicher Ressourcen für die Realisierung des sozialstatistischen Revisionsprogrammes im Rahmen der Ausarbeitung des statistischen Mehrjahresprogrammes 2003–2007 und der Überarbeitung des Finanzplanes 2002–2004 zu prüfen.

Erklärung des Bundesrates 04.12.00

Der Bundesrat beantragt, die Motion in ein Postulat umzuwandeln.

questions évoquées dans la motion, à savoir l'obtention de bases statistiques sur la prévoyance vieillesse de la population active selon différents caractères sociodémographiques, les interactions entre les trois piliers, les revenus des retraités, le passage entre la vie active et la situation de rentier.

Le programme de révision et, plus particulièrement, la statistique des assurés devraient se diviser en trois axes. Le premier consistera à examiner dans quelle mesure les enquêtes statistiques existantes peuvent être utilisées pour répondre aux questions de politique sociale actuelles et, si nécessaire, à les adapter ou à les compléter pour qu'elles s'y prêtent. Il importera encore de vérifier l'utilité, pour la statistique sociale, de toutes les données administratives existantes. Dans la mesure du possible, il s'agira d'adapter ces sources de données pour qu'on puisse les exploiter dans ce domaine. Mais il est probable que l'amélioration des enquêtes existantes et le recours à des données administratives ne permettront pas à eux seuls de développer un système suffisamment pertinent d'indicateurs de la sécurité sociale. C'est pourquoi le programme de révision comprendra certainement un troisième axe, consacré à l'introduction de nouveaux outils statistiques. Lors du développement de ce programme, on tiendra compte d'expériences et d'exigences nationales et internationales. Il s'agira d'assurer la comparabilité des données statistiques avec celles des pays de l'Union européenne, qui sont en train d'adapter et de compléter leurs bases d'information dans le domaine de la statistique sociale.

L'élaboration du programme de révision des statistiques sociales et d'introduction de la statistique des assurés requiert des investissements supplémentaires, qui sont en principe justifiés compte tenu de l'importance capitale de la prévoyance vieillesse et de l'étendue des questions qui y sont liées. Les premiers travaux destinés à définir les informations nécessaires sont en cours. L'Office fédéral de la statistique prévoit que la réalisation et l'application du programme de révision des statistiques sociales coûtera chaque année entre 2 et 3 millions de francs. Des ressources financières et humaines supplémentaires par rapport à celles inscrites dans le plan financier 2002–2004 seront nécessaires si l'on veut satisfaire aux demandes de la motion.

Le Conseil fédéral est disposé à examiner, dans le cadre de la révision du programme pluriannuel de la statistique fédérale pour les années 2003–2007 et du plan financier 2002–2004, la mise à disposition de ressources supplémentaires pour la réalisation du programme de révision des statistiques sociales.

Déclaration du Conseil fédéral 04.12.00

Le Conseil fédéral propose de transformer la motion en postulat.



00.3566

Motion Sommaruga Simonetta. Flächendeckendes Hausarztmodell

Eingereichter Text 06.10.00

Der Bundesrat wird aufgefordert, im Sinne einer besseren Koordination unter den Leistungserbringenden und um beispielsweise Mehrfachabklärungen zu vermeiden, in der Grundversicherung das Hausarztmodell bzw. verwandte Modelle, wie HMO oder Ärztenetze, obligatorisch und flächendeckend einzuführen. Die behandelnden Personen übernehmen gleichzeitig die Budgetverantwortung für die von ihnen behandelten Personen. Für Hochrisikofälle wird ein Fonds eingerichtet.

Mitunterzeichner

Aeppli Wartmann Regine, Cavalli Franco, Chappuis Liliane, Dormann Rosmarie, Dormond Marlyse, Fässler Hildegard, Fehr Jacqueline, Garbani Valérie, Goll Christine, Gross Andreas, Haering Barbara, Jossen Peter, Jutzet Erwin, Marty Kälin Barbara, Pedrina Fabio, Raggenbass Hansueli, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald Jean-Claude, Rossini Stéphane, Schwaab Jean-Jacques, Thanei Anita, Tschäppät Alexander, Vollmer Peter, Wyss Ursula, Zanetti Roberto, Zbinden Hans (27)

Begründung

Der Bundesrat und das Parlament haben sich vorgenommen, die Kosten im Gesundheitsbereich in den Griff zu bekommen. Dazu sind verschiedene Massnahmen notwendig. Bis heute wurde aber der Qualität der Behandlung aus Patientensicht zu wenig Beachtung geschenkt.

Die freie Arztwahl wurde sozusagen als einziges und oberstes Bedürfnis der Versicherten und Patientinnen und Patienten dargestellt. Tatsächlich ist die freie Arztwahl aus Versicherten- und Patientensicht ausserordentlich wichtig. Hingegen sind auch koordinierte Behandlungsabläufe und eine gesamtheitliche Sicht der zu Behandelnden von grösstem Interesse. Gerade diese werden mit dem heutigen Krankenversicherungssystem nicht gewährleistet und durch die Forderung nach der freien Arztwahl zum Teil geradezu verhindert. Der Patiententourismus, d. h. das Aufsuchen von verschiedenen Spezialisten und Spezialistinnen, die voneinander unter Umständen gar nichts wissen und jeweils eigene Behandlungswege beschreiten sowie dieselben Abklärungen mehrmals vornehmen, ist für die Patientinnen und Patienten unbefriedigend und verteuert das Gesundheitswesen massiv.

Hausarztmodelle oder vergleichbare Modelle, wie HMO oder Ärztenetze usw., garantieren weiterhin die freie Arztwahl. Ein Wechsel des Hausarztes oder der Hausärztin oder der gewählten Gruppenpraxis soll jederzeit möglich bleiben. Hingegen sollen Folgebehandlungen und Behandlungen durch Spezialistinnen und Spezialisten sowie Behandlungen im Spital von einer einzigen Ärztin oder einem einzigen Arzt oder einer definierten Ärzteguppe koordiniert werden. Sie behalten die Übersicht über die ganze Krankengeschichte, über den Medikamentenverbrauch, über Operationen usw. Die gesamte Krankengeschichte wird bei einem Wechsel an die neue verantwortliche Person weitergeleitet. Die Vorteile für die Patientinnen und Patienten, aber auch für die Behandlungsqualität, die von den Ärztinnen und Ärzten angestrebt wird, sind beträchtlich: Es werden weniger Mehrfachabklärungen gemacht, unnötige Operationen sowie Medikamentennebenwirkungen durch unkoordinierte Medikamenteneinnahmen können verhindert werden usw.

Schliesslich verbessert das vorgeschlagene Modell nicht nur die Behandlungsqualität, sondern auch das Kostenmanagement. Die Hausärztin oder der Hausarzt oder die Gruppenpraxis hat nämlich auch den Überblick über die gesamten

00.3566

Motion Sommaruga Simonetta. Introduction du modèle du médecin de famille sur l'ensemble du territoire

Texte déposé 06.10.00

Le Conseil fédéral est chargé d'introduire dans l'assurance de base le modèle du médecin de famille – ou, le cas échéant, des modèles apparentés comme les réseaux de santé ou HMO – à titre obligatoire et sur l'ensemble du territoire suisse, afin d'établir une meilleure coordination entre les fournisseurs de prestations et éviter en particulier la nécessité de multiples examens et analyses. Simultanément, les fournisseurs de prestations seront chargés de la gestion des budgets pour les bénéficiaires de prestations. Un fonds sera constitué pour les cas à haut risque.

Cosignataires

Aeppli Wartmann Regine, Cavalli Franco, Chappuis Liliane, Dormann Rosmarie, Dormond Marlyse, Fässler Hildegard, Fehr Jacqueline, Garbani Valérie, Goll Christine, Gross Andreas, Haering Barbara, Jossen Peter, Jutzet Erwin, Marty Kälin Barbara, Pedrina Fabio, Raggenbass Hansueli, Rechsteiner Paul, Rechsteiner Rudolf, Rennwald Jean-Claude, Rossini Stéphane, Schwaab Jean-Jacques, Thanei Anita, Tschäppät Alexander, Vollmer Peter, Wyss Ursula, Zanetti Roberto, Zbinden Hans (27)

Développement

Le Conseil fédéral et le Parlement se sont fixé comme but de maîtriser les coûts de la santé. Les mesures nécessaires à cette fin sont diverses. Toutefois, jusqu'ici, trop peu d'attention a été accordée à la qualité du traitement dans l'optique du patient.

Le libre choix du médecin a été pour ainsi dire présenté comme essentiel. Il est vrai que le libre choix du médecin est extrêmement important pour les assurés et les patients. Il reste qu'une coordination des traitements et une vue d'ensemble des fournisseurs de soins est aussi du plus grand intérêt. Or, non seulement l'actuel régime de l'assurance-maladie ne garantit ni l'une ni l'autre, mais le libre choix du médecin va en partie à fin contraire. Le «tourisme» pratiqué par les patients, autrement dit le fait de consulter plusieurs spécialistes, qui ne savent le plus souvent rien l'un de l'autre, refont les mêmes examens et prescrivent leurs propres formes de traitement, ne donne pas seulement des résultats insatisfaisants pour les patients, il contribue, en outre, fortement à accroître les coûts du système de santé.

Le modèle du médecin de famille – ou des modèles similaires, comme les HMO ou réseaux de santé – permet aussi le libre choix du médecin. Il reste toujours possible de changer de médecin de famille ou de cabinet de médecins. Par contre, les traitements subséquents, en particulier les traitements prescrits par des spécialistes et les traitements hospitaliers, doivent être coordonnés par un seul médecin ou groupe de médecins, qui garde ainsi la vue d'ensemble sur tout le parcours du patient et, en particulier, sur les médicaments administrés et les opérations pratiquées. En cas de changement de médecin traitant, le dossier médical est transmis de l'ancien au nouveau. Les avantages qui en résultent pour le patient, mais aussi pour la qualité du traitement, sont considérables. Ce modèle permet notamment de réduire la multiplicité des examens et analyses, de renoncer à des opérations inutiles, et d'éviter les effets secondaires qui pourraient être dus à une consommation non coordonnée de médicaments.

Enfin, le modèle proposé permet d'améliorer non seulement la qualité des traitements, mais aussi la gestion des dépenses. Le médecin ou groupe de médecins de famille ont, en effet, une vue d'ensemble des coûts et peuvent, de ce fait, exercer une importante fonction de contrôle, qui n'a pu

Kosten und kann damit eine wichtige Kontrollfunktion ausüben, die bisher weder von den Patientinnen und Patienten noch von den Krankenversicherungen befriedigend wahrgenommen werden konnte. Indem Hausärztinnen und Hausärzte bzw. HMO und Ärztenetze zusammen mit den von ihnen behandelten Personen die Verantwortung für die entstehenden Kosten übernehmen, wird das Kostenbewusstsein gestärkt und in die Behandlungsüberlegungen mit einbezogen. Um zu verhindern, dass den Patientinnen und Patienten aus reinen Kostengründen Behandlungen vorenthalten werden, richtet der Bund eine Ombudsstelle ein, an die sich Versicherte und Patientinnen und Patienten wenden können. Für Hochrisikofälle sowie für ausserordentliche Behandlungssituationen können Ärztinnen und Ärzte in begründeten Fällen auf einen Risikofonds zurückgreifen.

In verschiedenen, vor allem ländlich geprägten Kantonen wird das flächendeckende Hausarztmodell auf sozusagen «natürliche» Weise bereits praktiziert. In diesen Kantonen sind vor allem Allgemeinpraktikerinnen und -praktiker tätig, welche die Patientinnen und Patienten bei Bedarf an Spezialistinnen und Spezialisten weiter weisen. Es fällt auf, dass in diesen Kantonen die Gesundheitskosten im gesamten Vergleich stets am tiefsten sind. Mit dem flächendeckenden Hausarztmodell wird die Frage der Ärztedichte sekundär. Auch die umstrittene Frage der Aufhebung des Kontrahierungszwanges rückt in den Hintergrund.

Schliesslich entspricht der Vorstoss dem Entscheid des Bundesrates, mit dem TarMed den Technologieeinsatz in der Medizin weniger zu gewichten und die Arbeit der Allgemeinpraktikerin und des Allgemeinpraktikers zu stärken. Die Absicht des Bundesrates, mit der 2. KVG-Teilrevision die Krankenversicherungen zu verpflichten, Sparmodelle flächendeckend einzuführen, zielt in die gleiche Richtung wie der vorgelegte Vorstoss.

Antwort des Bundesrates 11.12.00

Wie aus der Botschaft über die 1. Teilrevision des KVG vom 21. September 1998 hervorgeht, erachtet der Bundesrat besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als geeignet, wirksam zur Verringerung der Krankenversicherungskosten beizutragen. Dazu gehören das Hausarztmodell oder die HMO (so genannte «gatekeeper»-Modelle), aber auch die Bonusversicherung oder die Versicherung mit wählbarer Franchise. Wenden sich die versicherten Personen immer zuerst an ihren zu relativ vorteilhaften Tarifen praktizierenden Hausarzt bzw. an ihre Hausärztin, geht die Konsultation von Spezialisten, deren Leistungen höhere Kosten verursachen, zurück, und der Patiententourismus kann vermieden werden. Des Weiteren werden beim Hausarztmodell Mehrfachbehandlungen (mehrere Ärztinnen und Ärzte behandeln dasselbe Leiden einer Person) verhindert.

In der Schweiz haben gegenwärtig rund 400 000 Versicherte das Hausarztmodell gewählt. Die Versichertenzahl bei den besonderen Versicherungsformen wie Hausarztmodell, HMO und Ärztenetze steigt zwar, der Anstieg ist jedoch insbesondere in der Westschweiz, wo diese Modelle kaum bekannt sind, gering. In der Regel handelt es sich um neue, seit 1997 und 1998 bestehende Modelle. Erste Erfahrungen mit diesen Versicherungsformen weisen auf ein Kosteneinsparungspotenzial von rund 10 bis 20 Prozent hin. Nach Ansicht des Bundesrates dürfte indessen bei einer allgemeinen Einführung des «gatekeeper»-Modelles in Zukunft nicht mit Kosteneinsparungen von 20 Prozent gerechnet werden. Dies vor allem deshalb, weil die Schätzung des Kosteneinsparungspotenzials auf einer kurzen Versuchszeit beruht und folglich nur bedingt aussagekräftig ist. Zudem müssen die besonderen Umstände, die dieses Ergebnis ermöglicht haben, berücksichtigt werden. Bei den am Hausarztmodell beteiligten Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um eine Auswahl motivierter Allgemeinmediziner, die bereit sind, auch einen Teil der wirtschaftlichen Verantwortung zu tragen. Ausserdem ist nicht auszuschliessen, dass die in die-

jusqu'ici être assumée de manière satisfaisante, ni par les patients, ni par les caisses-maladie. Dans la mesure où le médecin de famille, le HMO ou le réseau de santé assument conjointement avec leurs patients la responsabilité des dépenses encourues, la sensibilité aux coûts en ressort renforcée et devient partie intégrante du choix des traitements. Pour éviter toutefois que des patients soient privés de traitements uniquement pour des questions de coûts, la Confédération devra instituer un poste de médiateur auquel les assurés et les patients pourront s'adresser. Un fonds spécial, auquel les médecins pourront recourir lorsque cela se justifie, sera constitué pour faire face aux situations à hauts risques et aux traitements extraordinaires.

Dans plusieurs cantons, notamment dans ceux à dominante rurale, le modèle du médecin de famille est pratiqué de manière extensive et pour ainsi dire «naturelle». Les médecins de ces cantons sont surtout des généralistes, qui peuvent, au besoin, envoyer leurs patients chez des spécialistes. Il est frappant de constater que, dans ces cantons, les dépenses de santé sont les moins élevées de Suisse. Avec le modèle du médecin de famille pratiqué sur l'ensemble du territoire, la question du nombre de médecins par rapport à la densité de la population devient secondaire, de même que la question controversée de la suppression de l'obligation de contracter. Enfin, la présente intervention coïncide avec la décision du Conseil fédéral de privilégier, avec l'introduction du système TarMed, le travail des généralistes plutôt que le recours à la technologie. L'intention du Conseil fédéral d'obliger par la deuxième révision partielle de la LAMal les caisses-maladie à introduire des modèles économiques sur l'ensemble du territoire va dans le même sens que la présente intervention.

Réponse du Conseil fédéral 11.12.00

Dans son message sur la première révision partielle de la LAMal, du 21 septembre 1998, le Conseil fédéral a déjà dit qu'il considérerait les formes particulières d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations, comme le modèle du médecin de famille ou les HMO (modèles dits «gatekeeper»), mais aussi l'assurance avec bonus et l'assurance avec franchise à option comme des instruments efficaces, propres à contribuer à une réduction des coûts de l'assurance-maladie. Dans la mesure où les personnes assurées s'adressent systématiquement d'abord à leur médecin de famille, lequel exerce à des coûts relativement avantageux, l'accès aux spécialistes, dont les prestations sont plus coûteuses, est réduit, et cela met fin au tourisme médical. Le modèle du médecin de famille permet également d'éviter les traitements multiples, à savoir le fait que plusieurs médecins traitent la même personne pour une seule et même affection. En Suisse, quelque 400 000 assurés ont actuellement opté pour le modèle du médecin de famille. Le nombre d'assurés ayant décidé d'avoir recours aux formes particulières d'assurance tels les modèles du médecin de famille, HMO et les réseaux de médecins, augmente, mais pas de manière significative, notamment en Suisse romande où ils sont pratiquement inconnus. La majorité de ces modèles sont récents puisqu'ils datent de 1997 et 1998. Les premières expériences réalisées avec ce type d'assurance font état d'un potentiel d'économies des coûts d'environ 10 à 20 pour cent. Pourtant, le Conseil fédéral est d'avis que si l'on généralisait le modèle «gatekeeper», on ne pourrait pas tabler sur des économies de coûts de 20 pour cent à l'avenir. La première raison est que l'estimation du potentiel d'économies résulte d'une courte période d'essai. La pertinence de ce résultat est donc limitée. La deuxième raison est qu'il convient de tenir compte de certaines circonstances particulières qui ont rendu ce résultat possible. D'une part, les médecins qui participent à l'expérience du modèle du médecin de famille représentent une sélection de généralistes motivés qui sont prêts à assumer aussi une part des responsabilités économiques. D'autre part, il n'est pas exclu de penser que – considéré sous l'angle du risque – le profil de l'effectif des personnes assurées dans ces modèles correspond plutôt à une sélection négative.



sen Modellen versicherten Personen eher ein geringes Risikopotenzial darstellen.

Es kann nicht mit absoluter Sicherheit gesagt werden, dass sich die beim Hausarztmodell bezüglich der Kosteneffizienz und der Behandlungsqualität festgestellten Ergebnisse bei einer allgemeinen Einführung des «gatekeeper»-Systems im gesamten obligatorischen Krankenversicherungssystem bestätigen würden. Damit die erwarteten Kosteneinsparungen realisiert werden können, setzt die Verallgemeinerung dieses Systems in der Tat eine bedeutende Verhaltensänderung der Ärzte und der Patienten voraus. Die Ärztinnen und Ärzte hätten sich mit einer Vielzahl verschiedenster Patienten zu befassen, wovon einige anspruchsvollere Behandlungen benötigen würden. Ausserdem müssten die Allgemeinmediziner mehr Versicherte behandeln, was sich negativ auf die für jeden Patienten aufgewendete Zeit auswirken könnte. Die erhöhte Nachfrage nach Allgemeinmedizinern würde unweigerlich zu grundlegenden Änderungen in der Zusammensetzung des Ärztestandes führen.

Die allgemeine Einführung des «gatekeeper»-Systems wurde verworfen, weil es unmöglich ist, die Auswirkungen einer kompletten Umgestaltung des Systems auf die Krankenpflege und die Behandlungsqualität abzuschätzen.

Um jedoch das Angebot an besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und somit die Wahlmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen, hat der Bundesrat im Rahmen der Botschaft betreffend die 2. Teilrevision des KVG vom 18. September 2000 vorgeschlagen, die Versicherer landesweit zur Durchführung besonderer Versicherungsformen zu verpflichten. Die Versicherten sollen die Möglichkeit haben, kostenbewusst zu handeln und sich für eine beschränkte Wahl des Leistungserbringers zu entscheiden. In der Realität hängt diese Beschränkung aber vor allem von der Bereitschaft der Leistungserbringer ab, mit den Versicherern eine noch grössere Zahl solcher Vereinbarungen abzuschliessen. Bereits heute haben die Versicherer gestützt auf Artikel 41 Absatz 4 KVG die Möglichkeit, kostengünstige Leistungserbringer auszuwählen und ihren Versicherten die entsprechenden Versicherungsmodelle anzubieten.

Der Bundesrat erachtet die Einrichtung eines Fonds für Hochrisikofälle als ungeeignet. Im Allgemeinen vereinbart der im Rahmen von besonderen Versicherungsformen tätige Leistungserbringer mit dem Versicherer für jeden versicherten Patienten einen Pauschalbetrag, der Alter und Gesundheitszustand und somit die Risiken berücksichtigt. Es besteht also kein Grund, einen Fonds einzurichten, da Hochrisikofälle bereits in der Pauschale eingerechnet sind.

Erklärung des Bundesrates 11.12.00

Der Bundesrat beantragt, die Motion abzulehnen.

On ne peut avancer avec une certitude absolue que les résultats enregistrés par le modèle du médecin de famille en matière d'efficience des coûts et de qualité du traitement se maintiennent dans l'hypothèse d'une généralisation du système «gatekeeper» à tout le système de l'assurance-maladie obligatoire. Cette généralisation demande, en effet, une modification importante des comportements tant des médecins que des patients pour que les économies de coûts attendues deviennent une réalité. Il faut, d'une part, prendre en considération le fait que les médecins auraient affaire à un éventail qualitativement différent de patients dont certains nécessiteront des traitements plus exigeants. D'autre part, les généralistes devraient faire face à un nombre plus important d'assurés à traiter, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur le temps consacré à chaque assuré. Des bouleversements dans la composition du corps médical interviendraient dès lors nécessairement pour répondre à l'augmentation de la demande en médecins généralistes.

Etant donné l'impossibilité d'estimer les effets d'un remaniement complet de système sur l'approvisionnement en soins et sur la qualité du traitement, l'introduction généralisée du système «gatekeeper» a été écartée.

Toutefois, afin d'augmenter l'offre des formes particulières d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations et, partant, les possibilités de choix des assurés, le Conseil fédéral a proposé, dans le cadre du message relatif à la deuxième révision partielle de la LAMal, du 18 septembre 2000, d'imposer aux assureurs l'obligation d'offrir partout en Suisse des formes particulières d'assurance. Les assurés doivent ainsi avoir la possibilité de se décider, en étant conscients des coûts pour une limitation du choix du fournisseur de prestations. Dans les faits, cette limitation dépendra cependant avant tout de la question de savoir si les fournisseurs de prestations seront prêts à conclure un nombre plus élevé d'accords de ce type avec les assureurs. Les assureurs disposent aujourd'hui déjà de la possibilité, dans le cadre de l'application de l'article 41 alinéa 4 LAMal, de choisir unilatéralement des fournisseurs de prestations avantageux et de proposer à leurs assurés des modèles d'assurance y relatifs.

S'agissant de la création d'un fonds destiné à prendre en charge les cas présentant de hauts risques, le Conseil fédéral considère qu'elle ne se justifie pas. En effet, le fournisseur de prestations qui accepte d'opérer dans le cadre des formes particulières d'assurance convient en général avec les assureurs, pour chaque patient assuré, d'un forfait qui tient compte de son âge et de son état de santé, et, partant, des risques qu'il présente. Il n'y a dès lors aucune raison de prévoir un fonds destiné à prendre en charge les cas de risques élevés, puisqu'il en est déjà tenu compte dans le calcul du forfait.

Déclaration du Conseil fédéral 11.12.00

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.